

Совет директоров профессиональных образовательных организаций
среднего профессионального образования Волгоградской области

государственное автономное профессиональное образовательное учреждение
"Волгоградский медицинский колледж"

МАТЕРИАЛЫ

*IV Межрегиональной научно-практической конференции
для студентов профессиональных образовательных организаций*

ОТ ТВОРЧЕСТВА К ИССЛЕДОВАНИЮ

22 января – 26 февраля 2024 г.



Волгоград, 2024

Материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции для студентов профессиональных образовательных организаций "От творчества к исследованию" (22 января – 26 февраля 2024 г.). – Волгоград: ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", 2024. – С. 583.

В сборнике представлены материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции для студентов профессиональных образовательных организаций, которая проходила с 22 января по 26 февраля 2024 г. Учредитель конференции: Совет директоров профессиональных образовательных организаций среднего профессионального образования Волгоградской области. Организатор конференции: ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

Научно-практическая конференция проводилась с целью представления и распространения результатов студенческих научно-исследовательских и учебно-исследовательских достижений, содействия раскрытию интеллектуальных способностей обучающихся, расширения их кругозора в различных областях знаний.

Направления работы научно-практической конференции:

- "Гуманитарные исследования": история, краеведение, философия, культурология, социология, политология, психология;
- "Естественнонаучные исследования": математика, химия, биология, физика, астрономия;
- "Исследования в области информационных технологий": информатика, информационные технологии в профессиональной деятельности;
- "Филологические исследования": русский язык, родной язык, литература, родная литература, иностранный язык;
- "Исследования в профессиональной области": здравоохранение, образование, строительство, связь, информационные и коммуникативные технологии, финансы и экономика, сельское хозяйство, транспорт, легкая и текстильная промышленность, металлургическое производство, сервис, юриспруденция и др.

В рамках Конференции была организована работа Круглого стола для педагогических работников по теме "Современные образовательные технологии как средство развития творческого потенциала обучающихся".

В конференции приняли участие студенты и преподаватели из 46 профессиональных образовательных организаций.

Статьи участников конференции публикуются в авторской редакции. Авторы несут ответственность за достоверность и грамотность изложения предоставленных материалов.

Компьютерная версия:

Чудина Т.Н., научно – методический отдел ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж"

Оргкомитет Конференции

Председатель оргкомитета:

Генералова Галина Евгеньевна – к.м.н., директор государственного автономного профессионального образовательного учреждения «Волгоградский медицинский колледж».

Члены оргкомитета:

Саяпин Сергей Петрович – председатель Совета директоров профессиональных образовательных организаций Волгоградской области;

Покателова Татьяна Николаевна – заместитель директора по профессиональному образованию ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж»;

Черненко Марина Васильевна – начальник научно-методического отдела ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж»;

Белюсова Галина Александровна – старший методист ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж»;

Баева Ольга Анатольевна – преподаватель, председатель студенческого научного общества ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж».

Экспертный совет Конференции

Председатель Экспертного совета:

Черненко Марина Васильевна, начальник научно-методического отдела ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

Члены Экспертного совета:

Зданович Григорий Викторович – преподаватель АНПОО "Академический колледж", юрист-консульт АО "Военторг-Юг"(по согласованию);

Максимова Вера Ивановна – преподаватель высшей квалификационной категории ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум кадровых ресурсов" (по согласованию);

Тушева Наталья Николаевна – преподаватель высшей квалификационной категории ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум кадровых ресурсов"(по согласованию);

Беликова Екатерина Владимировна – к.э.н, доцент кафедры финансово-экономических дисциплин АНО ВО "Волгоградский институт бизнеса"(по согласованию);

Чернявская Екатерина Юрьевна – к.с.н, зав. кафедры финансово-экономических дисциплин АНО ВО "Волгоградский институт бизнеса"(по согласованию);

Коновалова Дарья Вадимовна - преподаватель ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Баёва Наталья Александровна – к.б.н., преподаватель Волжского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж"

Недолуга Ирина Александровна - преподаватель первой квалификационной категории ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Кизина Ирина Владимировна – преподаватель первой квалификационной категории ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Баева Ольга Анатольевна – преподаватель первой квалификационной категории ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Джелидзе Тамара Нодаровна – преподаватель первой квалификационной категории ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Серебрякова Лилия Витальевна - преподаватель ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Лохтякова Наталья Михайловна - преподаватель ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Перевозчикова Татьяна Александровна - преподаватель высшей квалификационной категории Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Гнидина Анна Ивановна – методист, преподаватель первой квалификационной категории Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

ОГЛАВЛЕНИЕ

Естественнонаучные исследования:
математика, химия, биология, физика, астрономия

- 1. ИССЛЕДОВАНИЕ МАЛЫХ ТЕЛ СОЛНЕЧНОЙ СИСТЕМЫ. Стр.28**
Зеленский Илья Денисович
Руководитель: *Шабидинова Эльмира Исмаиловна*
ГАОУ СПО Республики Крым
"Крымский медицинский колледж", г. Симферополь
- 2. АНТИОКСИДАНТЫ – РОЛЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА. Стр.32**
Мазурикова Анна Андреевна
Руководитель: *Долгополова Елена Александровна*
Бердский филиал ГАОУ Новосибирской области
"Новосибирский медицинский колледж", г. Бердск
- 3. МОЗГ ЧЕЛОВЕКА: МИФЫ И НАУЧНЫЕ ФАКТЫ. Стр.35**
Воеводина Арина Денисовна
Руководитель: *Холодова Ирина Михайловна*
ГАОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград
- 4 СИНДРОМ ТУРЕТТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. Стр.37**
Кондакова Алина Александровна
Руководитель: *Грицаенко Дарья Вадимовна*
ГАОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград
- 5. МИКРОБИОМ КОЖИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ КРАСОТЫ ЧЕЛОВЕКА. Стр.41**
Портнова Софья Михайловна
Руководитель: *Малогина Екатерина Константиновна*
ГАОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград
- 6. ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА СОСТАВ КРОВИ. Стр.43**
Озерских Карина Олеговна
Руководитель: *Бикмухаметова Ольга Юрьевна*
ГАОУ Республики Башкортостан
"Стерлитамакский медицинский колледж", г. Стерлитамак
- 7. КОНСТРУИРОВАНИЕ ОДЕЖДЫ. Стр.46**
Нортаева Муножат Фазлиддиновна
Руководитель: *Субачева Ирина Борисовна*
Бердский филиал ГАОУ Новосибирской области
"Новосибирский медицинский колледж", г. Бердск
- 8. МАТЕМАТИКА ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ. Стр.50**
Алипатова Екатерина Алексеевна
Стеблёва Вероника Андреевна
Руководитель: *Недолуга Ирина Александровна*
ГАОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

9. ПРОИЗВОДНАЯ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.53

*Бахарева Кристина Алексеевна
Руководитель: Гончарова Наталия Васильевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**10. СЛАЙМ: ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА
МЯГКОЙ МАССЫ.**

Стр.56

*Ибнегажиева Хадиишат
Сахипова Альбина
Руководитель: Кулбалаева Руджана Фаязиевна
ГБУ "Профессиональная образовательная организация"
Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань*

**11. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ СОТОВОГО
ТЕЛЕФОНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА.**

Стр.60

*Тауткеева Аделя Казбековна
Саитова Залина Темирхановна
Руководитель: Кулбалаева Руджана Фаязиевна
ГБУ "Профессиональная образовательная организация"
Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань*

**12. ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИКИ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ
СФЕРАХ НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТАЛЛОВ.**

Стр.62

*Смыковский Руслан Олегович
Руководитель: Баева Ольга Анатольевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

13. "НЕСУЩИЙ СВЕТ" - ЭЛЕМЕНТ ЖИЗНИ И МЫСЛИ.

Стр.65

*Мельникова Татьяна Сергеевна
Холодова Дарья Сергеевна
Руководитель: Голубович Светлана Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**14. ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ
И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА.**

Стр.68

*Текутова Валерия Дмитриевна
Руководитель: Тимощенко Людмила Юрьевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

15. ЗНАЧЕНИЕ ХИМИИ В МЕДИЦИНЕ.

Стр.71

*Холодова Дарья Сергеевна
Руководитель: Голубович Светлана Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

16. ПОСТОЯНСТВО СОСТАВА ВЕЩЕСТВА.

Стр.74

*Бессарабов Вадим Александрович
Руководитель: Анкудинова Наталья Николаевна
Михайловский филиала ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка*

**17. ВТОРИЧНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
ПЛАСТИКОВЫХ БУТЫЛОК.**

Стр.78

*Козлова Полина Николаевна
Руководитель: Шамсутдинова Ольга Владимировна
ГАПОУ "Нижнекамский медицинский колледж", г. Нижнекамск*

**18. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА МОЛОКА, ИМЕЮЩЕГОСЯ
В ПРОДАЖЕ В ГОРОДЕ ОМСКЕ.**

Стр.81

*Гонохова Полина Александровна
Руководитель: Чернакова Оксана Петровна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

19. СОДЕРЖАНИЕ НИТРАТОВ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ.

Стр.85

*Кистаубаев Тимур Еркенович
Руководитель: Нурмагонбетова Сауле Сенсембаевна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

20. ГАЗИРОВАННЫЕ НАПИТКИ: ВРЕД ИЛИ ПОЛЬЗА.

Стр.89

*Люх Анастасия Николаевна
Руководитель: Нурмагонбетова Сауле Сенсембаевна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

21. НАПИТОК МОЛОДЕЖИ.

Стр.91

*Путимцева Арианна Геннадьевна
Руководитель: Нурмагонбетова Сауле Сенсембаевна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

**22. ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ
НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА.**

Стр.94

*Фафенрот Полина Александровна
Руководитель: Чернакова Оксана Петровна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

23. КОГДА ИМЕЕШЬ ДЕЛО С ВОДОЙ.

Стр.98

*Блинков Николай Павлович
Руководитель: Горюшкина Елена Владимировна
ГБПОУ "Себряковский технологический техникум", г. Михайловка*

24. КОНСТАНТА ЖИЗНИ.

Стр.101

*Каримова Руслана Рустамовна
Руководитель: Горюшкина Елена Владимировна
ГБПОУ "Себряковский технологический техникум", г. Михайловка*

25. БУФЕРНЫЕ СИСТЕМЫ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.103

*Фидарова Светлана Эльбрусевна
Руководитель: Мамсурова Алла Батразовна
ГБПОУ "Северо-Осетинский медицинский колледж"
Министерства здравоохранения РСО-Алания, г. Владикавказ*

26. ЧЕМ МОЖНО ЗАМЕНИТЬ МЫЛО?

Стр.107

*Газизова Снежана Ураловна
Сабитова Сабина Рустамовна
Руководители: Усманова Ольга Константиновна,
Абульханова Равия Равильевна
ГАПОУ Республики Башкортостан
"Стерлитамакский медицинский колледж", г. Стерлитамак*

**27. ТОНИЗИРУЮЩИЕ (ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ) НАПИТКИ –
ВСЯ ЭНЕРГИЯ ТОЛЬКО БЛАГОДАря САХАРУ.**

Стр.111

*Ивлева Ольга Александровна
Руководитель: Жабо Юлия Владимировна
ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула*

Исследования в профессиональной области:

здравоохранение, образование, строительство, связь, информационные и коммуникативные технологии, финансы и экономика, сельское хозяйство, транспорт, легкая и текстильная промышленность, металлургическое производство, сервис, юриспруденция и др.

28. ЭВОЛЮЦИЯ ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.

Стр.114

*Кашкенова Динара Галлимовна
Кузьмина Анна Андреевна
Руководитель: Нуралиева Румия Сапиолловна
ГБУ "Профессиональная образовательная организация
"Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань*

**29. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА
И ЕЁ РОЛЬ В РАЗВИТИИ КАРИЕСА ЗУБОВ.**

Стр.116

*Абдрахманова Елизавета Флюоровна
Виноградова Елена Алексеевна
Руководитель: Базиленко Анна Владимировна
ФГАОУ ВО "Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта» (БФУ им. И. Канта)
"Институт медицины и наук о жизни (МЕДБИО)" Медицинский колледж
г. Калининград*

**30. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНТАКТНЫМ ЗУБНЫМ РЯДОМ
И ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ТИПА.**

Стр.119

*Бабакехян Нунэ Арамовна
Руководитель: Базиленко Анна Владимировна
ФГАОУ ВО "Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта» (БФУ им. И. Канта)
"Институт медицины и наук о жизни (МЕДБИО)" Медицинский колледж
г. Калининград*

**31. ВЛИЯНИЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
НА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА.**

Стр.121

*Драпалюк Елена Дмитриевна
Руководитель: Базиленко Анна Владимировна
ФГАОУ ВО "Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта» (БФУ им. И. Канта)
"Институт медицины и наук о жизни (МЕДБИО)" Медицинский колледж
г. Калининград*

**32. ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЗУБНЫХ
ПРОТЕЗОВ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СО ШТАМПОВАННО-ПАЯНЫМИ ПРОТЕЗАМИ.**

Стр.124

*Аскеров Тамерлан Русланович
Руководитель: Багнова Вероника Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**33. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ
И МЕТАЛЛОАКРИЛОВЫХ ПРОТЕЗОВ.**

Стр.126

*Гаврилова Екатерина Андреевна
Руководитель: Багнова Вероника Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**34. ОСОБЕННОСТИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ
КОНСТРУКЦИЙ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
С БЕЗМЕТАЛЛОВОЙ КЕРАМИКОЙ.**

Стр.130

*Димитрова Вера Александровна
Руководитель: Багнова Вероника Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**35. СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО
В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ.**

Стр.133

*Полякова Виолетта Александровна
Руководитель: Хлебунова Екатерина Анатольевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**36. ФОРМИРОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ГРАМОТНОСТИ ШКОЛЬНИКОВ С ПОМОЩЬЮ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПЛАТФОРМЫ JOYTEKA.**

Стр.136

*Джусова Анастасия Руслановна
Руководители:
И.В. Фоменко, доктор медицинских наук, профессор,
Е.Е. Маслак, доктор медицинских наук, профессор
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ, Волгоград*

**37. ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НАЗАЛЬНЫХ
СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ.**

Стр.138

*Калинина Надежда Алексеевна
Нурисламова Маргарита Романовна
Руководитель: Григорьева Наталия Сергеевна
Волжский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Волжский*

38. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНФАРТА МИОКАРДА.

Стр.142

*Баранова Дарья Владимировна
Руководитель: Кошкалда Светлана Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**39. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ
ПО СОХРАНЕНИЮ И УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.**

Стр.144

*Безрукавая Дарья Ивановна
Руководитель: Куфтерина Татьяна Робертовна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**40. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ
И ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

Стр.147

*Белая Елизавета Анатольевна
Руководитель: Сергиенко Евгений Геннадьевич
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**41. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА
НА ТЕЧЕНИЕ НЕФРОПТОЗА.**

Стр.151

*Белая Елизавета Анатольевна
Коволина Екатерина Александровна
Руководитель: Кошкалда Светлана Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**42. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА
ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ
ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.**

Стр.154

*Белова Дарья Сергеевна
Руководитель: Сергиенко Надежда Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**43. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЯМИ.**

Стр.158

*Кравченко Ксения Евгеньевна
Руководитель: Шевцова Наталия Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**44. ПРОВЕДЕНИЕ АКУШЕРКОЙ
ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ
БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ ПРИ ОКАЗАНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ И МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ.**

Стр.161

*Лысенко Анна Вячеславовна
Руководитель: Кошкалда Светлана Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**45. ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ
ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА ПАЦИЕНТАМ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА.**

Стр.164

*Павленко Анастасия Юрьевна
Руководитель: Куфтерин Сергей Михайлович
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**46. ОСОБЕННОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ
СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ
В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.**

Стр.167

*Падалко Валерия Сергеевна
Руководитель: Сергиенко Надежда Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**47. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ
И ТЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ
ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ
В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.**

Стр.171

*Пасечная Дарья Андреевна
Руководитель: Сергиенко Евгений Геннадьевич, преподаватель
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**48. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ ПРИ
ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

Стр.174

*Ризаева Бахар Баходировна
Руководитель: Куфтерина Марина Сергеевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**49. ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ
ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

Стр.178

*Рыбалкина Виктория Владимировна
Руководитель: Гнучевская Екатерина Вячеславовна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**50. ОСОБЕННОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ФЕЛЬДШЕРОМ
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПИЕЛОНЕФРИТОМ.**

Стр.180

*Фатеев Никита Ильич
Руководитель: Поповская Тамара Семеновна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

51. СЛЫШУ ЗВОН, ДА НЕ ЗНАЮ ГДЕ ОН...

Стр.183

*Выпрецкая Анна Александровна
Руководитель: Шаповалова Елена Владимировна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

52. ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИИ У ЖЕНЩИН.

Стр.187

*Кострюкова Вера Анатольевна,
Баркаева Наталья Сергеевна
Руководитель: Перевозчикова Татьяна Александровна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**53. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ
ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ
ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.**

Стр.189

*Майорова Дарья Александровна,
Кручинина Мария Алексеевна
Руководитель: Толстокорая Лидия Александровна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**54. ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕНТИЛЬНЫХ ТАБЛИЦ И ИМТ
ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ
2 КУРСА КАМЫШИНСКОГО ФИЛИАЛА ГАПОУ
"ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ".**

Стр.192

*Шведченко Карина Александровна,
Киснер Виктория Руслановна,
Руководитель: Ефимова Татьяна Владимировна,
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**55. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ
РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ
ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ.**

Стр.195

*Неустроева Анастасия Викторовна
Руководитель: Комлева Светлана Игоревна
КОГПОБУ "Кировский медицинский колледж", г. Киров*

**56. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В ПРОФИЛАКТИКЕ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ.**

Стр.199

*Барчо Саида Руслановна
Пушкина Дарья Александровна
Руководители:
Иванова Виктория Ивановна
Панжинская Наталья Ивановна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**57. ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ
КАК ВАЖНЕЙШИЙ АСПЕКТ СОХРАНЕНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.**

Стр.203

*Гонезжук Азамат Казбекович
Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

58. РОССИЯ И ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Стр.205

*Гонезжук Азамат Казбекович
Величко Арсений Николаевич
Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**59. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ
ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИЙ.**

Стр.208

*Катаева Алина Григорьевна
Ластовская Виктория Максимовна
Руководители:
Осетрова Любовь Сергеевна
Ланина Ирина Сергеевна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**60. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ,
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ.**

Стр.212

*Красных Мария Александровна
Брагина Елена Владимировна
Руководители:
Иванова Виктория Ивановна
Панжинская Наталья Ивановна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**61. ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА
И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО
СПРОСА НА АНТИГИСТАМИННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ
ПРЕПАРАТЫ В АПТЕКЕ ГОРОДА КРАСНОДАРА.**

Стр.215

*Лисицына Евгения Алексеевна
Ким Алёна Романовна
Руководители:
Хатит Сима Яхиевна
Гедуадже Диана Вячеславовна*

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**62. ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА
И ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА
НА ФИТОПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В АПТЕКЕ г. КРАСНОДАР.**

Стр.218

*Лисицына Евгения Алексеевна
Пестова Полина Романовна
Руководители:
Пченушай Римма Руслановна
Хатит Сима Яхиевна,*

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**63. ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ
РТА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

Стр.221

*Рагимова Ксения Романовна
Хорошева Анна Александровна
Руководитель: Борискова Ирина Валерьевна*

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**64. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ.**

Стр.224

*Соколова Елизавета Евгеньевна
Пудлич Дмитрий Анатольевич
Руководители:
Осетрова Любовь Сергеевна
Болдырев Владимир Анатольевич*

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**65. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕСТРИНСКОГО
УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ
ИНФЕКЦИЯХ НА ПРИМЕРЕ ГРИППА И ОСТРЫХ
РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ.**

Стр.227

*Терновая Алина Константиновна
Щербаева Полина Викторовна
Руководители:
Ротаренко Инна Викторовна
Болдырев Владимир Анатольевич*

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**66. САХАРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ
С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОСОМАТИКИ.**

Стр.230

*Худолей Ольга Ивановна
Руководитель: Черткова Лина Петровна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

67. НАРКОМАНИЯ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ.

Стр.232

*Крячко Злата Алексеевна
Шуленина Мария Алексеевна
Руководитель: Черткова Лина Петровна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**68. ПРОФИЛАКТИКА ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЙ
СРЕДИ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА - ВАЖНЫЙ
АСПЕКТ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ.**

Стр.236

*Михневич Дмитрий Вячеславович
Сыромятников Андрей Алексеевич
Руководитель: Крашенинина Наталья Юрьевна
КГБПОУ "Красноярский базовый медицинский колледж
имени В.М. Крутовского", г. Красноярск.*

69. ЛЕГКО ЛИ БЫТЬ ЗДОРОВЫМ?

Стр.239

*Козельская Лилия Вячеславовна,
Руководитель: Конопелько Оксана Сергеевна,
Михайловский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка*

70. ПУТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ.

Стр.242

*Середина Дарья Андреевна
Руководитель: Шмелева Ирина Валиуловна
Михайловский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка*

71. ВИТАМИНЫ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.244

*Ямщиков Егор Андреевич
Руководитель: Радаева Елена Николаевна
БУПО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
"Нижневартовский медицинский колледж", г. Нижневартовск*

**72. РОЛЬ ЗАНЯТИЙ НА ФАКУЛЬТЕТЕ
"ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ"В УНИВЕРСИТЕТЕ
"ТРЕТИЙ ВОЗРАСТ"В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ
ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.**

Стр.249

*Галиуллина Адиля Алмазовна
Руководители: Валиева Гульфия Ибрагимовна.,
Шамсутдинова Ольга Владимировна.
ГАПОУ "Нижекамский медицинский колледж", г. Нижнекамск*

**73. АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК
НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.**

Стр.253

*Николаева Александра Александровна
Руководители:
Салова Ирина Алексеевна
Куриева Елена Михайловна
ГАПОУ "Новосибирский медицинский колледж", г. Новосибирск*

**74. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
СОСТОЯНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ КЛАССОВ
КОЛЛЕДЖА ОмГМУ.**

Стр.256

*Бенке Анастасия Дмитриевна
Руководитель: Кучугурная Людмила Александровна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

**75. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ
СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА ОмГМУ.**

Стр.260

*Кыспай Алина Артышовна
Руководитель: Стрелец Валентина Ивановна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

**76. ПРОБЛЕМА ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА
СРЕДИ ПОДРОСТКОВ.**

Стр.264

*Морозкина Мария Олеговна
Руководитель: Моисеенко Римма Евгеньевна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

**77. ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ
НА ФИЗИОЛОГИЮ СОСУДОВ И КРОВИ.**

Стр.267

*Елекина Анель Адильовна
Одинцов Павел Андреевич
Руководитель: Халупенко Ирина Александровна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

**78. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ: ПРОФИЛАКТИКА
АКТУАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА.**

Стр.269

*Родионова Светлана Николаевна,
Руководитель: Приставка Людмила Васильевна,
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

**79. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.**

Стр.273

*Агафоподова Ирина Викторовна
Руководитель: Ерохина Ольга Николаевна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №1, г. Ливны*

**80. НОМЕНКЛАТУРА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА
ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ.**

Стр.276

*Баусова Юлия Владиславовна
Руководитель: Балакина Анастасия Владимировна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж", г. Орёл*

**81. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВОЙ
АЛЛЕРГИИ У ВЗРОСЛЫХ.**

Стр.280

*Кирикова Екатерина Романовна
Руководитель: Ерохина Ольга Николаевна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №1, г. Ливны*

**82. ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.**

Стр.283

*Алябьева Евфросиния Николаевна
Логачева Анастасия Павловна
Руководители:
Огородникова Анна Сергеевна
Шейко Ирина Сергеевна
СПб ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург*

**83. КУРСОВАЯ РАБОТА, КАК ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТА
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.**

Стр.286

*Сергеева Варвара Михайловна
Руководители: Зинчева Юлия Игоревна
Ермак Ольга Николаевна
СПб ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург*

**84. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПЛОВЦОВ
С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.**

Стр.289

*Соколова Софья Юрьевна
Руководители:
Шереметова Татьяна Владимировна
Якутина Анастасия Николаевна
СПб ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург*

**85. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
КАК ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.**

Стр.292

*Горшкова Анастасия Константиновна
Руководители:
Агушева Наталья Александровна,
Михайлова Анна Вячеславовна
ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов*

**86. СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.
СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

Стр.294

*Мамунц Сюзанна Александровна
Туманова Арина Константиновна
Руководитель:
Назарова Елизавета Андреевна
ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов*

**87. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ β 2-АДРЕНОМИМЕТИКОВ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.**

Стр.296

*Ковригина Елена Андреевна
Усенко Юлия Юрьевна
Руководитель: Щеглова Ольга Михайловна
ОГАПОУ "Старооскольский медицинский колледж",
г. Старый Оскол, Белгородская обл.*

**88. АКСИОМЫ ПРОДАЖ: ИСКУССТВО ПРОДАВАТЬ
В АПТЕЧНОЙ СФЕРЕ.**

Стр.300

*Долженко Яна Сергеевна
Руководители:
Дериземля Наталья Сергеевна
Титова Валентина Васильевна
ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула*

**89. НЕЙРОМАРКЕТИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ
ПОВЫШЕНИЯ ЛОЯЛЬНОСТИ ПОКУПАТЕЛЕЙ В АПТЕКЕ.**

Стр.303

*Ролдугина Дарья Альбертовна
Руководители:
Дериземля Наталья Сергеевна
Титова Валентина Васильевна
ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула*

**90. ПСИХОСОМАТИКА КАК ФАКТОР,
ВЛИЯЮЩИЙ НА ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА.**

Стр.307

*Таратынкина Ульяна Александровна
Руководитель: Воронцов Роман Дмитриевич
ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула.*

**91. ПАТОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПЛЕСНЕВЫХ
ГРИБОВ НА БРОНХОЛЕГОЧНУЮ СИСТЕМУ ЧЕЛОВЕКА.**

Стр.310

*Алтухова Дарья Дмитриевна
Руководитель: Заверюха Виктория Владимировна
Уссурийский филиал КГБПОУ
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск*

**92. ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА СНА
НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТА.**

Стр.313

*Громова Анастасия Евгеньевна
Руководитель: Перечкина Наталья Григорьевна
Уссурийский филиал КГБПОУ
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск*

**93. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.
ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА.**

Стр.316

*Передрий Юлия Олеговна
Руководитель: Заверюха Виктория Владимировна
Уссурийский филиал КГБПОУ
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск*

**94. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ
НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ.**

Стр.319

*Пятаева Тамара Алексеевна
Руководитель: Ведерникова Ольга Константиновна
Уссурийский филиал КГБПОУ
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск*

**95. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОБОЛЬНЫХ.**

Стр.323

*Старкова Ксения Николаевна
Руководитель: Ведерникова Ольга Константиновна
Уссурийский филиал КГБПОУ
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск*

**96. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО
НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ.**

Стр.326

*Щиголева Арина Витальевна
Руководитель: Горюнова Елена Владимировна
Уссурийский филиал КГБПОУ
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск*

**97. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
КОРИ В УРЮПИНСКОМ РАЙОНЕ.**

Стр.329

*Коваль Евгений Дмитриевич
Иванов Александр Евгеньевич
Руководитель: Огдданов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

**98. ВЗГЛЯД СОВРЕМЕННЫХ МАМ НА ГРУДНОЕ
ВСКАРМЛИВАНИЕ СВОИХ ДЕТЕЙ.**

Стр.331

*Першикова Анжела Олеговна
Руководитель: Огдданов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

**99. ЗНАЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО
РАБОТНИКА В ПРОПАГАНДЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.**

Стр.333

*Пономарева Марина Викторовна
Руководитель: Круглова Марина Николаевна
Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

**100. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ПОЗДНИХ ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.**

Стр.335

*Харламова Дарья Константиновна
Руководитель: Самохина Елена Анатольевна
Урюпинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

**101. СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ УРЮПИНСКОГО РАЙОНА за 2021-2022 г
В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19.**

Стр.338

*Чернышова Карина Алексеевна
Руководитель: Огдданов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

102. ВЛИЯНИЕ ДОНОРСТВА НА ЗДОРОВЬЕ.

Стр.340

*Кадилова Анастасия Александровна
Руководитель: Иванова Инга Михайловна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №2, г. Мценск*

**103. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШКОЛЬНОЙ
МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СКОЛИОЗА.**

Стр.341

*Соловьев Евгений Владимирович
Руководитель: Коровкина Светлана Яковлевна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №2, г. Мценск*

**104. СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
НА БАЗЕ ГБУЗ ПК "ЧАЙКОВСКАЯ ДГБ".**

Стр.344

*Старцева Варвара Евгеньевна
Руководитель: Еловицова Ольга Николаевна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж"
г. Чайковский, Пермский край*

**105. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ДИЕТЫ. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ГАСТРИТ).**

Стр.347

*Недорезова Ульяна Петровна
Третьякова Дарья Алексеевна
Руководитель: Горковенко Марина Владимировна
ГПОУ "Читинский медицинский колледж", г. Чита*

106. ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ.

Стр.351

*Раменская Анастасия Степановна,
Харитонова Вероника Алексеевна
Руководитель: Горковенко Марина Владимировна
ГПОУ "Читинский медицинский колледж", г. Чита*

**107. ХРОНОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.**

Стр.352

*Соловьева Элла Владимировна
Руководитель: Ларионова Светлана Геннадьевна
ГАПОУ Саратовской области
"Энгельсский медицинский колледж Святого Луки
(Войно-Ясенецкого)", г. Энгельс*

**108. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С НАРУШЕНИЕМ ГЛОТАНИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА
(НА ПРИМЕРЕ ГБУ РС(Я) «РБ №2 ЦЭМП»
РСЦ Неврологическое отделение для больных с ОНМК).**

Стр.355

*Копырина Анна Васильевна
Руководитель: Афанасьева Иванна Михайловна
ГАПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж им.В.А.Вонгродского", г. Якутск.*

**109. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ
ПРИСТУПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
У ДЕТЕЙ 0-14 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ).**

Стр.359

*Николаева Анна Владимировна
Руководитель: Дмитриева Валентина Александровна
ГАПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж им.В.А.Вонгродского", г. Якутск.*

110. ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОПРОЛЕЖНЕГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ.

Стр.363

*Скрипниченко Диана Александровна
Руководители:
Салахова Ольга Константиновна
Таракина Татьяна Николаевна
ГПОУ Ярославской области
"Ярославский медицинский колледж", г. Ярославль*

111. ТОКСИЧНЫЕ РЕГИОНЫ ПО ОСАГО В РОССИИ.

Стр.367

*Гераева Милана Руслановна
Руководитель: Чернявская Екатерина Юрьевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

112. БИЗНЕС- ПРОЕКТ ГЛЭМПИНГ "AMARYLLIS".

Стр.372

*Дорошева Елизавета Андреевна
Руководитель: Дорошева Екатерина Валерьевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

113. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ БАНКОВСКОЙ СИСТЕМЫ В РОССИИ.

Стр.376

*Исаев Алексей Владимирович
Руководитель: Рулёва Анна Евгеньевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

114. БИЗНЕС- ПРОЕКТ МЫЛО ДЛЯ БРОВЕЙ "LAMBROW".

Стр.381

*Пятак Полина Олеговна
Руководитель: Дорошева Екатерина Валерьевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

115. СОСТОЯНИЕ ЭКОНОМИКИ И ФИНАНСОВОГО СЕКТОРА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

Стр.385

*Семенова Виктория Андреевна,
Руководитель: Авдухина Елена Ивановна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

**Исследования в области информационных технологий:
информатика, информационные технологии в профессиональной деятельности**

116. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В МОБИЛЬНОЙ РАЗРАБОТКЕ: ТЕНДЕНЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ.

Стр.389

*Дорогая Элла Павловна
Руководитель: Слепова Оксана Сергеевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

117. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ.

Стр.392

*Акиншина Ольга Сергеевна
Руководитель: Шамраева Анастасия Юрьевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**118. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ.**

Стр.394

*Кузнецова Ангелина Степановна
Руководитель: Шамраева Анастасия Юрьевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

119. НОМОФОБИЯ – КАК ФОРМА МОБИЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.

Стр.396

*Артамонова Алина Александровна
Кочкуров Иван Васильевич
Руководитель: Фёдорова Ольга Михайловна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

120. ONLINE-УГРОЗЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА.

Стр.398

*Кузнецова Юлия Андреевна
Руководитель: Акимова Татьяна Игоревна
Михайловский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка*

Гуманитарные исследования:

**история, краеведение, философия, культурология, социология, политология,
психология**

121. КРЕМЛЬ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.

Стр.402

*Серко Ярослав Валерьевич
Руководитель: Белопольская Виктория Автандиловна
Аркадакский филиал ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Аркадак*

**122. ПАТРИАРХАТ, МАТРИАРХАТ,
ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО –ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ.**

Стр.404

*Кочетова Дарья Сергеевна
Руководитель: Мозгунова Елена Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**123. ОТКРЫТИЯ В МЕДИЦИНЕ
В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.**

Стр.407

*Парамеева Анастасия Владимировна
Руководитель: Черненко Марина Васильевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

124. СОБАКИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.

Стр.411

*Холодова Дарья Сергеевна
Руководитель: Белоусова Галина Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

125. ВЕЛИКАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА В СУДЬБЕ МОЕЙ СЕМЬИ.

Стр.415

*Маркова Анастасия Сергеевна
Руководитель: Скорикова Елена Сергеевна
Волжский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Волжский*

126. ГОВОРИТ ЛЕНИНГРАД.

Стр.417

*Канина Алиса Вячеславовна,
Котова Карина Олеговна*

*Руководитель: к.ф.н., доцент Латкина Татьяна Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

**127. ТРАГЕДИЯ БАБЬЕГО ЯРА: РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЯ
ПО МАТЕРИАЛАМ АРХИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ.**

Стр.420

Колесниченко Ксения Алексеевна

*Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

128. ИСТОРИЯ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ МОЕГО КРАЯ.

Стр.423

Кучерлябская Мария Олеговна

*Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

129. КУРСКАЯ ДУГА. ПРОХОРОВКА: И ПЛАВИЛАСЬ БРОНЯ...

Стр.426

Янюк Дарья Евгеньевна

*Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

130. БЛОКАДНАЯ БЫЛЬ.

Стр.429

Янюк Дарья Евгеньевна

*Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

**131. РАЗВИТИЕ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ
В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ НА ПРИМЕРЕ
КАМЫШИНСКОГО УЕЗДА САРАТОВСКОЙ ГУБЕРНИИ.**

Стр.433

*Мартыненко Евгений Алексеевич,
Шведюк Варвара Анатольевна*

*Руководитель: Толстокорая Татьяна Николаевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

132. РЕВОЛЮЦИЯ КАК СПОСОБ СМЕНЫ ВЛАСТИ В НАШИ ДНИ.

Стр.436

Стах Сергей Алексеевич

*Руководитель: Хампиева Светлана Алексеевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

133. ЛЕНИНГРАД: ЗАХВАТИТЬ ИЛИ УНИЧТОЖИТЬ.

Стр.438

Стах Сергей Алексеевич

*Аскарров Константин Дмитриевич
Руководитель: Хампиева Светлана Алексеевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

134. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ.

Стр.441

*Сичинава София Эльдариевна,
Рябичко Полина Александровна.
Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**135. БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ
ВРАЧА СТОМАТОЛОГА.**

Стр.444

*Чурилова Алина Юрьевна
Руководитель: Курбанова Севиндж Мехтиевна
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ, Колледж, Волгоград*

136. МЕДСЕСТРА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ: УЧЕБА И ПОДВИГ.

Стр.446

*Комарова Оксана Романовна
Чернова Елена Анатольевна
Руководители:
Алексеева Галина Васильевна
Кочеткова Яна Вадимовна
СПб ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург*

**137. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ ЯМК
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГОВ В ГОДЫ
ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.**

Стр.449

*Яковлева Галина Альбертовна
Руководитель: Иванова Алена Михайловна
ГАПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж имени В.А. Вонгеродского", г. Якутск*

**138. ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИКРОРАЙОНА
НОВОТРОИЦК ГОРОДА БАЛЕЙ КАК КАЗАЧЬЕЙ СТАНИЦЫ.**

Стр.453

*Батомункуева Аяна Николаевна
Руководитель: Маркина Дарья Владимировна
Балейский филиал ГПОУ
"Читинский медицинский колледж", г. Балей*

**139. ЧТО БЫЛО НА ТЕРРИТОРИИ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ОТ ДНА МОРЯ ДО ОСВОЕНИЯ ГОРОДА?**

Стр.456

*Рудова Василиса Дмитриевна
Руководитель: Белоусова Галина Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**140. СТАНИЦА БУКАНОВСКАЯ.
СВЯЗЬ ПОКОЛЕНИЙ. ХРАНИМ ТРАДИЦИИ.**

Стр.459

*Авдеева Кристина Александровская
Вараев Биал Абубакарович
Руководители:
Тушева Наталья Николаевна
Шашлова Лилия Борисовна,
ГБПОУ "Волгоградский профессиональный
Техникум кадровых ресурсов", Волгоград*

**141. ТУТУМ ЭРГИИР – ЯКУТСКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ВИД СПОРТА.**

Стр.464

*Егоров Павел Васильевич
Руководитель: Амбросьева Екатерина Владимировна
ГАПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж имени В.А. Вонгородского", г. Якутск*

**142. ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ТЕРРОРИЗМУ
И ЭКСТРЕМИЗМУ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.**

Стр.470

*Кремнева Виктория Алексеевна
Руководител: Лагерева Елена Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

143. ГРАМОТНОСТЬ МОЛОДЕЖИ.

Стр.473

*Антюфеева Марина Игоревна
Плужникова Вероника Андреевна
Руководитель: Скорикова Елена Сергеевна
Волжский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Волжский*

**144. ТЕМПЕРАМЕНТ И ЕГО ЗНАЧИМОСТЬ
В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ.**

Стр.475

*Сподарик Жанна Александровна
Руководитель: Холодова Ирина Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**145. МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ КОНФЛИКТЫ:
ВИДЫ, ПРИЧИНЫ, СПОСОБЫ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ.**

Стр.478

*Кумпан Есения Петровна
Руководитель: Холодова Ирина Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**146. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАССТРОЙСТВ
АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ.**

Стр.481

*Юферева Татьяна Игоревна
Руководитель: Прозорова Мария Николаевна, к. п. н.
КОГПОУ "Кировский медицинский колледж"
ФГБОУ ВО "Кировский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Киров*

**147. РАЗВИТИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ С ОВЗ
ПО ЗРЕНИЮ ЧЕРЕЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ.**

Стр.484

*Гарипов Рамиль Минтагирович
Руководители: Бутякова Гюзель Анатольевна,
Гарифуллина Эльвира Мухаметовна
ГАПОУ "Нижекамский медицинский колледж", г. Нижнекамск*

**148. ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ
У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.**

Стр.487

*Сирин Ирина Сергеевна
Руководитель: Петенкова Светлана Васильевна
ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов*

149. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ.

Стр.491

*Ревина Дарья Александровна
Руководитель: Ерохина Ольга Николаевна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №1, г. Ливны*

**150. КОНФЛИКТЫ В ОРГАНИЗАЦИИ
И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ.**

Стр.493

*Андреева Алегена Дмитриевна
Руководитель: Былкова Анна Федоровна
ГАПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж имени В.А. Вонгородского", г. Якутск*

151. КУРЕНИЕ В ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ.

Стр.496

*Зацаринина Влада Владиславовна,
Герусова София Геннадьевна
Руководитель: Черткова Лина Петровна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**152. СОЦИАЛЬНАЯ РЕКЛАМА О ВРЕДЕ
КУРЕНИЯ В РОССИИ И США.**

Стр.499

*Аскарова Айсель Чапаевна
Урубкова Ульяна Олеговна
Руководители:
Горбунова Наталья Николаевна
Чайковская Виктория Эдуардовна
ГАПОУ "Волгоградский медико-экологический техникум", р.п. Светлый Яр*

**153. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И АДАПТАЦИИ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
И ИНВАЛИДОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ
(НА РЕГИОНАЛЬНОМ МАТЕРИАЛЕ).**

Стр.503

*Перевозчикова Ксения Павловна
Руководитель: Евсеева Ольга Владимировна
ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула*

**154. ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
О ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ БЫТОВЫХ ТРАВМАХ.**

Стр.505

*Головкова Ульяна Ивановна
Руководитель Баранова Алла Львовна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский*

**155. ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА СТУДЕНТОВ
В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ.**

Стр.508

*Перешивкина Милена Владимировна
Руководитель: Воронина Светлана Андреевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**156. СОТВОРЕНИЕ МИРА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
СКАНДИНАВСКОЙ МИФОЛОГИИ.**

Стр.511

*Лабзина Софья Евгеньевна
Руководитель: Белоусова Галина Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Филологические исследования:
русский язык, родной язык, литература, родная литература,
иностраный язык

**157. АФФИКСАЛЬНЫЕ ДЕРИВАТЫ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ.**

Стр.514

Джасимова Карина Фархадовна
Руководитель: *Микулан Ольга Викторовна*
ГБУ "Профессиональная образовательная организация
"Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань

**158. ГРЕКО-ЛАТИНСКИЕ МИФОЛОГИЗМЫ
В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ.**

Стр.516

Новикова Юлия Валерьевна
Руководитель: *Серебрякова Лилия Витальевна*
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

**159. СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ
ЭПОНИМОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ
(НА ПРИМЕРЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА).**

Стр.518

Силина Алина Александровна
Руководитель: *Серебрякова Лилия Витальевна*
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

**160. ОСОБЕННОСТИ МОЛОДЕЖНОГО СЛЕНГА
В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ.**

Стр.521

Стеблёва Вероника Андреевна
Руководитель: *Арслан Екатерина Викторовна*
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

**161. МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ В ПОМОЩЬ
ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ.**

Стр.524

Бударина Кристина Владимировна
Руководитель: *Шаммедова Елена Викторовна, к.ф.н.*
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
им. В.И. Вернадского", Волгоград

**162. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ИНТЕЛЛЕКТ – КАРТ
НА ЗАНЯТИЯХ ПО АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ.**

Стр.528

Селецкая Екатерина Александровна
Руководитель: *Шилова Нина Васильевна*
Фармацевтический колледж ФГБОУ ВО
"Красноярский государственный медицинский университет
имени В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения РФ, г. Красноярск

**163. РОЛЬ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА
В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ
СПО МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ.**

Стр.532

Георге Алина Азадовна
Руководитель: *Цвекалова Юлия Николаевна*
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ, Колледж, Волгоград

**164. МАРКЕРЫ ЦВЕТА
В ИДИОМАТИЧЕСКИХ ВЫРАЖЕНИЯХ
АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА И В НАЗВАНИЯХ
АНГЛОЯЗЫЧНЫХ ФИЛЬМОВ.**

Стр.533

*Юлдашева Регина Рустамовна
Руководитель: Яскевич Маргарита Борисовна
ГАПОУ "Нижнекамский музыкальный колледж
имени Салиха Сайдашева", г. Нижнекамск*

**165. РОЛЬ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ
ОБУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ.**

Стр.537

*Кишканова Полина Сергеевна
Руководитель: Тарасова Виктория Сергеевна
ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула*

**166. ВЛИЯНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ
ЯЗЫКОВ НА МОЗГ ЧЕЛОВЕКА.**

Стр.540

*Баранова Нина Александровна
Руководитель: Соколова Татьяна Александровна
Узловский филиал ГПОУ
"Тульский областной медицинский колледж", г. Узловая*

**167. ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА
ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ.**

Стр.543

*Агромакина Виктория Сергеевна,
Руководитель: Меренок Мария Федоровна,
Филиал ГОБУК ВО "Волгоградский государственный
институт искусства и культуры" в г. Камышин*

168. АНАТОМИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ НА ЧЕТЫРЕХ ЯЗЫКАХ.

Стр.545

*Батарин Алексей Гаврильевич
Руководитель: Тарасова Альбина Александровна
ГАПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж имени В.А. Вонгородского", г. Якутск*

169. А.Н. ОСТРОВСКИЙ – ОСНОВОПОЛОЖНИК РУССКОГО ТЕАТРА. Стр.548

*Дронова Александра Витальевна
Руководитель: к.ф.н., доцент Латкина Татьяна Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

170. ТЕМА ПАТРИОТИЗМА В РОМАНЕ-ЭПОПЕЕ "ВОЙНА И МИР". Стр.551

*Гонезжук Азамат Казбекович
Величко Арсений Николаевич
Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

171. ЧЕЛОВЕК С БОЛЬШОЙ БУКВЫ.

Стр.555

*Жигалка Дарья Николаевна
Руководитель: Газарянц Анна Карапетовна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**172. РУССКИЙ СИМВОЛИЗМ
КАК ОДНО ИЗ ЗНАЧИМЫХ ТЕЧЕНИЙ В ЛИТЕРАТУРЕ.**

Стр.557

*Насыпайко Дарья Сергеевна
Гущина Илона Юрьевна
Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

173. О ЖИЗНИ Л.Н.ТОЛСТОГО.

Стр.560

*Новикова Милла Эдуардовна
Руководитель: Газарянц Анна Карапетовна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

174. ФЕНОМЕН ДОСТОЕВСКОГО В XXI ВЕКЕ.

Стр.562

*Васильева Мария Александровна
Руководитель: Ушакова Татьяна Владимировна
БУПО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
"Нижевартовский медицинский колледж", г. Нижневартовск*

175. ОРФОЭПИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В НАШЕЙ РЕЧИ.

Стр.564

*Наумова Варвара Сергеевна
Руководитель: Лохтякова Наталья Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

176. МОЛОДЕЖНЫЙ СЛЕНГ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ.

Стр.567

*Вахитова Дания Радиковна
Паньшина Алина Александровна
Руководитель: Лохтякова Наталья Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**177. КУЛЬТУРА РЕЧИ ПЕДАГОГА,
МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА И СМИ.**

Стр.570

*Сокур Людмила Петровна
Руководитель: Лохтякова Наталья Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

178. НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОФИЦИАЛЬНО-ДЕЛОВОМ СТИЛЕ.

Стр.573

*Бикеева Кристина Алексеевна
Руководитель: к.ф.н., доцент Латкина Татьяна Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

**179. РОЛЬ ЯЗЫКОВОЙ КУЛЬТУРЫ
В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**

Стр.577

*Хилёва Анастасия Алексеевна
Руководитель: Малякина Татьяна Николаевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**180. МЕДИЦИНСКИЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ
И НАЗВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
РЕЧИ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.**

Стр.580

*Кухаренко Ростислав Анатольевич
Шарова Анна Владиславовна
Руководитель: Газарянц Анна Карапетовна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Естественно-научные исследования:
математика, химия, биология, физика, астрономия

ИССЛЕДОВАНИЕ МАЛЫХ ТЕЛ СОЛНЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

Зеленский Илья Денисович
Руководитель: Шабидинова Эльмира Исмаиловна
ГАОУ СПО Республики Крым
"Крымский медицинский колледж", г. Симферополь

Малые тела Солнечной системы — это космические объекты, которые по своим характеристикам не могут быть отнесены к карликовым планетам, планетам или их спутникам. Это кометы, астероиды, болиды, метеориты, метеороиды, метеоры, межпланетный газ и пыль. Их общая масса ничтожна по сравнению с большими планетами, не говоря уже о Солнце.

Сейчас для малых тел в астрономии не определены нижние границы по размерам или массе. Но предполагается, что в ближайшее время будет проведена такая градация: согласно заявлению Королевского астрономического сообщества Великобритании, небесные объекты с диаметром от 0,1 мм до 30 м будут считаться метеоритами, а все, что меньше — будет выведено из понятия малых тел, станет расцениваться как отдельные атомы, пыль или молекулы газа [4, с. 69].

Актуальность:

Мой интерес связан с малыми телами, такие как: астероиды, кометы, карликовые планеты, метеориты, болиды. Так как в последнее время Международный астрономический союз пересматривает определения планет, карликовых планет и малых тел Солнечной системы. На сегодняшний день вопрос астероидно-кометной опасности изучается, следовательно, актуально детальное исследование малых тел Солнечной системы.

Гипотеза:

Солнце и планеты произошли из сплюсненной раскалённой газопылевой туманности. Гигантское пылевое облако постепенно охлаждалось и начинало сжиматься. При этом оно распадалось на отдельные кольца, в которых родились планеты и спутники. Раскалённая пыль и газ центральной части породили Солнце.

Объект исследования:

Малые тела Солнечной системы, комета C/2022 E3 (ZTF), Челябинский метеорит.

Цель данного проекта: изучить особенности малых тел Солнечной системы для расширения собственного кругозора, научиться элементам исследовательской работы, внести собственный вклад в исследование, пусть даже небольшой.

Задачи:

1. Изучить информацию по малым телам Солнечной Системы и конкретно о Челябинском метеорите.
2. Пронаблюдать комету C/2022 E3 (ZTF).
3. Убедиться о важности изучения малых тел Солнечной Системы.

Кометы – это космические объекты, состоящие из замороженных газов, камней и пыли, которые вместе с остальными небесными телами Солнечной системы вращаются вокруг звезды. Они образовались после сложных процессов, во время которых зарождались планеты и Солнце [1, с.35].

В первой половине февраля 2023 года можно было наблюдать Зеленую комету (C/2022 E3 (ZTF)). Самое лучшее время для наблюдений являлись вечер и первая половина ночи.

Однако не удалось самостоятельно ее пронаблюдать, так как в благоприятные дни для наблюдений, когда она была яркой и можно было наблюдать невооружённым глазом, мешала Луна и была не благоприятная погода для наблюдений. Фото взято из интернета (см. рис. 1).



Рисунок 1. Траектория движения кометы C/2022 E3 (ZTF).

На рисунке 2 представлена фотография данной кометы.



Рисунок 2. Зеленая комета C/2022 E3 (ZTF).

Интерес к изучаемому объекту сподвигнул к созданию его макета. Для этого были использованы следующие инструменты и материалы: клеевой пистолет, пенопласт, вата, марля, щебень гранитный, изюм, крышка от банки, фольга, мячики – попрыгуны (см. 3, 4, 5).





Рисунки 3, 4, 5. Изготовление макета кометы.

Вторым объектом исследования является Челябинский метеорит. Информация собрана из разных источников. Результаты оказались следующие.

15 февраля 2013 года примерно в 9:20 местного времени (UTC+6) в районе Челябинска на земную поверхность упали фрагменты космического тела, распавшегося в атмосфере Земли. Разрушение суперболида сопровождалось серией взрывов в небе над городом на высоте 15–20 км. Это событие стало единственным на сегодняшний день задокументированным случаем падения метеорита на крупный промышленный город. Первоначально очевидцы падения метеорита предположили, что в атмосфере произошла авиакатастрофа или взрыв боевой ракеты.

Согласно расчетам НАСА, причиной «дождя» стал небольшой астероид около 17 метров в диаметре и порядка 10 тысяч тонн весом. Войдя в атмосферу Земли под острым углом на скорости примерно 18 км/с, через 32,5 секунды он разрушился, что и вызвало серию ударных волн. Суммарная мощность взрыва по разным оценкам составила от 0,4 до 1,5 Мт в тротиловом эквиваленте [2, с. 40].

Ученными Уральского федерального университета были проведена экспедиция по поиску метеорита и находки привели их к озеру Чебаркуль, где находился самый крупный фрагмент метеорита. В октябре 2013 года именно со дна озера Чебаркуль были подняты наиболее крупные фрагменты метеорита (см. рис.3).



Рисунок 3. Самый большой фрагмент метеорита Челябинск весом 505 кг.

Метеорит Челябинск относится к обыкновенным хондритам редкого типа LL5. Хондриты – наиболее примитивный тип метеоритов, образовавшиеся во время, или непосредственно после конденсации допланетного облака. Метеориты данной группы представляют собой конгломерат хондр (небольшие сферы (средний диаметр 1 мм) из ранее расплавленных минералов), их осколков, металлических и сульфидных включений, цементированных тонкодисперсной матрицей, основу которых составляют силикатные минералы [5].

Учеными всего мира проведено много исследований и экспериментов фрагментов метеорита Челябинск. Одним из таких является эксперимент по воссозданию процесса

образования вещества метеорита Челябинск. Так ученые выделяют в основном два типа: светлой литологии и темной.

В ударном эксперименте, проведенном в Российском федеральном ядерном центре - Всероссийском научно-исследовательском институте технической физики (Снежинск Челябинской области), было доказано, что изменения литологии метеорита, происшедшие в космосе, могли быть последствием ударного события (считается, что родительское тело метеорита, астероид крупных размеров и возрастом около 4,5 миллиарда лет, «пережил» 4 или 8 ударных событий), а все типы литологий, наблюдаемые в отдельных фрагментах Челябинского метеоритного дождя, могли быть сформированы ударным событием из одного и того же исходного материала. Такие экспериментальные доказательства получены впервые [3, с.79].

Комплексное исследование железосодержащих фаз метеоритов необходимо для увеличения объема данных об эволюции вещества Солнечной системы, а так же поиска путей моделирования создания в земных условиях сплавов, близких по свойствам космическим аналогам.

Выводы

В процессе исследования, в процессе сбора информации, узнал много интересного о малых телах Солнечной Системы. Теперь точно знаю, чем отличается метеорит от метеора и метеороида, какие бывают метеориты, чем отличаются планеты от карликовых планет и так далее.

Цель исследования достигнута, задачи в ходе работы выполнены не полностью, по объективным причинам, погодные условия не позволили пронаблюдать комету C/2022 E3 (ZTF), в феврале чистое небо – это редкое явление.

Исследование особенностей кристаллической структуры, свойств фаз вещества метеоритов, сформированных во внеземных условиях, представляют интерес как для разработки новых материалов с заданными свойствами, так и для понимания природы аномалий физических свойств внеземного вещества. В свою очередь, хондриты, каменные метеориты, как Челябинский метеорит, представляют собой наименее дифференцированное метеоритное вещество, содержащее информацию о ранних процессах формирования Солнечной системы.

В ходе выполнения данной работы, многому научился: находить нужную информацию, анализировать её и делать выводы, собственноручно попробовал изготовить макет кометы. Но главное, понял, как интересна и увлекательна наука, в частности физика и астрономия.

Список использованных источников:

1. Бирюков Е. Е. Захват комет из облака Оорта на орбиты галлеевского типа и орбиты семейства Юпитера // *Астрономический вестник*. 2017. Т. 41, № 3. С. 35.
2. Галушина Т. Ю. Популяция астероидов, сближающихся с Землей // *Вестник СибГАУ*. 2018. № 4 (56). С. 40.
3. Лушико Д. Ф., Емельяненко В. В., Бирюков Е. Е. Динамическая и физическая эволюция комет: доля астероидов, сближающихся с Землей, кометного происхождения // *Вестник ЮУрГУ*. 2017. № 19. С. 79.
4. Паняк С. Г. Математические парадоксы как технология создания мира // *21-й век: фундаментальная наука и технологии (North Charleston, USA, 24–25 apr. 2017 г.)*. 2017. Т. 1. С. 69.
5. Метеориты [Электронный ресурс]. – URL: Метеоры и метеоры [Электронный ресурс]. – URL <https://kipmu.ru/meteorit/>.

АНТИОКСИДАНТЫ – РОЛЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

*Мазурикова Анна Андреевна
Руководитель: Долгополова Елена Александровна
Бердский филиал ГАПОУ Новосибирской области
"Новосибирский медицинский колледж", г. Бердск*

За последние 10–15 лет, в связи с раскрытием механизма повреждения клеточных структур, установлена одна из причин возникновения заболеваний сердца, печени, легких, а также ряда других органов. Выяснилось, что так называемые активные формы кислорода (АФК), имеющие неспаренный электрон, обладают биологическим эффектом, который в зависимости от концентрации АФК может быть положительным (разрушение поврежденных, старых и злокачественных клеток) или отрицательным (повреждение нуклеиновых кислот, белков, перекисное окисление липидов). Вследствие этого возник интерес и к соединениям, которые способны взаимодействовать с АФК, предотвращая их токсическое действие - антиоксидантам.

Последние исследования в биомедицине показывают важную роль окислительного стресса в патогенезе различных заболеваний. Нарушение системы антиоксидантной защиты организма приводит к накоплению активных форм кислорода и создает серьезную нагрузку на организм, приводящую ко многим заболеваниям, таким как болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, диабетическая невропатия, различные сердечно - сосудистые и вирусные заболевания. Факторы, вызывающие окислительный стресс— многочисленны и напрямую связаны с нашим образом жизни, предусматривающей использование большого числа пищевых добавок, часто синтетического происхождения, имеет свое влияние радиация, курение, хлорированная вода, промышленные предприятия. Поэтому, когда уровень свободных радикалов возрастает (особенно при инфекционных заболеваниях и при длительном пребывании на солнце, во вредном производстве и т.п.), возрастает и потребность организма в дополнительных антиоксидантах, которые действуют как ловушки для свободных радикалов.

Для каждого района Новосибирской области характерны свободные радикалы, связанные с определёнными факторами: различными перерабатывающими предприятиями или особенностью самой местности. Целью данной работы является изучение химического строения антиоксидантов, знакомство с их влиянием на здоровье человека. Были поставлены и выполнены следующие задачи:

1. Изучить различные источники по данной теме.
2. Проанализировать использование понятия «антиоксиданты».
3. Изучить природу антиоксидантов.
4. Проанализировать природные антиоксиданты Новосибирской области.

Гипотеза: несмотря на изучение данной группы веществ в последнее десятилетие, с каждым годом человечество постепенно забывает про важность употребления антиоксидантов.

Источники свободных радикалов из окружающей среды: радиация, курение, напитки с высокой окислительной способностью, хлорированная вода, загрязнение окружающей среды, окисление почвы и кислотные дожди, непомерное количество консервантов и полуфабрикатов, антибиотики и ксенобиотики, компьютеры, телевизоры, мобильники. сигаретный дым, ионизированный воздух;

Высокообработанная, просроченная, испорченная еда и лекарства. Кроме всего этого свободные радикалы могут также образовываться в нормальных процессах метаболизма, под влиянием солнечных лучей (фотолиз), радиоактивного облучения (радиолиз) и даже ультразвука.

Например, казалось бы, полезное для загара, мощное ультрафиолетовое излучение солнца способно «выбивать» электроны из молекул клеток кожи и как результат «родные»

молекулы превращаются в свободные радикалы. Основной белок кожи - коллаген, при столкновении со свободными радикалами кислорода, становится химически активным настолько, что способен связаться с другой молекулой коллагена. Образовавшиеся в результате такого процесса молекулы, обладая всеми свойствами обычной молекулы коллагена, тем не менее, в силу размеров менее эластичны, а их накопление ведет к появлению морщин.

Природа заложила в живом организме собственные средства защиты от избытка свободных радикалов и природная система достаточно хорошо работает. Однако через нее все же постоянно проскальзывают отдельные радикалы, которые не успели вступить во взаимодействие с антиокислительными ферментами. Поэтому, когда уровень свободных радикалов возрастает (особенно при инфекционных заболеваниях и при длительном пребывании на солнце, во вредном производстве и т.п.), возрастает и потребность организма в дополнительных антиоксидантах, которые действуют как ловушки для свободных радикалов. Антиоксиданты с успехом применяются при лечении целого ряда заболеваний. Самыми известными из антиоксидантов являются витамины С, Е, В, А. Они представляют собой антиоксиданты, вводимые извне, так называемые неферментные.

Антиоксиданты неферментного происхождения разделяются на жирорастворимые и водорастворимые. Водорастворимые антиоксиданты защищают ткани, жидкостные по своей природе, а жирорастворимые — ткани, основанные на липидах. По разнообразию соединений антиоксидантного действия и широте их биологического эффекта на здоровье человека растения являются бесспорными лидерами среди внешних неферментных источников антиоксидантов. В таблице приведены лишь некоторые примеры важнейших биологически активных соединений овощей, обладающих антиоксидантным действием.

Важнейшие биологически активные соединения овощей

Наименование	Биологическое действие	Овощные культуры
Витамины	Повышение иммунитета, предупреждение рака, снижение оксидантного стресса	Все известные овощи
Флавоноиды	Антиоксидантная защита, защита от рака и кардиологических заболеваний	Все известные овощи, особенно лук репчатый
Каротиноиды	Источник витамина А, антиоксиданты, антиканцерогенное действие	Все оранжево-красные и темно-зеленые овощи
Фитостерины	Регулирование метаболизма холестерина, предупреждение атеросклероза	Соя
Аллилсульфиды	Антибактериальное, антиканцерогенное, кардиопротекторное	Все растения рода <i>Allium</i> (луки, чеснок)
Эфирные масла	Антибактериальное, антиканцерогенное, кардиопротекторное	Эфиромасличные культуры
Аллилгликозиды	Антиканцерогенное	Капустные культуры
Пищевые волокна	Нормализация микрофлоры кишечника, защита от атеросклероза и рака	Все овощные культуры, соя, фасоль, бобы
Соединения селена	Антиканцерогенное, иммуномодулирующее, антиоксидантное	Астрагалы, луковые
Соединения цинка	Нормализация обмена веществ	Многолетние луки

Мною было проведено исследование по выявлению местонахождения произрастающих на территории Новосибирской области продуктов питания, содержащих в себе большее количество антиоксидантов по сравнению с другими, содержащими антиоксиданты, продуктами. В первую очередь это дикие ягоды: черника, малина, полевая клубника и земляника. А также овощи: морковь, свекла, кукуруза и другие. После составления подробной

карты с отмеченными на ней ягодами и овощами, стало понятно следующее: в нашей области огромное множество природных антиоксидантов, необходимых для поддержания здорового образа жизни её жителей.

В Новосибирской области имеется 7 651,6 гектаров сельскохозяйственных угодий, что составляет 42,8% от всей территории области.

Среди отмеченных на карте продуктов, содержащих антиоксиданты, первое место занимает морковь – 37,84% по области. Дикie ягоды составили 27,2%, 5,4% из которых черника, 18,92% земляника и 2,7% малина. Отмечены также засаживаемые человеком поля сахарной свеклы, составившей 8,11%, кукурузы – 13,51% и подсолнуха, составившего всего 2,7%. Оставшиеся 10,81% по области занимают другие овощи, такие как помидоры, огурцы, салат и т.д.

Свободные радикалы атакуют наш организм 24 часа в сутки, но их атаки могут происходить чаще или реже. Это зависит от многих факторов. Курение, алкоголь, стрессы, неправильное питание и долгое пребывание на солнце увеличивают количество свободных радикалов, а правильный образ жизни, полноценный отдых и рациональное питание, наоборот, снижают их активность. Объектами атак свободных радикалов в организме человека преимущественно являются соединения, которые имеют двойные связи в частицах, например: белок, ненасыщенные жирные кислоты, входящие в состав клеточной оболочки, полисахариды, липиды и даже ДНК.

Ещё раз отмечу: антиоксиданты обезвреживают свободные радикалы, которые, в свою очередь, являются одной из главных причин старения и множества дегенеративных болезней.

Изучив данную тему, мной разработаны рекомендации для сохранения витаминов и микроэлементов в овощах и фруктах:

1. Не покупайте овощи и фрукты большими партиями;
2. Продукты лучше хранить в темном месте;
3. Хранить продукты следует в закрытой таре или упаковке;
4. Больше всего витаминов сохраняется при приготовлении продуктов с помощью варки, варки на пару, затекания;
5. Старайтесь покупать сезонные фрукты и овощи.

В конце изучения темы: Антиоксиданты – роль для здоровья человека мной были сформулированы выводы:

1. Данная тема является актуальной, так как, не все оценивают роль питания для своего здоровья.
2. При желании, есть, чем заменить дорогостоящую привозную продукцию, на районированные произрастающие в нашем регионе овощи, фрукты и ягоды.
3. Процесс получения, полноценных питательных веществ для своего рациона, из произрастающих продуктов в нашем регионе, более трудоемкий, купить готовое проще, но мы не можем быть уверены в качестве данной продукции.
4. Привезенные из далека лишенные солнца при созревании, обработанные химическими составами продукты не обеспечат нас необходимым минимумом полезных веществ.

Список использованных источников:

1. *Меньщикова, Е. Б., Ланкин, В. З., Зенков, Н. К., Бондарь, И. А., Круговых, Н. Ф., Труфакин, В. А. Окислительный стресс. Проксиданты и антиоксиданты. М.: Фирма «Слово», 2006. - 556 с.*
2. *Полесская, О. Г. Растительная клетка и активные формы кислорода. М.: Изд-во КДУ, 2007. - 140 с.*
3. *Путилина, Ф. Г., Ещенко, Н.Д., Галкина, О. В. Свободнорадикальное окисление. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008.161 с.*
4. *Сайт: Здоровая планета. - Здоровый образ жизни. - <http://www.zdorovajaplaneta.ru/zdorovyj-obraz-zhizni-zozh/> (дата обращения: 15.01.2024).*

МОЗГ ЧЕЛОВЕКА: МИФЫ И НАУЧНЫЕ ФАКТЫ

*Воеводина Арина Денисовна
Руководитель: Холодова Ирина Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Наш мир устроен так, что объект, который плохо изучен, вызывает у нас много сомнений и теорий. Одни из которых правда, а другие ложь. Человеческий мозг пока полностью не изучен, что вызывает много споров и вопросов. К таким вопросам можно отнести и наш вопрос «Правда ли, что мозг работает всего на 10%».

Теория про использование только 10% мозга – это настоящая ложь. Данное предположение выгодно только тем, кто спорит о неправильном потенциале мозга индивида и больших возможностях, если мозг начнет работать на полные 100%.

Только подумайте обо всех возможностях, открывающихся, если использовать мозг на полную мощь. Скорее всего, так можно излечить мир от любых болезней, вступать в контакты с инопланетянами и творить другие чудеса. Полагать так приятно, но в реальности это только фантазии.

В середине прошлого века было совершенно непонятно как мыслит человек (сейчас это тоже непонятно, но уже на другом уровне). Но кое-что было известно — например, что мозг состоит из нейронов, которые могут генерировать электрические сигналы.

Некоторые ученые считали, что если нейрон генерирует импульс, то он работает, а если не генерирует — значит, «ленится». И вот кому-то пришла в голову мысль проверить: какое количество нейронов в целом мозге «трудится», а какое — «ленится»?

Нейронов в мозге несколько миллиардов и было бы чистым безумием измерять активность каждого из них — это заняло бы много лет. Поэтому вместо того, чтобы изучать все нейроны подряд, ученые исследовали только небольшую часть, определили среди них процент активных и предположили, что по всему мозгу этот процент одинаков (такое предположение называется экстраполяцией).

В следствии чего оказалось, что «работает», то есть генерирует импульсы, только очень малый процент нейронов, а остальные — «молчат». Из этого был сделан немного прямолинейный вывод: молчащие нейроны — бездельники, а мозг работает только на малую часть своих возможностей[4].

В действительности работа человеческого мозга всегда осуществляется на все 100%. Человек задействует все области серого вещества, а дополнительного резерва просто не существует. Если работает только часть мозга вместо положенных 100%, то причина одна – травма.

Исследователи долгое время занимаются изучением природных процессов головного мозга человека, поэтому им несложно привести опровержение. Известно, что в структуре данного органа есть нейроны, создающие электрические импульсы. Количество нейронов в одном органе превышает несколько миллиардов, по этой причине проблематично исследовать их общую работу. На начальных этапах исследования, ученые сосредотачивались на небольшом участке серого вещества и отслеживали объем нейронов, создающих сигналы. В итоге удалось узнать, что «спящие» нейроны преобладают над числом работающих. Что привело к выводу о том, что мозг работает не на полную мощность.

Мозг человека – сложный орган с множеством многофункциональных нейронов. Суть в том, что нейроны отделов головного мозга отвечают за различные функции и действия. К примеру, во время прослушивания музыки задействуются нейроны, которые ответственны за способность слышать. В состоянии радости или расстройства, функционируют нейроны ответственные за эмоциональное состояние. Даже если положить на стол руку, чувствуя под ладонью столешницу, мозг трудится: органы чувств посылают сигналы, активизируя нейроны, ответственные за осязание.

В мозге есть множество областей: сенсорные — принимающие информацию из внешних источников окружающей среды; моторные - управляют нашими движениями; когнитивные, отвечающие за мыслительные функции; лимбическая система, отвечающая за эмоциональные процессы[2].

Головной мозг циклично, в зависимости от необходимой функции и поступающего импульса в данный момент. Когда человек находится в состоянии покоя, то неактивны нейроны, запускающие процесс ходьбы, при молчании - «молчат» нейроны, управляющие речью, в тишине не возбуждаются нейроны, отвечающие за слух и так далее. Иными словами, если нейроны в данный момент не нужны — они неактивны. Это положительно сказывается на работе головного мозга, иначе, вероятно возникновение галлюцинаций, так как сенсорные нейроны заставят человека испытывать абсолютно все возможные ощущения. Одновременно, моторные нейроны запустят все возможные движения, свойственные организму, когнитивные – все мыслительные функции, сенсорные -ощущения, воспроизведение всех эмоций и так далее [1].

Лишняя активность мозга может негативно отразиться на его работе и состоянии организма человека. Соответственно, при приеме пищи – организм должен быть в состоянии физического покоя, во время выполнения домашнего задания – не отвлекаться на посторонние темы и сигналы из внешней среды. Важно не только возбуждение «нужных» нейронов, но и торможение «ненужных». Необходим баланс между возбуждением и торможением. И нарушение этого баланса может привести к очень печальным последствиям.

Насколько активно функционирует мозг, можно определить только по числу действий, выполняющихся в определенный отрезок времени, по нейронной нагрузке. Человек может в данный момент времени задействовать только 10% своего мозга, по причине того, что при выполнении определенной работы больше и не требуется.

Для улучшения работы головного мозга не стоит пробовать нагрузить мозг полностью, так как это не даст эффекта. Улучшенное функционирование мозга выражается в отличной памяти, легкой обучаемости и усвоении полученных знаний. Этим функционалом заведуют нейроны, связи между ними, отвечающие за нормальную работу организма человека. Они создаются всю жизнь и каждый может поспособствовать тому, чтобы они более активно формировались[3].

Для медикаментозной стимуляции когнитивных функций мозга используются препараты – ноотропы. Они помогают восстановить и улучшить связь между нейронами головного мозга, нормализовать обмен веществ и кровоснабжение органа, защитить нервные клетки от повреждений и разрушения. Но принимать эти препараты можно только по показаниям, после консультации с врачом.

Подводя вывод, стоит сказать, что наш мозг работает на все 100%, но это также зависит от поставленных задач в данный момент. Стоит помнить о том, что не вся информация бывает достоверной и прежде чем ее использовать, стоит удостовериться в доказанности и аргументированности. Для ответов на возникающие вопросы можно воспользоваться библиотеками, как онлайн, так и городскими, в которых найдется книга, статья, научно - исследовательская работа с более точной и правдивой информацией.

Что касается конкретно о работе мозга, его можно тренировать с помощью огромного количества тренажеров, тестов и необычных для вашего рода деятельности задач. Также его можно стимулировать, помещая себя в непривычные условия. Например, ходить по дому с закрытыми глазами, пробовать непривычные ароматы, пытаться определять предметы по ощущениям и прикосновениям, слушать новую музыку и изолированно подмечать работу различных инструментов (здесь особенно хорошо подойдет классическая музыка). Выполнять привычные действия нерабочей рукой – левой для правши или правой для левши. Учиться двигаться ассиметрично. Например, одной рукой совершать широкие круговые движения, а другой – узкие, на листе бумаги одновременно нарисовать одной рукой – треугольник, а второй – квадрат. Еще один интересный способ – заменить привычную вилку на китайские

палочки и попробовать новый способ приема пищи. Важно, помнить про меру нагрузки и не перегружать мозг, помнить о возможных последствиях и принимать решения осознанно.

Список использованных источников:

1. Бредесен, Д. *Нестареющий мозг: глобальное медицинское об истинных причинах снижения умственной активности.* / Д. Бредесен. - М.: Изд-во: Эксмо Бомбора, 2023.
2. Дубынин, В.А. *Мозг и его потребности: от питания до признания.* / В.А. Дубынин. - М.: Издательство: Альпина нон-фикшн, 2021.
3. Казанцева, А. *Мозг материален* / А. Казанцева. - М.: Издательство: АСТ, 2022.
4. Рос, Х. *Нейрокомикс.* / Х. Рос. - М.: Изд-во Манн, Иванов и Фербер, 2018.

СИНДРОМ ТУРЕТТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кондакова Алина Александровна

Руководитель: Грицаенко Дарья Вадимовна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Синдром Туретта, наблюдаемый у детей и подростков, является важной социально значимой проблемой, поскольку оказывает негативное влияние на качество их жизни. Синдром Туретта бывает у людей любого возраста и ни один из больных на любом этапе своей жизни не застрахован от проблем. Люди, а особенно дети, склонны к буллингу и неприязни к тем, кто не похож на них, а человек с синдромом Туретта, хоть и выглядит внешне здоровым, но своим поведением может вызывать сомнения и насмешки в свою сторону. Часто, уже в подростковом возрасте и при вступлении во взрослую жизнь возникают новые сложности, так как окружающие приравнивают болезненные тики к тремору после употребления наркотических веществ. Такое мнение сразу навешивает на людей множество ужасных ярлыков и затрудняет его нормальное существование в обществе. Людям с такой болезнью очень часто отказывают в работе, потому что не верят их словам о болезни. Выполнение своих обязанностей на работе или усваивание материала в школе/колледже может быть также затруднено из-за приступов. Жизненный путь таких людей состоит из ряда этапов, ведь при наличии Синдрома Туретта им нужно многому научиться и многое учесть, а мы должны им в этом помочь.

Актуальность статьи в том, что люди зачастую не знают ничего о Синдроме Туретта, что создает много проблем для больных. Важно понимать, что людей с таким Синдромом не так уж и мало, а потому необходимо осведомить общественность и сломать стереотипы об этой нетипичной болезни, для создания комфортных условий существования больных людей в обществе, так как многие больные Туретта люди часто замыкаются в себе из-за страха и стыда за свой недуг.

Синдром Туретта — генетически обусловленное расстройство центральной нервной системы, которое проявляется в любом возрасте и характеризуется множественными двигательными и голосовыми тиками, появляющимися много раз в течение дня. Тики — движения и звуки, «которые возникают периодически и непредсказуемо на фоне нормальной двигательной активности», похожие на «отклонение нормального поведения». Тики, связанные с синдромом Туретта, различаются по количеству, частоте, тяжести и анатомической локализации. Эмоциональные переживания увеличивают или уменьшают выраженность и частоту тиков у каждого больного индивидуально. В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам, Туретта стоит наряду с остальными тиковыми расстройствами, относится к нейроонтогенетическим моторным расстройствам.

Ранее синдром Туретта считался редким, странным и даже смешным синдромом, ассоциированным с выкрикиванием нецензурных слов, использованием неприемлемых в

обществе жестов или социально неуместных и оскорбительных высказываний. Однако этот симптом присутствует только у меньшего числа людей с синдромом Туретта и избежать неловких ситуаций с таким видом тиков можно с помощью расслабления лица; ведь в таком случае будут произноситься только несвязанные звуки, а не полноценные ругательства и оскорбления, так же работает и с расслаблением рук, когда жест не будет воспроизведен, но дергаться руки не перестанут.

У людей с синдромом Туретта уровень интеллекта и продолжительность жизни в норме. Степень выраженности тиков уменьшается у большинства детей, когда у них завершается подростковый возраст, а тяжелая степень синдрома Туретта в зрелом возрасте встречается редко, однако известные люди с синдромом Туретта также встречаются во всех сферах жизни и в этом нет ничего удивительного.

Впервые состояние, похожее на синдром Туретта, было описано в 1486 году в «Молоте ведьм». В книге описан священник, имевший двигательные и голосовые тики и считавшийся «одержимым». Первое научное описание заболевания сделал французский врач Итардом в 1825 году. Он составил историю болезни молодой женщины, страдавшей ею с семи лет. Заболевание началось с двигательных тиков, таких как произвольные гримасы и подергивания тела, а потом к ним присоединились вокальные тики и больная не могла контролировать этот процесс. С её слов, она испытывала мучительное и навязчивое желание это делать. Уже в середине XIX века врачи поняли, что болезнь не является слабоумием. После Итарда болезнь была несколько раз описана французскими клиницистами. Жиль де ла Туретт, посвятил изучению заболевания и работе с пациентами много исследований, в ходе которых пришёл к ценным и интересным выводам:

1. Феномен всегда сопровождается насильственными движениями и криками;
2. Болезнь имеет тесную связь с наследственными факторами. Туретт наблюдал один из интересных случаев, когда у близнецов мужского и женского пола симптомы патологии возникли в одно и то же время и развивались по уже известному классическому принципу;
3. Пик развития болезни приходится на детский и подростковый возраст;
4. Течение волнообразно и быстро прогрессирует.

Интересным фактом является то, что половине пациентов по мере взросления удаётся справиться с неконтролируемыми моторными и голосовыми тиками, однако у другой половины больных симптомы не проходят, а лечение часто оказывается неэффективным.

Человек с синдромом Туретта имеет около 50 % вероятность передачи гена одному из своих детей. Таким образом, не у каждого, кто унаследовал данный генетический дефект, проявятся симптомы. Ген может экспрессироваться в синдром Туретта как тик легкой степени или как обсессивно-компульсивные симптомы без тиков. Лишь незначительная часть детей, которые унаследовали гены, имеют симптомы, требующие медицинского внимания. Пол тоже влияет на экспрессию дефектного гена: у мужчин тики проявляются чаще, чем у женщин.

При слабых и управляемых тиках лечение не требуется. Вместе с тем, если тики доставляют беспокойство, может возникнуть необходимость в лечении. Первым этапом лечения является обследование у врача, который знаком с заболеванием. Лечение может включать поведенческую терапию и/или прием лекарственных средств. Для многих людей наиболее эффективным будет сочетание этих двух компонентов, но для определения наиболее подходящей тактики лечения может потребоваться некоторое время.

Комплексная поведенческая психотерапия по поводу тиков (КППТ) — это поведенческий немедикаментозный метод лечения, продемонстрировавший в ходе клинических исследований свою эффективность в ослаблении тиков как у детей, так и у взрослых. Исследования также показали, что во многих случаях КППТ так же эффективна, как и лекарственные препараты. КППТ включает три основных компонента:

1. Научить человека более осознанно воспринимать свои тики и позывы к ним.
2. Научить человека переключаться на конкурирующее поведение при возникновении позыва к тикю.

3. Изменить повседневную деятельность так, чтобы это приводило к ослаблению тиков.

КППТ может казаться простым видом терапии, однако для того, чтобы КППТ была эффективной, необходимы усилия и время, как и в случае приобретения любого нового навыка или привычки.

Если у человека есть несколько тиков или они сильно выражены, то врач может порекомендовать принимать лекарственные средства такие как: Галоперидол, пимозид и арипипразол. Важно понимать, что болезнь является неизлечимой, а потому лекарства могут помочь, но полностью тики не излечивают.

Есть и другие услуги, которые помогут справиться с СТ и сопутствующими симптомами в повседневной жизни, например: Трудовая терапия; Физиотерапия; Услуги логопедии.

Как взаимодействовать с людьми с синдромом Туретта?!

Учеба в старших классах средней школы может пугать и одновременно быть захватывающим периодом в жизни. В некоторых случаях наличие Синдром Туретта может стать дополнительной проблемой в этот период. Из-за тиков больной может стать объектом насмешек и издевательств сверстников. Другие учащиеся, имитируя тики, могут спрашивать: «Почему ты так делаешь?». Одна из причин нападок со стороны людей состоит в их непонимании того, что представляет собой болезнь или тики. Рассказывая одноклассникам и учителям о синдроме Туретта, мы можем исправить эту ситуацию. Не стоит говорить человеку с расстройством «перестать»: он не может контролировать тики. При этом стресс из-за таких требований может только усилить проявления расстройства. Ассоциация людей с синдромом Туретта советует окружающим игнорировать проявления синдрома, насколько это возможно. Тогда люди с расстройством будут меньше смущаться перед окружающими, и это может привести к ослаблению симптомов. Но, если человек это позволяет, то лучше всего реагировать на тики с позитивом, переводя все в добрые и приемлемые шутки, чтобы человек не чувствовал себя некомфортно, думая, что пугает своим поведением вас.

Однако, доверять сухим фактам не всегда является верным решением, поэтому было проведено небольшое исследование, состоящее из опроса студентов ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж», чтобы доказать актуальность статьи на практике.

В опросе приняли участие 40 студентов разной возрастной категории: люди от 15 до 19 лет. Опрос проводился онлайн и являлся анонимным.

Вопросы	Ответы студентов	
	да	нет
Знаете ли вы, что такое синдром Туретта?	12	28
Встречались ли вам люди с таким синдромом?	14	24

Таблица 1.

Вопросы	Ответы студентов			
	заболели в течении жизни	передалось по наследству	это душевное расстройство	это последствие принятия запрещенных веществ
Синдром Туретта выражается в неконтролируемых действиях. Знаете ли вы, как появляется этот синдром?	12	10	6	6
	спрошу “Что с тобой?”	не обращу внимание	пошучу	скажу “Перестань так делать.”
Что бы вы сделали, если бы заметили нетипичное поведение человека, с виду выглядящего, как здоровый.	10	7	6	17

Таблица 2.

По результатам 1-й части опроса (Таблица 1.) можно сделать вывод, что большая часть студентов не знает о том, что представляет из себя такое заболевание, как синдром Туретта, ведь 28 человек ответили на первый вопрос отрицательно. Это подтверждает тот факт, что многие люди не осведомлены о таком нетипичном синдроме.

14 опрошенных человек все-таки сталкивались с людьми, болеющие Туретта, что может являться доказательством того, что синдром не так уж и редок в нашем обществе. Однако, уже во второй части опроса (Таблица 2.) люди признались, что большинство не имеет представления о том, как появляется это заболевание и как стоит обращаться с людьми, болеющие синдромом Туретта.

Это незнание может повлечь за собой намного больше последствий, чем многие могут себе представить. Своим страхом заразиться или неправильной и грубой реакцией люди неосознанно могут нанести психологический вред больному, который может негативно сказаться на его лечении и тики могут стать чаще. Важно понимать, что Туретта - неконтролируемая и неизлечимая болезнь, которая приносит людям с ней огромные проблемы, как моральные, так и физические. Многие люди с Туретта боятся заводить отношения, боятся напугать людей, боятся общественного осуждения и это все негативно сказывается на их состоянии и затрудняет лечение. Именно поэтому тема, затронутая в статье, является актуальной на сегодняшний день не только среди студентов медицинских колледжей/университетов, но и среди обычных людей.

Список использованных источников:

1. "Синдром Туретта" Википедия. https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Туретта
2. "How to Help Kids With Tourette Syndrome at School" <https://www.verywellfamily.com/help-kids-with-tourettes-at-school-4123682>
3. "Как жить с синдромом Туретта — тиками, которые невозможно контролировать" Афиша Daily. <https://daily.afisha.ru/relationship/6734-kak-zhit-s-sindromom-turetta-tikami-kotorye-nevozmozžno-kontrolirovat/>

МИКРОБИОМ КОЖИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ КРАСОТЫ ЧЕЛОВЕКА

*Портнова Софья Михайловна
Руководитель: Малогина Екатерина Константиновна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Кожа человека — самый большой орган, граничащий с внешним миром, является естественной средой обитания для миллиардов бактерий, вирусов и грибов. Эта совокупность микроорганизмов и представляет собой микробиом или микрофлору кожи, от богатства и разнообразия которого напрямую зависит её благополучие.

Микробиом кожи — созданная эволюцией устойчивая экосистема, населённая как полезными, так и патогенными микроорганизмами. Гармоничное сообщество микробиоты защищает кожу от патогенных бактерий, способных вызвать инфекционные заболевания, активно участвует в формировании кожного иммунитета, проявляет антиоксидантное действие, которое нейтрализует вредное влияние окружающей среды. Сбалансированный микробом напрямую связан с нормальным состоянием и функционированием гидролипидной мантии кожи, полезные микроорганизмы синтезируют многие необходимые для её построения вещества: гиалуроновую кислоту, пептиды, жирные кислоты. А дисбаланс кожной микрофлоры может провоцировать развитие атопического дерматита, экземы, угревой болезни, псориаза, розацеа, себорейного дерматита.

Микробиом каждого человека разнообразен и абсолютно уникален, и, как и всё живое, подвержен влиянию среды. Его легко можно повредить, если злоупотреблять антибактериальными средствами, в том числе местного применения, перегружать рацион питания избыточным количеством простых углеводов, пренебрегать солнцезащитными средствами при нахождении на солнце.

Кроме того, хронический стресс, недостаток сна, гормональная перестройка организма также способствуют изменению физико-химических параметров кожного покрова, что приводит к дисбалансу микрофлоры. Неправильно подобранный уход за кожей, включающий слишком агрессивные средства очищения, частые пилинговые и скрабирующие процедуры, избыточное количество одновременно используемых косметических продуктов также является частой причиной нарушения гармоничного симбиоза бактерий. Гибель и недостаток полезных микроорганизмов лишает кожу естественной, «природной» защиты и делает её очень уязвимой, что проявляется в чрезмерной чувствительности, обезвоженности, сильной сухости или избыточной жирности, аллергических реакциях и развитии кожных заболеваний.

Для поддержания и восстановления микробиома кожи поможет здоровый образ жизни, полноценный отдых и сон, отказ от вредных привычек, нормализация питания с достаточным количеством белков, жиров и минимизацией потребления быстрых углеводов (сахар), а также правильный уход за кожей. Современная косметика, опираясь на последние научные открытия, всё чаще включает в свой состав специальные компоненты — пробиотики и пребиотики, поддерживающие и восстанавливающие нормальный баланс микробиома. Главную роль в сохранении микробиома играет грамотное очищение кожи. Давно прошли те времена, когда кожу очищали «до скрипа», считая, что стерильная чистота — залог её красоты и здоровья. Сегодня рекомендуются мягкие очищающие средства на основе натуральных ингредиентов, максимально бережно относящиеся к коже. Также не менее важны пребиотики в средствах очищения для жирной, склонной к воспалениям кожи. Здоровый баланс

микроорганизмов способствует уменьшению количества патогенов и устранению воспалительных проявлений.

Пробиотики — культуры полезных микроорганизмов, обитающие на коже человека. В живом виде в составе косметических формул не используются, в средствах могут применяться их производные, например, лизаты.

Пребиотики — компоненты, обеспечивающие полезным микроорганизмам благоприятную питательную среду. Сегодня известно более 25 таких веществ; к ним относятся гиалуроновая кислота, молочная кислота, аминокислоты и разнообразные полисахариды.

Для очень сухой кожи, склонной к атопическим проявлениям кожи важным аспектом, напрямую влияющим на её состояние, является баланс микроорганизмов. Согласно последним научным данным, важную роль в развитии аллергического процесса играет избыточная колонизация золотистого стафилококка, и современные средства ухода за сухой кожей имеют в своём составе специальные пребиотические комплексы, препятствующие росту этих патогенных бактерий.

В настоящее время в свете последних исследований изменяется и подход к лечению и уходу за кожей с акне. Направленный ранее на полное уничтожение бактерий, сегодня он всё больше акцентирован на восстановлении нарушенного баланса микрофлоры. Общие тенденции ухода за проблемной кожей подразумевают максимально бережное отношение к микробиому. Косметические гаммы для ухода за проблемной кожей предлагают эффективные, но максимально щадящие средства для очищения кожи, сохраняющие гидролипидную мантию и поддерживающие идеальную для микробиома слабокислую рН поверхности кожи; средства ухода наряду с противовоспалительными и себорегулирующими активами включают в себя комплексы, способствующие регенерации клеток и укреплению барьерных свойств эпидермиса.

Выводы. На основании вышеизложенного следует заключить, что исследования микробиома нашей кожи активно продолжаются, нас ждёт ещё много интересных открытий, но уже несомненно, что стабильный микробиом, включающий множество разнообразных микроорганизмов, живущих в симбиозе друг с другом и с нами — залог здоровой кожи и сияющего внешнего вида, и современные косметические средства способны помочь в решении этой задачи.

Список использованных источников:

1. Евстропов, В. М. Факторы, влияющие на здоровье человека / В. М. Евстропов, С. В. Старченко, А. С. Климов // Молодой исследователь Дона. – 2021. – № 3 (18). – С. 23–27. - ISBN 978-5-9704-5562-3. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455623.html> (дата обращения: 04.02.2024). - Режим доступа: по подписке.
2. Зверев, В. В. Основы микробиологии и иммунологии: учебник / под ред. В. В. Зверева, М. Н. Бойченко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 368 с. : ил. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-5482-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454824.html> (дата обращения: 04.02.2024). - Режим доступа: по подписке.
3. Плотникова, Е. П. Роль бактерий в природе и жизни человека. / Е. П. Плотникова // Вестник науки и образования. – 2022. – № 17 (53). – С. 34–39. – ISBN 978-5-299-00310 -2- Режим доступа: <https://obrazovaka.ru/biologiya/rol-bakteriy-v-prirode-i-zhiznicheloveka.html#ixzz62MGT68KV>. (Дата доступа: 18.01.2024).

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА СОСТАВ КРОВИ

Озерских Карина Олеговна

Руководитель: Бикмухаметова Ольга Юрьевна

ГАПОУ Республики Башкортостан

"Стерлитамакский медицинский колледж", г. Стерлитамак

За последние годы, в том числе среди подростков, наметился рост заболеваний желудочно-кишечного тракта, нарушений обмена веществ (ожирения), анемий. Сохраняется дефицит витаминов С, В1, В2, бета-каротина, железа, кальция, йода, цинка, полиненасыщенных жирных кислот, пищевых волокон.

Данные проблемы и меня не обошли стороной. Основной целью работы является проверка гипотезы о прямой зависимости состава крови от питания.

Кровь - жидкая ткань, циркулирующая в замкнутой кровеносной системе животных и человека, обеспечивает жизнедеятельность всех органов и тканей организма и выполнение ими различных физиологических функций. Наука о крови и кроветворении (гемопозе) называется гематологией.

Функции крови многообразны: она переносит кислород из лёгких в ткани и диоксида углерода от тканей к лёгким (дыхательная функция), осуществляет транспорт питательных веществ к месту их потребления (трофическая функция), а продукты обмена веществ – к органам выделения (экскреторная функция), доставляет гормоны, ферменты, медиаторы и др. биологически активные вещества от места их выработки к местам их активного действия (медиаторная функция).

Наряду с лимфой и тканевой жидкостью, кровь участвует в поддержании постоянства внутренней среды организма (гомеостаза). Теплообмен крови, находящейся в кожных сосудах теплокровных, с окружающей средой способствует поддержанию оптимальной температуры тела (терморегуляторная функция).

Важная роль принадлежит ей в защите организма от чужеродных веществ, патогенных микроорганизмов, стареющих и злокачественных клеток. К защитной функции относится также свёртывание крови, благодаря чему при любом ранении образуется тромб, препятствующий кровотечению. Кровь человека состоит из жидкой части – плазмы и находящихся в ней взвешенных клеток, или форменных элементов. Плазма крови соломенно-жёлтого цвета, составляет 46–65% объёма крови. Окраска обусловлена присутствием в плазме основных каротиноидов и билирубина.

Плазма содержит около 90% воды (поступает главным образом из желудочно-кишечного тракта и почек) и около 7% различных белков – альбуминов (на их долю приходится более 50% всех белков плазмы) и глобулинов (в их числе факторы и ингибиторы свёртывания крови, белки системы комплемента, ферменты, липо- и гликопротеины). В плазме находятся также углеводы (преимущественно глюкоза), гормоны, витамины, холестерин (обычно связан с липопротеинами), минеральные вещества, растворённые газы, различные метаболиты и др.

У человека даже небольшой ацидоз вызывает коматозное состояние или приводит к летальному исходу. При алкалозе возникают судороги.

Задачами моего исследования являются:

- провести первичный анализ крови и узнать, дефицит каких элементов обнаружен в моей крови;
- изучить информацию о доступных способах восполнения элементов при их дефиците;
- скорректировать рацион питания для устранения дефицита элементов;
- отказаться от бесполезных продуктов;
- провести повторный анализ крови;
- сделать вывод на основе полученных результатов.

Для реализации проекта я воспользовалась услугами анализа на микроэлементы в лаборатории общедоступными данными об их содержании в различных продуктах питания.

В ходе первого анализа был выявлен недостаток Кальция (2.03 моль при норме в 2.1 - 2.55 моль), Магния (0.62 моль при норме в 0.7 - 0.91 моль), Железа (4.07 моль при норме в 4.7 - 19.7 моль), Калия (3.26 моль при норме в 3.5 - 5.1 моль) и Йода (27.09 моль при норме в 30 - 60 моль) (Рис.1).

Заказ №:	40956-4FD5D-00005327	Если у вас или вашего лечащего врача возникли вопросы по результатам анализов, свяжитесь с врачом лаборатории по тел. 8 800 222 48 38 (звонки бесплатны из любого региона РФ)
Зарегистрирован:	03.12.2022 08:48:52 *	
Заказчик:	ООО "Промсервис"	
Место взятия биоматериала:	32049 - ДЦ на Артема	

Образец №:	4085473850	Регистрация:	03.12.2022 08:48:52 *
Вид материала:	Венозная кровь	Валидация (врач):	05.12.2022 14:50:08 *

Кальций в сыворотке [Ⓢ]

Метод и оборудование: Фотометрический (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцария)

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	↓ 2.03 ммоль/л	2.10 - 2.55

Магний в сыворотке [Ⓢ]

Метод и оборудование: Колориметрический фотометрический (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцария)

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	↓ 0.62 ммоль/л	0.70 - 0.91

Железо в сыворотке [Ⓢ]

Метод и оборудование: Колориметрический фотометрический (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцария)

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	↓ 4.07 мкмоль/л	4.70 - 19.70

Заказ №:	40956-4FD5D-00005327	Если у вас или вашего лечащего врача возникли вопросы по результатам анализов, свяжитесь с врачом лаборатории по тел. 8 800 222 48 38 (звонки бесплатны из любого региона РФ)
Зарегистрирован:	03.12.2022 08:48:52 *	
Заказчик:	ООО "Промсервис"	
Место взятия биоматериала:	32049 - ДЦ на Артема	

Образец №:	4085473852	Регистрация:	03.12.2022 08:48:52 *
Вид материала:	Венозная кровь	Валидация (врач):	05.12.2022 14:50:08 *

Йод в сыворотке [Ⓢ]

Метод: Масс-спектрометрия с индуктивно-связанной плазмой

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	↓ 27.09 мкг/л	30.00 - 60.00

Заказ №:	40956-4FD5D-00005327	Если у вас или вашего лечащего врача возникли вопросы по результатам анализов, свяжитесь с врачом лаборатории по тел. 8 800 222 48 38 (звонки бесплатны из любого региона РФ)
Зарегистрирован:	03.12.2022 08:48:52 *	
Заказчик:	ООО "Промсервис"	
Место взятия биоматериала:	32049 - ДЦ на Артема	

Образец №:	4085473851	Регистрация:	03.12.2022 08:48:52 *
Вид материала:	Венозная кровь	Валидация (врач):	05.12.2022 14:50:08 *

Калий в сыворотке [Ⓢ]

Метод и оборудование: Ионселективные электроды (непрямой метод) (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцария)

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	↓ 3.26 ммоль/л	3.50 - 5.10

Рис.1. Результаты первого исследования

После этого определены продукты с наибольшим содержанием этих микроэлементов. Ими оказались: твёрдые сыры, содержащие 1000 мг Кальция на 100 г продукта; пшеничные отруби, содержащие 520 мг Магния на 100 г продукта; кунжут, содержащий 16 мг Железа на 100 г продукта; курага, содержащая 1717 мг Калия на 100 г продукта и печень трески 800 мг Йода на 100 г продукта.

На основе этих данных я составила диету, которой стала придерживаться:

- ежедневное употребление сыра и молока;
- ежедневное употребление орехов (горсть миндаля и фундука);
- четверг-рыбный день;
- включение в рацион морской капусты, отрубей, яиц, овсянки;
- замена магазинных соков компотом из сухофруктов и замороженных ягод;
- отказ от чипсов и фастфуда – бесполезной еды

Повторный анализ крови показал, что в результате этой диеты я повысила объём микроэлементов в крови до 2.43 моль Кальция, 0.92 моль Магния, 12.22 моль Железа, 3.26 моль Калия и 57.09 моль Йода, а также нормализовала уровень Гемоглобина (Рис.2).

Заказ №: 40956-4F05D-00005327
Зарегистрирован: 19.02.2023 09:28:32 *
Заказчик: ООО "Промсервис"
Место взятия биоматериала: 32049 - ДЦ на Артема

Если у вас или вашего лечащего врача возникли вопросы по результатам анализов, свяжитесь с врачом лаборатории по тел. **8 800 222 48 38** (звонки бесплатны из любого региона РФ)

Образец №: 4085473850
Вид материала: Венозная кровь

Регистрация: 19.02.2023 09:28:32 *
Валидация (врач): 21.02.2023 21:25:17 *

Кальций в сыворотке

Метод и оборудование: Фотометрический (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцария)

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	2.43 ммоль/л	2.10 - 2.55

Магний в сыворотке

Метод и оборудование: Колориметрический фотометрический (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцария)

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	↑ 0.92 ммоль/л	0.70 - 0.91

Железо в сыворотке

Метод и оборудование: Колориметрический фотометрический (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцария)

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	12.22 мкмоль/л	4.70 - 19.70

Заказ №: 4085473851
Зарегистрирован: 19.02.2023 09:28:32 *
Заказчик: ООО "Промсервис"
Место взятия биоматериала: 32049 - ДЦ на Артема

Если у вас или вашего лечащего врача возникли вопросы по результатам анализов, свяжитесь с врачом лаборатории по тел. **8 800 222 48 38** (звонки бесплатны из любого региона РФ)

Образец №: 4085473851
Вид материала: Венозная кровь

Регистрация: 19.02.2023 09:28:32 *
Валидация (врач): 21.02.2023 21:25:17 *

Калий в сыворотке

Метод и оборудование: Ионселективные электроды (непрямой метод) (Cobas 6000, Roche Diagnostics, Швейцария)

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	4.26 ммоль/л	3.50 - 5.10

Заказ №: 4085473852
Зарегистрирован: 19.02.2023 09:28:32 *
Заказчик: ООО "Промсервис"
Место взятия биоматериала: 37049 - ДЦ на Артема

Если у вас или вашего лечащего врача возникли вопросы по результатам анализов, свяжитесь с врачом лаборатории по тел. **8 800 222 48 38** (звонки бесплатны из любого региона РФ)

Образец №: 4085473852
Вид материала: Пенозная кровь

Регистрация: 19.02.2023 09:28:32 *
Валидация (врач): 21.02.2023 21:25:17 *

Йод в сыворотке

Метод: Масс-спектрометрия с индуктивно-связанной плазмой

Название/показатель	Результат	Референсные значения **
Концентрация	57,09 мкг/л	30,00 - 60,00

Рис.2. Результаты повторного исследования

После проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- ✓ первоначальные исследования крови показали, что наблюдается дефицит основных микроэлементов в организме;
- ✓ изменение рациона питания привело к изменению состава крови и состояния организма в целом;
- ✓ итоговые анализы крови показали рост показателей микроэлементов в крови.

Таким образом, рабочая гипотеза о том, правильное питание влияет на состав крови и организм в целом, подтвердилась.

Изменив рацион и режим питания можно улучшить состав крови, что повлияет на самочувствие: проходит сонливость, уменьшается частота головных болей, улучшается состояние кожи, появляется сила и энергия.

Список использованных источников:

1. Мазуров А.В. Физиология и патология тромбоцитов / А.В. Мазуров. - М.: Литтерра, 2020. - 482 с.
2. Тур А. Ф. Гематология детского возраста / А. Ф. Тур. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2019. - 396 с.
3. Цынко Т.Ф. Кровь - показатель здоровья / Т.Ф. Цынко, В.Е. Романовский. - М.: Феникс, 2019. - 192 с.
4. <https://www.kp.ru/doctor/bolezni/krov-cheloveka/>
5. <https://natural-sciences.ru/ru/article/view?id=15454>

КОНСТРУИРОВАНИЕ ОДЕЖДЫ

Нортаева Муножат Фазлидиновна
Руководитель: Субачева Ирина Борисовна
Бердский филиал ГАПОУ Новосибирской области
"Новосибирский медицинский колледж", г. Бердск

Введение. Меня волнуют вопросы моды и мне интересно шить одежду самой. Просматривая телепередачи и перелистывая журналы, я обращаю внимание, в первую очередь, на одежду, ее фасон и конструкцию. Я заметила, что уже много лет в моде одежда с геометрическими фигурами и линиями. Ответить на вопрос, кто и когда решил сделать геометрию частью моды, невозможно. Но связь между ними есть. Я выбрала тему «Конструирование одежды», потому что меня интересуют модные вещи, их конструкция, а также геометрические линии и формы её образующие.

Актуальность темы. Геометрические узоры уже давно были частью национальных костюмов, потом они плавно перешли и в мир современной моды. Каждый год дизайнеры обращаются к разным геометрическим узорам, чтобы сделать свои произведения еще интереснее и моднее. [2, с. 3]

Цель исследования: применение геометрических фигур и математических формул в конструировании одежды.

Задачи исследования:

1. Изучить какие геометрические фигуры используются в конструировании одежды.
2. Собрать информацию о моделях одежды с использованием геометрических фигур.
3. Выполнить раскладку лекал, рассчитать процент межлекальных выпадов.
4. Изготовить изделие, используя наиболее экономный способ раскладки лекал.
5. Проверить свои расчеты и выкройки, используя компьютерные программы.

Объект исследования – конструкции одежды (в частности – юбки-солнца).

Предмет исследования: использование геометрических фигур в конструировании одежды.

Гипотеза: конструирование и моделирование одежды невозможно без знаний в области математики и информатики.

Вид проекта по содержанию: исследовательский.

Методы исследования: работа с научной литературой и интернет ресурсами, изучение теоретического материала, сбор информации, анализ и синтез полученных данных. Систематизация найденных сведений об объекте.

Продукты проекта: готовое изделие (юбка-солнце).

В ходе выполнения **теоретической части** я изучила электронные издания и выяснила:

1. Историю совершенствования формы и конструкции одежды можно дословно разделить на два направления: первое – эволюционный рост с развитием самого человека и общества, второе – развитие формы и конструкции одежды под влиянием моды.

Одежда в целом и ее отдельные части (детали) образуют в готовом виде объемную, пространственную поверхность. Выкраивают детали одежды из плоских материалов, например, из ткани, трикотажа, нетканых материалов. Поэтому одной из основных задач конструирования одежды является получение из плоского материала оболочек тел пространственной формы и решение обратной задачи, т.е. сгибание (спрямление) частей поверхности, одежды на плоскость, – построение разверток деталей одежды. Развертка поверхности – это геометрическая фигура, полученная на плоскости.

Для того чтобы развернуть любую объемную поверхность на плоскости, необходимо знать форму поверхности и исходные условия развертывания. К условиям развертывания относятся: а) определение исходных линий развертывания на каждой детали; б) принципиальная схема членения; в) тип членения.

Старейшим методом конструирования одежды, успешно используемым на протяжении многих веков, является муляжный метод (муляж от франц. *moulage* – слепок, точно передающий форму предметов). Метод муляжирования швейных изделий встречается также под названиями метода накладки или макетирования.

2. Конструирование – это процесс, в результате которого определяются внешний вид и структура изделия. Конструирование одежды – разработка конструкции модели одежды, т.е. построение взаимного расположения и конфигурации частей (деталей) целого (всего изделия). Результатом конструирования являются чертежи, рисунки, расчеты.

Основной задачей конструирования одежды является разработка чертежей деталей для индивидуальной или типовой фигуры. При конструировании учитываются особенности телосложения, покрой и способы технологической обработки, то есть то, что в конечном итоге формирует постоянную систему внутренней информации, присущую каждой методике. Покрой – это вид, придаваемый одежде тем или иным способом выкраивания и пошива. Он определяет общую характеристику конструктивного построения одежды. [1, с. 8]

Существует еще и геометрический метод. Его еще называют «вторая кожа». Имеется в виду, что в качестве основы используют развертку поверхности фигуры или манекена с последующим конструктивным построением разверток основных деталей одежды. [3, с.]

В ходе выполнения **практической части** я освоила ряд методик построения чертежей швейных изделий и выяснила, что чертежи не что иное, как развертки геометрических фигур. Так как форма нашего тела представлена сочетанием геометрических тел, то можно предположить, что его оболочка схожа с оболочкой, то есть с разверткой геометрического тела.

Я выполнила конструирование и изготовление юбки-солнца (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Юбка солнце на поясе, с застежкой на молнию в боковом шве

Ткань для изготовления юбки мне дала мама, длина ткани 1 метр, ширина 1,5 метра. Для начала, я построила выкройку юбки-солнца и выяснила, сколько понадобится ткани. Конструкцию юбки-солнца в масштабе 1:4 я представила на рисунке 2.

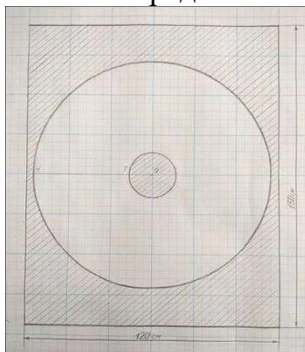


Рисунок 2 – Конструкция юбки-солнца

Для построения конструкции я использовала следующие формулы:

$OT = k * Ct = 0,32 * 32 = 10,24$ см, где k – коэффициент расширения, Ct – мерка полуобхвата талии. Длина изделия – 50 см.

Я выяснила, что для пошива юбки-солнца необходимо 1,2 м ткани. Умножив длину на ширину раскладки, я получила площадь раскладки: $120 * 150 = 18000$ см². [3, с. 1]

Чтобы сократить расход ткани, я разделила выкройку на 10 сегментов, используя транспортир (Рисунки 3, 4).

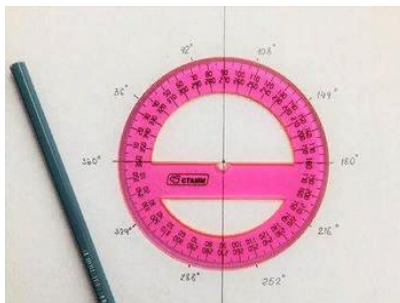


Рисунок 3 – Деление окружности на 10 частей

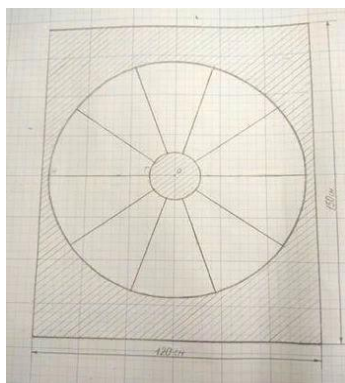


Рисунок 4 – Юбка-солнце, поделенная на 10 клиньев
 Затем я выполнила раскладку клиньев юбки в масштабе 1:4 (Рисунок 5).

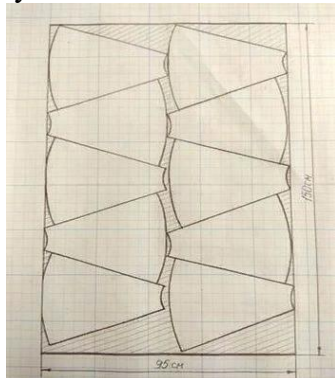


Рисунок 5 – Раскладка клиньев юбки

Из раскладки я увидела, что расход ткани на изготовление юбки-солнца клиньями сократился до 95 см. Подсчитала площадь этой раскладки: $95 * 150 = 14250 \text{ см}^2$.

Затем подсчитала процент межлекальных выпадов, используя кальку (Рисунок 6).

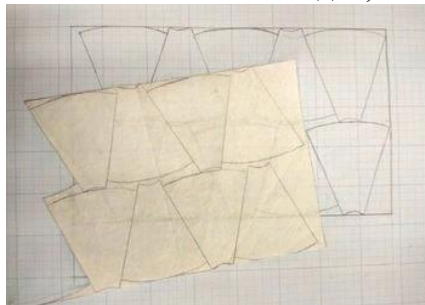


Рисунок 6 – Копирование раскладки

Сравнила площади и проценты межлекальных выпадов:

$$S_1 = 108 * 73 = 7884 \text{ см}^2, \text{ проценты межлекальных выпадов} = 43,8\% .$$

$$S_2 = 95 * 150 = 14250 \text{ см}^2, \text{ проценты межлекальных выпадов} = 16\% .$$

Таким образом, я доказала, что раскладка юбки-солнца клиньями экономичнее и рациональнее.

Заключение. В ходе учебно-исследовательской работы на примере юбка-солнце я показала связь между разверткой геометрического тела и чертежом конструкции одежды.

В процессе исследования я выяснила, что многие геометрические фигуры (ромб, прямоугольник, квадрат, параллелограмм, трапеция) применяются в моделировании одежды.

В ходе исследовательской работы я выяснила, какие вычислительные навыки и формулы необходимо применять при конструировании одежды.

Мной был создан чертеж – выкройка юбки-солнца в традиционной ручной технике. Все свои расчеты и чертежи я проверила, используя компьютерные программы и только тогда приступила к изготовлению изделия.

Таким образом, после проделанной исследовательской работы я сделала вывод, что связь между математикой, информатикой и технологией неразрывна. Без наличия

вычислительных навыков, без знаний математических свойств невозможно ничего сшить или составить эскиз изделия, даже при дизайне рисунка для одежды требуется знание математики. Я подтвердила гипотезу, что конструирование одежды невозможно без знаний в области математики, а математика тесно связана с информатикой.

На сегодняшний момент существуют различные школы конструирования одежды, в практическом применении используются как новейшие компьютерные программы, учитывающие несколько систем, так и традиционные ручные методики построения.

Таким образом, для получения идеальной конструкции изделия можно использовать как одну методику, так и комбинировать несколько вариантов кроя и моделирования.

Список использованных источников:

1. Коблякова, Е.Б. *Конструирование одежды с элементами САПР: учебник для студентов/ Е.Б. Коблякова.* – Москва: Юрайт, 2020 – 375 с.
2. Леонченкова, Е.А. *Геометрия в моде / Е.А. Леонченкова* – URL: <https://infourok.ru/proekt-geometriya-v-kostyumah-narodov-rossii-3694121.html> (дата обращения 12.03.2023).
3. Тимов, Л. А. *Системы и методы конструирования одежды / Л. А. Тимов* – URL: https://studopedia.ru/7_40179_tema--sistemi-i-metodi-konstruirovaniya-odezhdi.html (дата обращения 12.03.2023).

МАТЕМАТИКА ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Алипатова Екатерина Алексеевна

Стеблёва Вероника Андреевна

Руководитель: Недолуга Ирина Александровна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

***Пусть ваша пища будет вашей медициной
и пусть вашими лекарствами будет ваша пища.***

Гиппократ

Здоровое питание — питание, обеспечивающее рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующее укреплению его здоровья и профилактику заболеваний.

Современное общество все больше обращает внимание на важность правильного питания. Правильное питание имеет огромное значение для поддержания здоровья и работоспособности нас - первокурсников, а также для профилактики различных заболеваний. Сегодня практически каждый читает состав продуктов на этикетках, контролирует количество потребляемых белков, жиров, углеводов, а некоторые из нас даже ищут отзывы об интересующих продуктах в интернете и изучают информацию о влиянии пищевых ингредиентов на свое здоровье.

Студенту-первокурснику для поддержания здоровья необходимо получать определенное количество пищевых веществ, не только в нужных количествах, но и в правильных пропорциях, чтобы обеспечить ему качественную учёбу и в дальнейшем хорошую работу. Однако необходимо помнить, что недостаток или избыток некоторых веществ, включая витамины, аминокислоты и другие пищевые компоненты, могут негативно сказаться на организме.

Учитывая актуальность правильного питания, каждый из нас должен разработать для себя сбалансированный рацион и придерживаться здоровой диеты. Возникают вопросы...Можно ли нам самим рассчитать суточную норму калорий для оптимальной физической и умственной активности, поддержания или коррекции веса? Может ли математика помочь в достижении этих целей?

Для ответа на эти вопросы мы хотим предложить возможность составления суточной нормы калорий, необходимой для оптимальной физической и умственной активности студентов-первокурсников, а также расчет калорий в процентах по основным питательным веществам и определения оптимального соотношения белков, жиров, углеводов в суточном рационе для оптимального похудения или сохранения нормального веса.

Рассмотрим несколько примеров/

1. Энергетическая ценность пищи обусловлена содержанием энергии в ее составляющих: белках, жирах и углеводах. По утверждению экспертов Всемирной организации здравоохранения, суточное потребление калорий не должно быть менее 2500 килокалорий (ккал).

Энергетические затраты измеряются в калориях и включают следующие составляющие:

- базовый обмен – это минимальная энергия, необходимая для обеспечения работы внутренних органов в состоянии покоя;
- затраты энергии на любую активность, будь то физическая или умственная деятельность;
- энергия, затрачиваемая на пищеварение.

Для расчета ежедневных энергозатрат разработано множество формул, учитывающих такие факторы, как вес, возраст, пол, уровень физической активности, профессия, климатические условия и многое другое. Такие сложные расчеты необходимы для врачей-диетологов, однако в повседневной жизни достаточно освоить несколько простых приемов.

Определение калорийности базового обмена:

У девушек: $0,9 * \text{вес (кг)} * 24 = \text{количество калорий/сутки}$.

У юношей: $1 * \text{вес (кг)} * 24 = \text{количество калорий/сутки}$.

Подсчет суточной нормы калорий, необходимой для оптимальной физической и умственной активности.

Калорийность базового обмена умножается на коэффициент физической активности:

малоподвижный образ жизни – 1,2;

средняя физическая активность – 1,55;

интенсивная физическая работа – 1,9 и выше.

Расчет калорий в процентах по основным питательным веществам: белкам, жирам, углеводам:

ДЕВУШКИ:

белки – 25%;

жиры – 25%;

углеводы – 50%.

ЮНОШИ:

белки – 25%;

жиры – 15%;

углеводы – 60%.

Расчёт калорий для юношей с массой тела 65 кг, со средней активностью.

Основной обмен: $1 * 65 \text{ (кг)} * 24 = 1\ 560$ ккал.

Среднесуточное количество калорий: $1\ 560 * 1,55 = 2\ 418$ ккал.

Следующий этап – определение оптимального соотношения белков, жиров, углеводов в суточном рационе:

Белки: $2\ 418 * 25 : 100 = 605$ ккал.

Жиры: $2\ 418 * 15 : 100 = 363$ ккал.

Углеводы: $2\ 418 * 60 : 100 = 1\ 451$ ккал.

Таким образом, юноше для удовлетворения физиологических потребностей организма необходимо в сутки 2 418 ккал. На долю белков приходится примерно 606, а на долю жиров – 363 ккал, на долю углеводов – 1 451 ккал.

Расчёт калорий для девушек с массой тела 54 кг, со средней активностью

Основной обмен: $0,9 * 54 \text{ (кг)} * 24 = 1\ 166$ ккал.

Среднесуточное количество калорий: $1\ 166 * 1,55 = 1\ 807$ ккал.

Следующий этап – определение оптимального соотношения белков, жиров, углеводов в суточном рационе:

Белки: $1\ 807 * 25 : 100 = 452$ ккал.

Жиры: $1\ 807 * 25 : 100 = 452$ ккал.

Углеводы: $1\ 807 * 50 : 100 = 904$ ккал.

Таким образом, девушке для удовлетворения физиологических потребностей организма необходимо в сутки 1807 ккал. На долю белков и жиров приходится примерно по 452 ккал, а на углеводы 904 ккал.

2. Рассчитаем сколько калорий, белков, жиров и углеводов нам нужно потреблять ежедневно для поддержания веса, похудения.

Одна из последних формул расчета калорий для оптимального похудения или сохранения нормального веса. Она была выведена в 2005 году группой американских врачей-диетологов под руководством докторов Миффлина и Сан Жеора и все чаще стала заменять классическую формулу Харриса-Бенедикта.

Формула существует в двух вариантах — упрощенном и доработанном, и выдает необходимое количество килокалорий (ккал) в сутки для каждого конкретного человека. Мы рассмотрим доработанный вариант формулы Миффлина-Сан Жеора, который дает более точную информацию и учитывает степень физической активности человека:

A — уровень активности человека, его различают по пяти степеням физических нагрузок в сутки:

1,2 — сидячий образ жизни;

1,375 — умеренная активность: легкие физические нагрузки, занятия 1-3 раза в неделю;

1,55 — средняя активность: занятия 3-5 раз в неделю;

1,725 — активные люди: интенсивные нагрузки, занятия 6-7 раз в неделю;

1,9 — спортсмены и люди, выполняющие сходные нагрузки, например, те, кто занимается тяжелой атлетикой или другими силовыми видами спорта с ежедневными тренировками, а также те, кто выполняет тяжелую физическую работу: 6-7 раз в неделю.

Уровень активности выберем средний.

Для юношей: $(10 \times \text{вес (кг)} + 6,25 \times \text{рост (см)} - 5 \times \text{возраст (г)} + 5) \times A$

возраст – 17 лет

вес – 65 кг

рост – 175 см

уровень активности – 1,55

Рассчитаем количество калорий для оптимального похудения или сохранения нормального веса:

$(10 \times 65 + 6,25 \times 175 - 5 \times 17 + 5) \times 1,55 = 2\ 579$ ккал.

Для девушек: $(10 \times \text{вес (кг)} + 6,25 \times \text{рост (см)} - 5 \times \text{возраст (г)} - 161) \times A$

возраст – 17 лет

вес – 54 кг

рост – 170 см

уровень активности – 1,55

Рассчитаем количество калорий для оптимального похудения или сохранения нормального веса:

$(10 \times 54 + 6,25 \times 170 - 5 \times 17 + 5) \times 1,55 = 2\ 103$ ккал.

Умея правильно считать калории и использовать эту информацию на практике, мы сможем составить полноценный, здоровый рацион.

Таким образом получаем, что математика — верный союзник тех, кто собирается питаться правильно, следить за весом, вести здоровый образ жизни. Она поможет рассчитать, сколько килограммов являются лишними, объем калорий для сохранения и снижения веса. Правильное питание, соблюдение основных правил должно выполняться на протяжении всей жизни, а не в определенный промежуток времени. Рациональное питание должно стать образом жизни.

Соблюдая правильное питание можно не только поддерживать свою фигуру в форме, но и поправить свое здоровье и сделать свою жизнь более гармоничной.

Список использованных источников:

1. Баранова А. *Что мы знаем (и не знаем) о еде.* – Манн Иванов и Фербер: Наука и питание, 2023. Текст: непосредственный.
2. Поллан М. *В защиту еды. Манифест едока.* – МИФ. Здоровый образ жизни. – Манн Иванов и Фербер: Наука и питание, 2021. Текст: непосредственный.
3. Коллинз Д. *энергетическая ценность.* МИФ. *Здоровье и медицина.* – Манн Иванов и Фербер: Наука и питание, 2022. Текст: непосредственный.
4. Сычёва О. В., Омаров Р. С., *Основы рационального питания/ учебное пособие для ВУЗов– Лань, 2022. Текст: непосредственный.*
5. *Сколько калорий нужно есть в сутки?* // profilaktica.ru[сайт]. – URL:<https://profilaktica.ru/for-population/profilaktika-zabolevaniy/vse-o-pravilnom-pitanii/skolko-kaloriy-nuzhno-est-v-den/> (дата обращения 17.12.2023)– Текст: электронный.
6. *Точный расчет: как правильно составить сбалансированный рацион питания*// dzen.ru[сайт]. – URL:https://dzen.ru/a/YD-nz48vW3C_MvBG (дата обращения 10.12.2023) – Текст: электронный.

ПРОИЗВОДНАЯ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Бахарева Кристина Алексеевна

Руководитель: Гончарова Наталия Васильевна

Камышинский филиал ГАПОУ

"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин

Производные в математике играют важную роль, позволяя нам анализировать изменения величин и исследовать различные феномены. Но что если мы скажем вам, что производные не ограничиваются только математикой? Они проникают в различные аспекты нашей жизни и оказывают влияние на наши мысли и решения.

Производные функции возникли в математике как инструмент для изучения изменения функций. Они играют важную роль в различных областях науки, техники и экономики. Сам термин "производная" был введен в XVII веке математиком Исааком Ньютоном и независимо от него Лейбницем. Они разработали математическую теорию, которая позволяла находить скорость изменения функции в каждой точке. Это позволило решать множество задач, связанных с движением, физикой и экономикой. Производные функции имеют множество применений в различных областях. В физике они используются для описания движения тела, определения скорости и ускорения. В химии производная применяется для определения скорости химической реакции. В экономике они помогают анализировать изменение спроса и предложения, определять оптимальные цены и максимизировать прибыль. В инженерии они применяются для проектирования и оптимизации различных систем. Таким образом, производные функции возникли как результат развития математики и нашли широкое применение в различных областях науки и техники. Без них многие научные и технические достижения были бы невозможны.

В ходе исследовательской работы нами изучена и проанализирована информация, подтверждающая широкое практическое применение производных в жизни человека, в том числе, в биологии и медицине.

Производная в биологии.

В биологии, как и во многих других науках, математические концепции и методы играют важную роль в анализе и моделировании различных биологических процессов. Одним из таких ключевых инструментов является производная. Процессы роста и развития,

соотношение между популяциями организмов и многие другие явления подчиняются закономерностям, которые могут быть описаны с использованием производных.

Одним из практических примеров применения производной в биологии является изучение популяционной динамики. Представим, что у нас есть популяция определенного вида животных, размер которой может меняться со временем. Используя производную, мы можем определить скорость изменения численности популяции и предсказать ее будущее состояние. Это позволяет более эффективно планировать меры по сохранению редких видов или контролю популяций вредоносных организмов.

Еще одним интересным примером применения производной в биологии является исследование роста и формы организмов. В таких исследованиях производная помогает анализировать изменения величин, связанных с ростом и развитием, и находить связи между этими изменениями и другими факторами. Например, при изучении роста растений производная может использоваться для определения точек максимального и минимального прироста величин, давая исследователям возможность выяснить оптимальные условия для роста определенного вида растений (рис.1). Такие исследования могут иметь практическую значимость для сельского хозяйства, позволяя оптимизировать условия выращивания и получить растения с лучшими характеристиками.

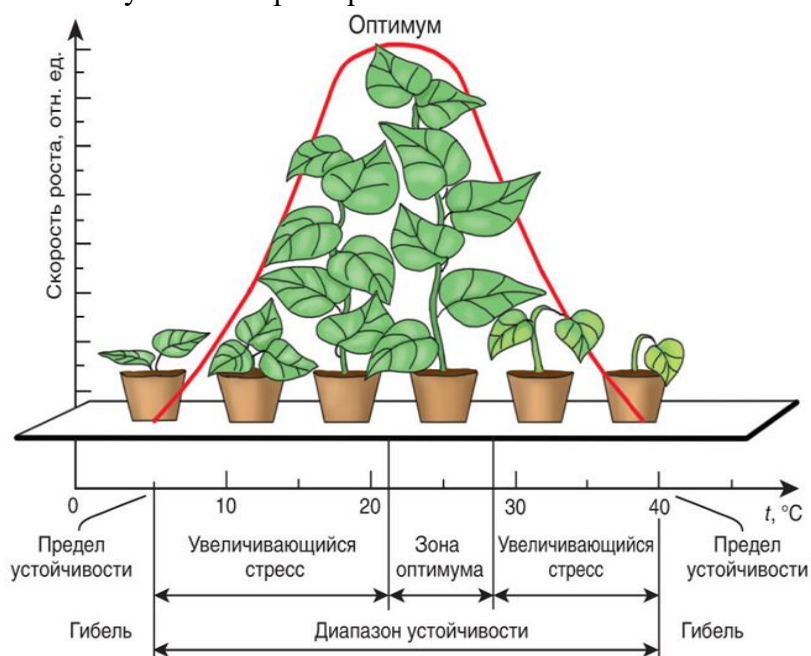


Рисунок 1. Применение производной при изучении роста растений

Таким образом, применение производной в биологии имеет широкий спектр применения, от изучения популяционной динамики до анализа механизмов роста и формы организмов, а также оптимизации химических процессов. Этот инструмент играет важную роль в развитии биологической науки и помогает нам лучше понять и объяснить разнообразные явления, происходящие в живых системах.

Производная в медицине

В современной медицине, развивающейся с невероятной скоростью, необходимо использовать разнообразные инструменты для анализа и прогнозирования различных процессов, происходящих в организме человека.

Один из наиболее известных примеров применения производной является изучение скорости изменения показателей здоровья. Например, при измерении уровня глюкозы в крови пациента с диабетом, производная позволяет определить, с какой скоростью показатель изменяется. Это позволяет врачам исследовать эффективность лечения и принимать соответствующие меры.

Реакция организма на введенное лекарство может выражаться в повышении кровяного давления, изменении температуры тела, изменении пульса или других физиологических

показателей. Степень реакции зависит от назначенного лекарства, его дозы. С помощью производной можно вычислить, при какой дозе лекарства реакция организма максимальна. С помощью второй производной можно определить условия, при которых скорость процесса наиболее чувствительна к каким-либо воздействиям.

Еще один интересный пример – использование производной для моделирования роста опухоли. Путем анализа скорости изменения размеров опухоли в различные моменты времени, врачи могут прогнозировать ее будущий рост и разработать соответствующие методы лечения. Зная, как изменяется размер опухоли с течением времени, мы можем найти производную функции, описывающей этот процесс. Таким образом, мы получим информацию о скорости роста опухоли и сможем принять соответствующие меры для лечения пациента.

Другой практический пример применения производной в медицине связан с анализом графиков, описывающих физиологические показатели пациентов. Например, при исследованиях сердечно-сосудистой системы, врачи могут строить графики, отображающие изменение артериального давления или пульса во время физической нагрузки. Анализируя скорость изменения этих показателей с помощью производной, мы можем определить степень адаптации организма к нагрузке, выявить нарушения в работе сердца и сосудов. ЭКГ является графическим представлением электрической активности сердца и позволяет оценить его работу. С помощью производной можно выделить характерные пики и изменения в ЭКГ, что помогает определить наличие аритмии или других сердечных проблем (рис.2). Такой анализ дает врачам возможность своевременно диагностировать и лечить сердечные заболевания, что спасает жизни многих пациентов.

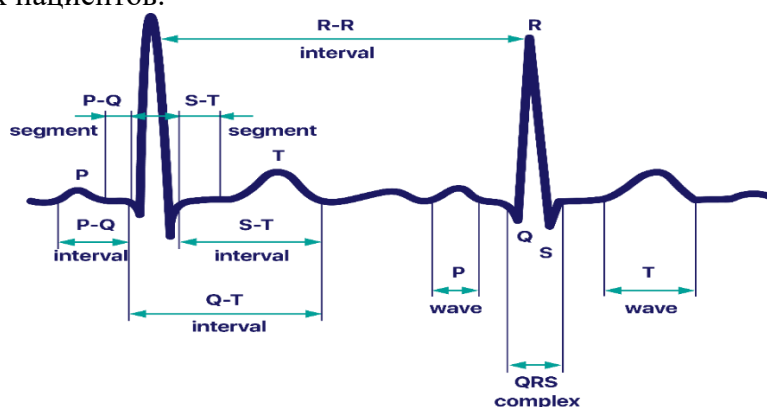


Рисунок 2. Зубцы и интервалы нормальной ЭКГ

С помощью записи активности мозга (ЭЭГ) и применения производной, мы можем найти точки, где происходят наибольшие изменения в сигнале. Это позволяет выделить особенности активности мозга и определить возможные нарушения, такие как эпилептические припадки или деменция.

Решение задач с использованием производной активно применяется в биомедицине и фармакологии. Максимизация выхода целевых продуктов при производстве фармацевтических препаратов или оптимизация концентрации реагирующих веществ в биохимических реакциях - все это может быть эффективно решено с использованием методов дифференциального исчисления. Кроме того, производные используются в фармакокинетике - науке, изучающей перемещение лекарственных препаратов в организме. Зная скорость изменения концентрации препарата в крови, можно оптимизировать дозировку и контролировать побочные эффекты.

Также производные применяются при анализе медицинских изображений, таких как рентгенограммы и МРТ-снимки. Вычисление производных позволяет определить различные характеристики тканей и структур, выявить подозрительные образования и оценить их размеры и изменения в течение времени.

Таким образом, применение производной в медицине имеет огромное значение и дает возможность более точного анализа и диагностики различных заболеваний. Описанные практические примеры свидетельствуют о том, что математический анализ в медицине не

только актуален, но и позволяет значительно повысить эффективность диагностики и лечения различных заболеваний, способствуя общему улучшению здоровья человека.

Применение производной в жизни, в науках – это только небольшая часть того, что можно сделать с помощью этого мощного математического инструмента. Теперь, когда мы осознали важность применения производной в жизни, в биологии и медицине, мы можем оценить, насколько она широко используется и как она влияет на качество нашей жизни. Производная – это не просто абстрактное математическое понятие, это мощный инструмент, который помогает нам понять и изменить мир вокруг нас.

Список использованных источников:

1. *Математика: алгебра и начала математического анализа, геометрия. Алгебра и начала математического анализа. 10-11 классы: учебник для общеобразовательных организаций: базовый уровень / Ш. А. Алимов, Ю. М. Колягин, М. В. Ткачёва [и др.]. – Москва: Просвещение, 2017. – 463 с. – ISBN 978-5-09-045929-7. – Текст: непосредственный.*

2. *Голёнова, И.А. Основы медицинской статистики с элементами высшей математики: пособие / И.А. Голёнова. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 362 с.-ISBN 978-958-466-855-0.- Текст: непосредственный.*

3. *Шарыгин, И.Ф. Математика: алгебра и начала математического анализа, геометрия / И.Ф. Шарыгин. – Москва: Дрофа, 2013.- 236с.-ISBN 978-5-358-11050-2.- Текст: непосредственный.*

СЛАЙМ: ИССЛЕДОВАНИЕ ФЕНОМЕНА МЯГКОЙ МАССЫ

Ибнегажиева Хадиишат

Сахипова Альбина

Руководитель: Кулбалаева Руджана Фаязиевна

ГБУ "Профессиональная образовательная организация "

Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань

Актуальность: С самых древних времен человечество было увлечено различными формами игровой массы. Однако современные слаймы вышли за пределы простых развлечений, став объектом увлечения и даже исследования для многих. Наше детство нельзя вообразить без игрушек. Они бывают деревянными, пластмассовыми, резиновыми, меховыми и так далее. Но с недавнего времени на полках магазинов в отделе с игрушками можно начали появляться яркие «лизуны» с приятным ароматом, которые на ощупь похожи на слизь.

И возникают **вопросы:**

1) из чего это?

2) можно ли сделать такую смесь дома?

3) и как вообще данная слизь связана с физикой?

Цель исследования: изготовить лизуна в домашних условиях, чтобы узнать его физические свойства

Задачи:

* Раскрыть значение слова «слайм»

* Изучить историю возникновения слайма

* Изучить состав слаймов

* приготовить слайм в домашних условиях.

Объект исследования: слайм

Методы исследования:

-изучить и найти информацию

- наблюдение, фото-фиксация;

- эксперимент.

История появления

Идея создания лизуна пришла к Ходжасу, когда он обнаружил неньютоновскую жидкость. Он заинтересовался ее уникальными свойствами и, используя полимеры и различные добавки, разработал свой собственный продукт, который впоследствии получил широкую популярность.

После тщательных исследований и экспериментов Ходжас создал формулу, которая позволяет лизуну обладать необычной комбинацией свойств. Он стал известен своей способностью вести себя как жидкость, когда его перемешивают или разминают, а также как твердое вещество, когда его растягивают или деформируют.

Первоначально лизун был представлен как игрушка и быстро завоевал популярность среди детей и взрослых. Его эластичность, способность к обратимой деформации и забавные свойства привлекли множество людей.

Со временем лизун стал применяться также в научных и технических областях. Его уникальные свойства нашли применение в различных отраслях, включая технику, медицину и даже космическую инженерию.

МКТ и агрегатное состояние вещества

Лизуны, или нано-/микродели, являются мягкими и эластичными материалами, состоящими из супрамолекулярных сетей полимерных частиц. Они обладают специфической структурой, позволяющей им образовывать устойчивые гели или желеобразные среды при определенных условиях.

МКТ (Молекулярная кинетическая теория) объясняет агрегатное состояние материи на молекулярном уровне. В случае лизунов, агрегатное состояние зависит от взаимодействия молекул полимера. При наличии определенных условий, например, при достижении критической концентрации или изменении pH, молекулы полимера образуют связи и формируют 3D-сетку, которая дает материалу желеобразное состояние.

Агрегатное состояние лизунов может быть изменено путем изменения внешних условий. Например, при повышении температуры или добавлении определенных веществ, можно разрушить сеть и превратить гель в жидкое состояние. Наоборот, при снижении температуры или возвращении к оптимальным условиям, можно восстановить желеобразное состояние.

Таким образом, агрегатное состояние лизунов определяется их химическим составом и свойствами полимеров, а также изменением стимулов, таких как температура или pH. Это делает лизуны интересными для использования в различных областях, включая медицину, химию, электронику и другие.

Кроме того, лизуны также обладают разными агрегатными состояниями, которые определяются их физическими свойствами. Например, у некоторых лизунов можно наблюдать жидкостное состояние, при котором они текучие и способны изменять свою форму под воздействием внешних сил. Это связано с наличием высокой подвижности полимерных цепей и отсутствием сильной взаимосвязи между ними.

Неньютоновская жидкость

Неньютоновской жидкостью называют жидкость, при течении которой её вязкость зависит от градиента скорости. Обычно такие жидкости сильно неоднородны и состоят из крупных молекул, образующих сложные пространственные структуры.

Простейшим наглядным бытовым примером может являться смесь крахмала с небольшим количеством воды. Чем быстрее происходит внешнее воздействие на взвешенные в жидкости макромолекулы связующего вещества, тем выше вязкость жидкости.

В чем разница между Ньютоновской и Неньютоновской жидкостью?

Все жидкости классифицируются на два типа в зависимости от вязкости как Ньютоновские жидкости и Неньютоновские жидкости. Основное различие между

Ньютоновскими и Неньютоновскими жидкостями заключается в том, что Ньютоновские жидкости имеют постоянную вязкость, тогда как Неньютоновские жидкости имеют переменную вязкость.

Лизуны являются неньютоновской жидкостью из-за особых особенностей их поведения при деформации и сдвиге. В отличие от ньютоновской жидкости, в которой сдвиговое напряжение (сила, вызывающая сдвиг слоев жидкости) пропорционально скорости деформации, в неньютоновской жидкости этот закон не выполняется.

У лизунов скорость деформации может влиять на их вязкость и текучесть. Если мы быстро деформируем лизун, например, быстро растягиваем его или мощно сжимаем, эффекты вязкости могут быть менее заметными, и лизун может вести себя более как твердое тело. Однако при медленных деформациях, когда частицы лизуна имеют более времени для переорганизации и скольжения друг по отношению к другу, лизун может проявлять типичные для жидкостей свойства.

Такое поведение лизуна объясняется его сложной структурой и подвижностью его молекул или частиц. Вязкость неньютоновских жидкостей может быть обусловлена наличием коллоидных частиц, полимеров или других добавок, которые могут взаимодействовать и влиять на движение молекул внутри жидкости.

Таким образом, лизуны являются примером неньютоновской жидкости благодаря сложной структуре и их способности изменять свою текучесть и вязкость в зависимости от условий деформации. Это делает их уникальными и интересными материалами для исследований и различных практических применений

Приготовление слайма

- Клей ПВА
- Ароматизатор 2 капли
- Пищевой краситель 1 пачка
- Тетраборат натрия по мере загущения

1.Наливаем клей в пластмассовую формочку

Рис.1



2.Добавляем пару капелек ароматизатора

Рис.2



3. Затем добавляем желтый пищевой краситель и все тщательно перемешиваем

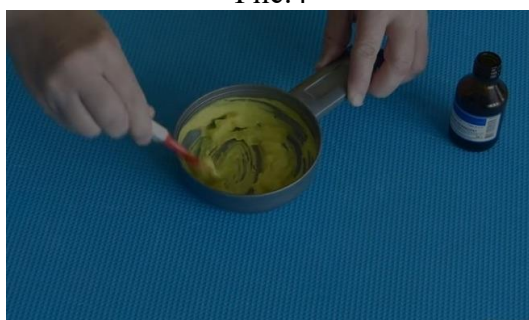
4. Затем добавляем по немногу тетрабората натрия

Рис.3



5. Видим, что наша смесь начала загустеть и отлипать от ложки, а это значит, что скоро наш слайм будет готов

Рис.4



6.. Вот и готов наш слайм

Рис.5



Вывод

Изготовление и изучение лизунов было очень интересно! Один вопрос остался не изученным: как определять время релаксации молекул вещества, чтобы составить таблицу подобных тел с промежуточной агрегатной формой и научиться предсказывать их «поведение» в определенных условиях и как влияет на свойства лизуна наличие бора или кремния в его составе.

Список использованных источников:

1. Мар Стася. *Фантастические слаймы от Стаси Мар. Выращиваем лизуна в домашних условиях с самым популярным DIY-блогером/Стася Мар.* - М.: Эксмо, 2019 – 64 с.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ СОТОВОГО ТЕЛЕФОНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

*Тауткеева Аделя Казбековна
Саитова Залина Темирхановна
уководитель: Кулбалаева Руджана Фаязиевна
ГБУ "Профессиональная образовательная организация "
Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань*

Аннотация. Проведен анализ влияния сотовых телефонов на здоровье человека. Предложено для анализа опасности влияния сотовых телефонов использовать метод аппарата нечетких множеств. Обращается внимание на целесообразность использования сотовой связи для снижения влияния на жизненно важные системы человека. На основе анализа даны рекомендации по использованию сотовых телефонов.

Ключевые слова: излучение, здоровье человека, сотовый телефон, риск, высокочастотные поля, негативное воздействие, физическое здоровье.

Большое количество появившихся в последние годы публикаций о воздействии микроволнового излучения сотового телефона на здоровье пользующихся ими людей говорит о важности этой проблемы и необходимости ее обсуждения. Информация о влиянии сотовых телефонов на здоровье людей очень противоречива. Однако они уже так прочно вошли в нашу повседневную жизнь, что мы не представляем, как без них можно обходиться не только на работе или на учебе, но и на отдыхе. Следовательно, необходимо более тщательное изучение влияния вредных факторов, возникающих при использовании сотовых телефонов на их пользователей и определение путей снижения этого вредного влияния.

В 1996 г. Всемирная организация здравоохранения создала международный проект по электромагнитным полям для оценки существующих научных фактов наличия всевозможного влияния электромагнитного поля на здоровье человека, включая радиочастотные поля, испускаемые мобильными телефонами и их базовыми станциями, а также для выдачи рекомендаций по проведению научных исследований.

Исследования, проведенные в лицее №10 подмосковных Химок, показали: дети, постоянно пользующиеся мобильными телефонами, как минимум хуже запоминают, у них изменяется мыслительная деятельность, снижается работоспособность, они быстрее устают. Но это еще полбеды: как утверждают специалисты, даже при кратковременном пользовании мобильным телефоном человек обязательно облучает свой головной мозг, что чревато опухолями. Мобильная связь — принципиально новый источник электромагнитного излучения (ЭМИ), которого за всю историю цивилизации просто не было.

Но поскольку на сегодняшний день в окружающей среде имеется огромное количество источников электромагнитных излучений, которые негативно влияют на человека, выяснить влияние сотового телефона довольно сложно, поэтому для анализа уровня опасности влияния сотовой связи на здоровье людей мы опросили студентов нашего колледжа, которые часто пользовались телефонами. На разогрев тканей в области, близкой к телефону, указали 47 человек, плохо стали спать-23 человека, неприятные ощущения в голове-17 студентов, неприятные ощущения вибрации у 15 студентов.

Утверждение 1."Радиоволны вызывают рак»

Радиоволны действительно представляют потенциальную опасность для организма. Телефон излучает радиоволны постоянно, даже когда находится в режиме ожидания. Однако его воздействие зависит от расстояния до источника.

Например, когда телефон находится в руке, то воздействие радиоволн ниже, чем если мы держим его у головы. Грубо говоря, написание смс, использование интернета на мобильном устройстве или включение громкой связи – все это более безопасно с точки зрения воздействия излучения, чем традиционная «трубка у уха». Утверждение актуально и для

беспроводных наушников, если мобильный телефон при этом находится в руке на расстоянии примерно 30-40 см от тела.

Однако за последние 10 лет ученым так и не удалось найти убедительных доводов о взаимосвязи излучения от гаджетов с риском развития онкологических заболеваний.

Утверждение 2. «Смартфоны наносят вред сетчатке глаза».

В данном случае не следует ограничиваться исключительно смартфонами. Планшеты, экраны компьютеров – все эти приборы излучают определенный диапазон световых волн, который при длительном воздействии небезопасен для глаз. Недавние исследования американских ученых показали, что воздействие синим светом на клетки сетчатки разрушает фоторецепторы. Обычно такие последствия могут привести с годами даже к макулярной дегенерации сетчатки, однако прямой взаимосвязи между возникновением болезни и смартфоном не доказано. Эксперименты ученых не воспроизводили все условия, которым подвергаются глаза обычного человека, поэтому адаптировать результаты еще рано. Однако очевидно, что новые поколения детей, которые буквально выросли с мобильными устройствами в руках, изменяют текущие статистические данные. Скорее всего, не в лучшую сторону, поэтому во всем следует придерживаться меры.

Утверждение 3. «Гаджеты опасны для детей»

Данное утверждение требует особой внимательности родителей, которые зачастую грешат на вред мобильных устройств для ребенка, и одновременно сами умышленно занимают детей различными девайсами.

Психологи доказали, что злоупотребление смартфонами детьми в возрасте двух лет связано с худшими двигательными и коммуникативными навыками при достижении трех лет, а также более низкими результатами когнитивных тестов на развитие в возрасте пяти лет. Однако фактический вред был не от самого мобильного устройства. Дело в том, что большую часть позитивной стимуляции, необходимой для развития, ребенок получает во время активных игр, тактильного взаимодействия и общения с другими людьми. Когда же ребенок сидит со смартфоном, этих важных взаимодействий не происходит.

Утверждение 4 «Мобильные телефоны вредят позвоночнику»

Довольно часто обсуждается вред от пользования мобильными устройствами для опорно-двигательного аппарата. Утверждается, что нарушение осанки, шейный остеохондроз, и даже воспаление сухожилий кисти – все эти состояния могут быть вызваны чрезмерно длительным использованием мобильных устройств. Однако здесь смартфоны ничуть не опаснее продолжительной работы в офисе за компьютером, во время которой человек не двигается, сидит не всегда в удобном и правильном для позвоночника положении, а его глаза непрерывно смотрят в яркий экран.

Следует подчеркнуть, что регулярно сидеть в «скрюченном» состоянии в телефоне действительно вредно, причем как для развивающегося опорно-двигательного аппарата ребенка, так и уже взрослого человека.

Утверждение 5. «Использование смартфонов вызывает бессонницу»

Влияние использования смартфона перед сном действительно сказывается на качестве сна. Существуют доказательства, что излучаемый смартфоном свет влияет на циркадные ритмы человека. Эти ритмы - фазы биологических процессов, которые связаны со сменой дня и ночи. Регулярное использование телефона перед сном нарушает эти механизмы, которые довольно быстро начинают вредить здоровью. На первых этапах это может проявляться регулярным чувством усталости и подавленности, но в более длительной перспективе нарушение биоритмов влияет абсолютно на все системы организма.

Подводя итог, мы можем отметить, что сотовая связь, в любом виде, в каком она существует, вредна для населения. Данный вывод сделан на основе проведенных исследований и на основе государственных нормативных документов. Несмотря на вредное влияние сотовой связи на здоровье человека, в настоящее время от нее трудно отказаться, но нужно как можно меньше пользоваться ей, особенно детям и молодым людям, а предпочтение отдавать проводным средствам связи.

Список использованных источников:

1. Вихарев А. П. Влияние сотовой связи на здоровье пользователя / А. П. Вихарев // Наука-производство-технологии-экология: сб. материалов конф. - Киров, 2004 - Т. 4 - С. 181-182.
2. Емельянов М.А., Суханов М.А. Электромагнитные излучения и их воздействия на организм человека // Сборник научных трудов I Региональной научно-практической конференции «Неразрушающий контроль: электронное приборостроение, технологии, безопасность» / под ред. В.А.Клименова, А.В. Юрченко; Томский политехнический университет. – Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2011 – С. 118 – 120
3. <https://www.labquest.ru/articles/vred-sotovykh-telefonov/>.
4. https://www.gazeta.ru/science/2018/11/02_a_12044401.shtml?updated.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИКИ В РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СФЕРАХ НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТАЛЛОВ

Смыковский Руслан Олегович

Руководитель: Баева Ольга Анатольевна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Физика, наука, которая используется в самых различных сферах, от медицины до искусства.

Медицинские инструменты в основном изготавливаются из нержавеющей стали для повышения времени их эксплуатации

Специальные инструменты применяются во многих сферах медицины. Без них невозможно провести лечение и диагностику заболеваний, поэтому медицинские инструменты востребованы всегда. Некоторые из них применяются для решения узкого спектра задач, другие являются универсальными и могут использоваться врачами разных специальностей.

Большинство видов медицинского инструментария являются универсальными и могут применяться в разных областях медицины (рис. 1.). Существуют и специализированные наборы, которые предназначены для выполнения конкретных манипуляций. К последним можно отнести наборы стоматологического инструмента.



Рис. 1. Медицинский набор инструментов

Кроме стоматологии, медицинские инструменты нашли широкое применение в таких областях, как: офтальмология; гинекология; оториноларингология; урология; акушерство.

Активнее всего медицинские инструменты применяются в хирургии. Без них не обходится ни одно, даже самое простое оперативное вмешательство. В них остро нуждаются все медицинские учреждения и центры хирургического профиля, в которых выполняются проктологические, нейрохирургические, кардиологические, онкологические и другие операции.

Классификация медицинского инструмента проводится по множеству признаков. В зависимости от назначения выделяют:

Активные инструменты. Их используют для разрезания и отделения мягких тканей, проколов и уколов.

Пассивные инструменты. Применяются для любых манипуляций, не связанных с повреждением тканей (раздвигание, оттеснение, удержание и др.).

Вспомогательные инструменты. Они напрямую не контактируют с тканями. Их применяют для манипуляций с тампонами, салфетками или другими медицинскими инструментами. [2]

По кратности использования инструменты могут быть одноразовыми или многоразовыми. Первый вид подлежит утилизации после однократного использования. Многоразовые инструменты можно использовать повторно после обеззараживания.

По конструкции выделяют цельные, замковые и кремальерные инструменты. Первые являются самыми простыми, так как состоят из одной детали (скальпель, шпатель, зонд, крючок). Замковые инструменты состоят из двух рабочих частей, соединенных между собой (хирургические ножницы, конхотом, щипцы). У кремальерных инструментов имеется специальный механизм (кремальера), с помощью которого можно зафиксировать рабочую часть в необходимом положении (иглодержатели, зажимы).

Если говорить о материалах, из которых изготавливаются инструменты, то это могут быть нержавеющая сталь, латунь, титан, углеродистая сталь, пластик, дерево, стекло.

Помимо ГОСТа, все виды медицинских инструментов должны отвечать определенным требованиям.

Активные инструменты должны обеспечивать хорошее рассечение и разделение тканей, не рвать и не дробить их, так как это сопровождается дополнительным травмированием во время хирургической операции.[1]

Многоразовые инструменты не должны терять своих свойств после обеззараживания.

Материал должен быть устойчив к коррозии и не выделять вредных веществ.

Пассивные инструменты должны отодвигать и удерживать ткани, но при этом не повреждать их.

Поверхность инструментов должна быть гладкой и не иметь острых углов, которыми можно повредить руки.

У всех инструментов должен быть срок годности, по окончании которого пользоваться ими не допускается.

Применение медицинских инструментов допускается только в учреждениях здравоохранения, а также в частных медицинских центрах и косметологических кабинетах, которые имеют лицензию.

Но, физика встречается не только в медицине, а также в искусстве. Один из примеров физики в искусстве - художественное литьё и ковка, это горячая обработка металлов ударом молота или давлением в прессах. При этом инструмент оказывает многократное прерывистое воздействие на заготовку. Она деформируется и приобретает заданную ей форму.

Специалистам этих профессий необходимы знания физики. Об особенностях «поведения» разных материалов (деформации, пластичности, затвердевания, плавления...). Ковку производят при нагревании металла, для того чтобы снизить сопротивление деформации и увеличить его пластичность, так как при нагревании расстояние между молекулами увеличивается.[1]

Для художественного литья используют чугун, так как он при отвердевании увеличивается в объёме, поэтому заполняет мельчайшие изгибы и выпуклости, позволяя получать произведения, чудесно передающие все особенности оригинала. Из чугуна отлито множество великолепных произведений искусства! Главным образом удивляет прекрасное «кружево» мостов и чугунных оград Санкт-Петербурга. Но самое необыкновенное – это решётка Летнего сада (рис. 2). Она стала известной всему миру благодаря своей красоте, изысканности, совершенству пропорций.



рис. 2. Парк “Летний Сад”

Как-то раз в Санкт-Петербург приехал один знатный англичанин. Из-за дальней дороги он решил немного отдохнуть. Затем он попросил сопровождающих отвезти его к решётке Летнего сада. Гость сел напротив решётки и стал пристально на неё смотреть, попросив оставить его одного. Так он просидел до утра, наблюдая за сменой решётки в ночном свете. На следующий день за ним пришли сопровождающие. Англичанин сказал им: «Я не хочу больше ничего видеть. Можете отвезти меня в Лондон. Там я спокойно умру. Я видел совершенство гармонии, великолепия и красоты».



Эта история полностью олицетворяет всю красоту этой чудесной решётки. Чтобы сковать такую замечательную ограду, нужно обладать не только богатой фантазией и «золотыми руками», но и знаниями физики. Без них не сделать ни ограду, ни скульптуру, ни статуэтку. Чугунные достопримечательности также есть и в Донецке. Это – «Парк кованых фигур» (рис. 3).

рис. 3. Статуя из «Парка кованых фигур»

Без знания физики люди не смогли бы изготовить такое множество самых различных инструментов и предметов искусства, благодаря постоянному развитию

человечества всё, что связано с физикой будет непрерывно совершенствоваться в непрерывном темпе![3]

Список использованных источников:

1. Грачёв А. В. Физика: 10-й класс: базовый и углублённый уровни : учебник / Грачёв, В. А. Погожев, А. М. Салецкий, П. Ю. Боков. — 8-е изд., стер. — Москва : Просвещение, 2022. — 463 с. — ISBN 978-5-09-091742-1. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/334502> (дата обращения: 09.01.2024). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

2. Медицинские инструменты: виды и применение. — URL: <https://www.medcomp.ru/articles/meditsinskie-instrumenty-vidy-i-primenenie/> (дата обращения: 03.10.2023). — Текст: электронный.

3. Физика в искусстве. — URL: <https://rosuchebnik.ru/material/fizika-v-iskusstve-7247/> (дата обращения: 23.10.2023). — Текст: электронный.

"НЕСУЩИЙ СВЕТ" - ЭЛЕМЕНТ ЖИЗНИ И МЫСЛИ

Мельникова Татьяна Сергеевна

Холодова Дарья Сергеевна

*Руководитель: Голубович Светлана Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

"...самый характеристичный элемент — это фосфор, имеющий неудержимое стремление переходить в газообразное состояние; венец животной жизни, высшая ступень, достигаемая процессам природы вообще..."

Михаил Ломоносов

Как мы видели, химия в XVII в. переживала переходную эпоху. В умах большинства химиков в эту эпоху удивительно уживались новые передовые материалистические взгляды и старые алхимические верования. Переход химиков на новые позиции «научной химии» происходил весьма медленно и болезненно. Пережитки и традиции средневековья были

настолько сильны, что даже вполне, казалось бы, очевидные новые факты и обобщения, публиковавшиеся отдельными исследователями, не укладывались в сознание химиков. Лишь отдельным ученым, таким как Майов и Бойль, удавалось подняться до уровня идей новой химии и решительно отказаться от некоторых верований прошлого. Большинство же химиков химической школы продолжало трактовать вновь возникающие проблемы со старых позиций и объяснять открываемые явления с точки зрения учений и мнений философов далекого прошлого.

Для характеристики состояния химических знаний в XVII в. весьма показательна история открытия фосфора. Сделанное совершенно случайно, это открытие вызвало сенсацию во всей образованной Европе. Оно содействовало подрыву алхимических верований в трансмутацию металлов и другие чудеса и явилось одним из важных событий, завершающих историю алхимии.

Прочитав известное высказывание академика А.Е. Ферсмана о фосфоре, я заинтересовалась его ролью в человеческом организме. Почему он назван элементом жизни, влияет ли фосфор на умственные способности человека являясь элементом мысли? Может ли диета, богатая фосфором, повлиять на умственные способности человека? И как вообще получили фосфор и что он из себя представляет? Эти и ряд других вопросов, ответы на которые интересуют меня с научных позиций, легли в основу моей статьи, актуальность которой обусловлена необходимостью выявления важнейшей роли фосфора как важного элемента жизни человека, при недостатке которого развиваются серьезные нарушения, а также определения его значения в процессах обмена веществ живых организмов.

Фосфор был открыт немецким алхимиком Хенингом Брандом (1630-1710гг.) в 1669 году. Подобно другим алхимикам, Бранд пытался отыскать «философский камень», а получил светящееся вещество. Бранд полагал, что моча человека может содержать золото. Моча отстаивалась в течение нескольких дней, пока не исчез неприятный запах, а затем кипятилась до клейкого состояния. Бранд кипятил полученную пасту, доводя до появления пузырьков. Полученное воскоподобное вещество ярко горело и мерцало в темноте. ХенигБранд долгое время тщательно скрывал свое открытие. Тщетны были попытки других алхимиков проникнуть в его лабораторию, а многие пытались купить у него эту тайну. Открытие произвело огромное впечатление, величайшие умы XVII в. были им заинтересованы, полагая, что найден философский камень. Камень светился холодным, спокойным светом, он был назван «холодный огонь», а само вещество получило название «фосфор», что значит по-гречески: «несущий свет».[журнал №5, 2007]

Бранд назвал это вещество *phosphorumirabilis* в переводе с латинского языка «чудотворный носитель света». Позже фосфор был получен немецким алхимиком Иоганом Кунгелем (1630-1720 гг.). 14 октября 1680 года известный химик, физик и богослов Роберт Бойль описал в своей статье «Способ приготовления фосфора из человеческой мочи» и опубликовал её в 1693 году. В 1743 году Андерсен Марграф опубликовал усовершенствованный способ получения фосфора.

данные, что фосфор умели получать ещё арабские алхимики в XII в. То, что фосфор - простое вещество, доказал французский химик Антуан Лавуазье. Название «Фосфор» происходит от греческого слова свет и несу, в древнегреческой мифологии имя Фосфор или Эосфор носил страж «Утренней звезды».

Фосфор является обязательной составной частью живой клетки растений, он входит в состав нуклеиновых кислот, которые участвуют в таких важных процессах жизнедеятельности растительных организмов, как синтез белков и передача наследственных свойств. В свою очередь, нуклеиновые кислоты образуют в растительных организмах комплексы с белками, так называемые нуклеопротеиды, участвующие в построении клеточных ядер. Фосфор содержится также в веществах, определяющих направление и скорость биохимических процессов в растениях, — в витаминах, гормонах, ферментах. Как показали исследования последнего времени, особенно велика роль фосфора в процессах дыхания растений и синтеза углеводов — крахмала, сахаров.

Неорганические соединения фосфора имеются во всех частях растений — стеблях, листьях, цветках, корнях и семенах. Количество неорганических фосфатов может сильно изменяться в зависимости от степени обеспеченности растений фосфором и от фазы развития растений. Накопление неорганического фосфора в стеблях растений — один из признаков достаточной обеспеченности растений фосфорной пищей. Неорганические соединения фосфора могут накапливаться в растениях в виде солей калия, кальция и магния. Они служат запасными фосфорсодержащими веществами и используются по мере надобности на построение органических соединений, в виде которых обычно и находится большая часть фосфора в растениях.

На базе научно-исследовательского института удобрений и инсектофунгицидов, директором которого был крупнейший советский химик-технолог и профессор химического факультета МГУ Семен Исаакович Вольфович, уже в первые месяцы войны было организовано производство фосфорсодержащих веществ, на основе которых изготавливались зажигательные средства для противотанкового оружия. На опытном заводе института было налажено производство сплавов фосфора с серой, которые заливались в стеклянные бутылки и служили зажигательными противотанковыми "бомбами". Бутылки с самовоспламеняющейся жидкостью "КС" оказались наиболее эффективными. Эти жидкости представляли собой желто-зелёный или тёмно-бурый раствор, содержащий сероуглерод, фосфор и серу, имевший низкую температуру кипения, время горения — 2-3 мин, температуру горения — 800-1000°C, а обильный белый дым при горении давал ещё и ослепляющий эффект. Именно эти жидкости и получили широко известное прозвище "Коктейль Молотова".[с.52]

Именно под таким прозвищем стал известен советский ученый-химик Семен Вольфович, занимавшийся в двадцатые годы двадцатого века разработкой новой технологии получения концентрированных фосфорных удобрений. В те годы свойства фосфора не были достаточно хорошо изучены, а сам он считался вполне безвредным веществом. Поэтому Вольфович не считал нужным принимать какие-либо серьезные меры предосторожности во время опытов. Именно это и сыграло с ним злую шутку. Со временем его одежда и обувь очень сильно пропитались газообразным фосфором, поэтому, когда академик поздно вечером возвращался из МГУ домой, то до смерти пугал прохожих. Люди видели нечто, движущееся по улице и светящееся голубоватым светом. Вдобавок от подошв шли искры. Ученому приходилось каждый раз успокаивать случайных свидетелей и объяснять им это явление. Однако, эта история еще долго переходила из уст в уста под названием «светящийся монах». Но благодаря этому было открыто свойство свечения фосфора в темноте. Скорее всего, химик повторял эту мистификацию нарочито. Люди воспринимали учёного как фантом, пришельца, выходца из потустороннего мира.

Возможно, Вольфовичу льстило прозвище «Светящийся монах». И он, вместе со своими коллегами, посмеивался над непросвещенностью, суеверием простого обывателя. Но, как бы то ни было, благодаря химику Вольфовичу, родилась еще одна красивая, московская легенда о «Светящемся монахе».

Используя различные источники информации, я изучила литературу по теме исследования. Ознакомилась с физическими и химическими свойствами фосфора и его аллотропных модификаций. Особое внимание было уделено роли фосфора в организме человека. Я выяснила, что фосфор входит в состав твердых тканей (костей и зубов) организма, так же его соединения способствуют проведению нервных импульсов. Это подтверждает гипотезу о том, что фосфор является элементом жизни и мысли.

Кроме того, проанализировав современные данные, я убедилась в исключительной важности фосфора, так как без фосфора невозможно движение. Ведь сокращение мышц происходит за счет работы фосфорных соединений. Процессы дыхания, являющиеся основными для живых существ, также не могут протекать без участия фосфорной кислоты, которая необходима для построения ферментов, регулирующих химические реакции, протекающие в клетках. Без фосфора не обходится обмен энергии: АТФ и креатинфосфат обеспечивают протекание всех необходимых процессов в клетках, тканях и мышцах.

Нуклеиновые кислоты, хранящие и передающие наследственную информацию, отвечающие за нормальное деление и рост клеток, тоже содержат в своем составе фосфор в виде остатков фосфорной кислоты.

Соединения фосфора участвуют в поддержании кислотно-щелочного баланса в организме, так как входят в состав крови и других жидкостей. Узнала интересные истории получения фосфора различных ученых и различными способами.

Список использованных источников:

1. Алимкулов, С. О. Биологическая роль фосфора в жизни растений / С. О. Алимкулов, Д. К. Мурадова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2015. — № 10 (90). — С. 44-47. — URL: <https://moluch.ru/archive/90/18916/> (дата обращения: 24.01.2024).
2. Блисковский В.З., Минеева Д.А. Камни плодородия / Знатоки фосфатных руд. — 1986 г.-М.
3. Журнал «Химия». История открытия фосфора. (подраздел «О чем не пишут в учебниках». - №5.-2007г.
4. Магницкий К. П. «Как определить по внешнему виду растений их потребность в удобрениях». Издательство «Знание», — М.: — 1957. 2. Петербургский Д. Н. «Корневое питание растений». Россельхозиздат, М.: — 1962. 3. Церлинг В. В. «Диагностика питания растений по их химическому составу». М.: — 1960.
5. Степин Б.Д., Аликберова Л.Ю. Книга по химии для домашнего чтения. — 1994.- М.- 400 с.
6. Фигуровский Н.А. Очерк общей истории химии. От древнейших времен до начала XIX века. — 1969 г.- 456 с.

ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Текутова Валерия Дмитриевна

Руководитель: Тимощенко Людмила Юрьевна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

В современном мире проблема загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами и их влияние на здоровье человека являются актуальными и важными. Тяжелые металлы, такие как свинец, кадмий, ртуть, никель и другие, присутствуют повсеместно и могут накапливаться в окружающей среде из различных источников, таких как промышленность, автотранспорт и бытовые отходы. В последние десятилетия наблюдается увеличение уровня загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами. Тяжелые металлы оказывают разрушительное воздействие на организм человека, вызывая различные заболевания и снижая продолжительность жизни. Изучение их характеристик, способов загрязнения, а также влияния на здоровье является актуальной задачей на современном этапе.

Цель исследования: Изучить химические элементы – тяжелые металлы и их влияние на здоровье человека.

Задачи:

1. Рассмотреть понятие «тяжелые металлы» и их свойства.
2. Охарактеризовать загрязнение окружающей среды тяжелыми металлами.
3. Изучить влияние ионов тяжелых металлов на здоровье человека.

Тяжелые металлы — химические элементы со свойствами металлов (в том числе и полуметаллы) и значительным атомным весом либо плотностью. В академических и промышленных кругах циркулирует четыре десятка критериев, по которым металл признается тяжелым. Самые популярные основания:

1. Атомный номер выше 50.
2. Плотность выше 5 г/см³.

На практике чаще востребован второй критерий. То есть к тяжелым металлам относятся элементы с плотностью, превышающей 5 г/см³. В соответствии с ним таковыми считаются: традиционные – железо, медь, хром, марганец, кобальт, олово, свинец, никель; менее известные – кадмий, молибден, вольфрам, сурьма, ртуть, висмут.

Формы нахождения тяжелых металлов в окружающей среде:

В атмосферном воздухе тяжелые металлы присутствуют в форме органических и неорганических соединений в виде пыли и аэрозолей, а также в газообразной элементной форме (ртуть). При этом аэрозоли свинца, кадмия, меди и цинка состоят преимущественно их субмикронных частиц диаметром 0,5-1 мкм, а аэрозоли никеля и кобальта - из крупнодисперсных частиц (более 1 мкм), которые образуются в основном при сжигании дизельного топлива.

В водных средах металлы присутствуют в трех формах: взвешенные частицы, коллоидные частицы и растворенные соединения. Значительная часть тяжелых металлов переносится поверхностными водами во взвешенном состоянии.

В почвах тяжелые металлы содержатся в водорастворимой форме. Водорастворимые формы, как правило, представлены хлоридами, нитратами, сульфатами и органическим комплексными соединениями.

Все тяжелые металлы имеют разные биогеохимические свойства такие, как токсичность, канцерогенность, растворимость и другие свойства, которые в них выражены по-разному. Среди всех критериев выделяются два биохимическая активность и органическая форма распространения, именно они определяют опасность для организма человека и животных в зависимости от концентрации. В таблице 1 представлены биогеохимические свойства некоторых металлов.

Таблица 1.1 Биогеохимические свойства тяжелых металлов

Свойство	Тяжелые металлы						
	Cd	Co	Cu	Hg	Ni	Pb	Zn
Биохимическая активность	В	В	В	В	В	В	В
Токсичность	В	У	У	В	У	В	У
Канцерогенность	-	В	-	-	В	-	-
Обогащение аэрозолей	В	Н	В	В	Н	В	В
Минеральная форма распространения	В	В	Н	В	Н	В	Н
Органическая форма распространения	В	В	В	В	В	В	В
Подвижность	В	Н	У	В	Н	В	У
Тенденция к биоконцентрированию	В	В	У	В	В	В	У
Эффективность накопления	В	У	В	В	У	В	В
Комплексообразующая способность	У	Н	В	У	Н	Н	В
Растворимость соединений	В	Н	В	В	Н	В	В

Время жизни	В	В	В	Н	В	Н	В
-------------	---	---	---	---	---	---	---

В данной таблице были оценены биогеохимические свойства тяжелых металлов по трем параметрам: В - высокая, У - умеренная, Н - низкая.

Тяжелые металлы могут попадать в окружающую среду из различных источников, таких как промышленные выбросы, автомобильный транспорт, сбросы промышленных сточных вод. Они могут контаминировать атмосферу, почву, водоемы и растения, что приводит к распространению загрязнения и попаданию этих металлов в пищевую цепочку. Промышленные предприятия являются одним из основных источников загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами. Выбросы в атмосферу и сбросы водных стоков содержат значительное количество токсичных металлов, которые затем распространяются по воздуху, почве и воде.

Автомобильный транспорт также является важным источником загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами. Выхлопные газы автомобилей содержат свинец, кадмий и другие металлы, которые в атмосфере могут превращаться в аэрозоли и оседать на почву и водоемы.

Сбросы промышленных сточных вод являются источником загрязнения водоемов тяжелыми металлами. Производство и переработка руд, химическая промышленность, а также сельское хозяйство могут добавлять значительное количество металлов в речные системы, что в конечном итоге приводит к загрязнению питьевой воды и негативному воздействию на экосистемы и здоровье человека.

Способность к аккумулярованию.

Заболевания, связанные с накоплением тяжелых металлов:

Тяжелые металлы имеют способность к аккумуляции, что означает, что они могут накапливаться в организме человека и оставаться в нем на протяжении продолжительного времени. Это связано с тем, что тяжелые металлы не могут быть полностью метаболизированы или выведены из организма.

Проникнув в организм через дыхательную систему, пищеварительный тракт или кожу, тяжелые металлы попадают в кровоток и могут быть доставлены к различным тканям и органам в теле. Однако, из-за своей токсичности и некоторых химических свойств, они не могут быть эффективно выведены и могут накапливаться в определенных органах и тканях. Одним из органов, в которых тяжелые металлы могут аккумуляроваться, является печень. Она выполняет функцию фильтрации крови и очистки ее от токсических веществ, в том числе от тяжелых металлов. Однако, при чрезмерной нагрузке на печень, такой как длительное воздействие высоких концентраций тяжелых металлов, ее способность к очищению может быть ограничена, а металлы начинают накапливаться в этом органе, что может привести к развитию гепатита и других заболеваний печени.

Воздействие тяжелых металлов на организм человека может быть разнообразным и вызывать серьезные заболевания и нарушения функций различных органов и систем.

-*Нервная система:* Тяжелые металлы, такие как свинец, кадмий и ртуть, могут негативно влиять на нервную систему, вызывая раздражительность, головные боли, нарушения памяти и концентрации, а также повышенную утомляемость. Эти металлы могут проникать через кровеносную систему в мозг и оказывать токсическое воздействие на нервные клетки.

- *Пищеварительная система:* При потреблении пищи и воды, загрязненной тяжелыми металлами, они могут накапливаться в печени, почках и других органах пищеварительной системы. Это может привести к развитию хронического гепатита, почечной недостаточности, гастрита, язвенной болезни и других заболеваний.

- *Костно-мышечная система:* Некоторые тяжелые металлы, например, свинец и кадмий, могут оседать в костях, что может привести к остеопорозу, остеомаляции и другим заболеваниям костей. Они также могут повлиять на мышцы и вызвать различные нарушения и болевые синдромы.

- *Кроветворная система*: Некоторые тяжелые металлы, например, свинец и ртуть, могут негативно влиять на образование крови и функцию кроветворных органов, таких как костный мозг. Это может приводить к анемии, низкому уровню тромбоцитов и другим нарушениям функции крови.

Таким образом, загрязнение окружающей среды тяжелыми металлами и их влияние на здоровье человека являются серьезной проблемой, требующей внимания и принятия мер. Тяжелые металлы, такие как свинец, кадмий, ртуть, никель и другие, не только широко распространены в окружающей среде, но и могут накапливаться в организме человека, вызывая различные заболевания и нарушения органов и систем. Изучение характеристик тяжелых металлов, способов их загрязнения, а также их воздействия на здоровье человека является важным для разработки эффективных мер по предотвращению загрязнения и минимизации риска для здоровья. Необходимо проводить мониторинг уровня загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами и контролировать выбросы и сбросы металлов из промышленности, автотранспорта, а также развивать экологически чистые технологии и методы утилизации отходов. Большое внимание должно уделяться защите особо уязвимых групп населения, таких как дети и беременные женщины, от негативного воздействия тяжелых металлов. Эффективные меры по предотвращению загрязнения, контролю выбросов и аккумуляции металлов, а также улучшению качества окружающей среды являются неотъемлемой частью обеспечения здоровья и благополучия нашего общества.

Список использованных источников:

1. Бабков, А. В. *Общая и неорганическая химия : учебник / Бабков А. В. , Барабанова Т. И. , Попков В. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5391-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453919.html> (дата обращения: 04.02.2021). - Режим доступа : по подписке.*
2. Петровский, В.М. *Популярная медицинская энциклопедия: энциклопедия / Б.В. Петровский. – М: Наука, 2018. – 704 с.*
3. *Российский сводный электронный каталог по научно-технической литературе ГПНТБ - URL:<http://www.gpntb.ru>*
4. *Электронный каталог ВНИИГМИ-МЦД - URL:<http://www.meteo.ru>*

ЗНАЧЕНИЕ ХИМИИ В МЕДИЦИНЕ

Холодова Дарья Сергеевна

*Руководитель: Голубович Светлана Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Химия – это одна из важнейших наук в истории. Именно она способствует рождению новых изобретений для качественной жизни человека.

Существует отрасль химии – фармацевтическая химия, или химия лекарственных средств, которая занимается изучением свойств и способов получения лекарственных препаратов, изучением их превращений в организме и влияния на жизненные функции.

Фармацевтическая химия тесно связана со специальными дисциплинами, такими как технология лекарственных форм, фармакогнозия (изучает лекарственное сырье растительного и животного происхождения), организация и экономика фармации, и входит в комплекс дисциплин, формирующих базовое фармацевтическое образование.

Химия в медицине играет важную роль. Применение этой науки внесло много инноваций в развитие фармацевтической промышленности, ортопедической стоматологии, медицинского протезирования и прочие. Она также активно способствует стремительному развитию новых технологий лечения. Ни для кого не секрет, что химия в медицине имеет

первостепенную задачу. Эта наука усовершенствует уже существующие препараты, предназначены для лечения. Организм человека – удивительный механизм и для его нормального функционирования нужно подбирать только качественные лекарственные препараты.

К самым популярным средствам относятся:

- болеутоляющие;
- снотворные;
- антибактериальные;
- химиотерапевтические;
- витамины.

Каждый периодически сталкивается с приемом болеутоляющих средств. По химической структуре их условно можно разделить на две категории: производные салициловой кислоты и пиразолона.

Химия в медицине как наука способна объяснить большинство процессов протекающих в организме человека при приеме разного рода веществ.

Принцип действия снотворных напоминает влияние наркотических веществ на центральную нервную систему. Все эти препараты имеют различные сроки действия на организм. Это:

- длительное;
- среднее;
- короткое.

Большое количество снотворных – производные барбитуриновой кислоты. Сама по себе она не оказывает влияния на организм человека. Наиболее маленькие дозы применяемых барбитуратов приостанавливают скорость реакции нервной системы на действие внешних раздражителей. Это важно учитывать людям, которые работают на сложных механических установках и автомобилях. Антибактериальные средства применяются для лечения инфекций. К ним относятся два типа препаратов: сульфаниламиды и антибиотики. Эти препараты всегда пользуются большим спросом, ведь за достаточно короткие сроки они способны уничтожить все патогенные микроорганизмы, тем самым обеспечивая нормальную жизнедеятельность человека.

Важно помнить, что при незаконченном лечении, у микроорганизмов появляется «иммунитет» на этот вид антибиотика. В случае повторного приема, пациент не получит желаемого результата.

Химия в медицине повсеместно помогает большинству людей за короткие сроки стать на ноги. Ее влияние значительно.

Лекарственные вещества известны с очень древних времен. Например, в Древней Руси мужской папоротник, мак и другие растения употреблялись как лекарства. И до сих пор в качестве лекарственных средств используются 25-30% различных отваров, настоек и экстрактов растительных и животных организмов.

В каждой стране существует законодательство о фармацевтических препаратах, изданное отдельной книгой, которая называется фармакопеей. Фармакопея является сборником общегосударственных стандартов и положений, нормирующих качество лекарственных средств. Изложенные в фармакопее стандарты и обязательные нормы для медикаментов, сырья и препаратов применяются при изготовлении лекарственных форм и являются обязательным для провизора, врача, организаций, учреждений, изготавливающих и применяющих лекарственные средства. По фармакопее лекарственные препараты анализируются для проверки их качества.

Сырьем для получения неорганических препаратов являются горные породы, руды, газы, вода озер и морей, отходы химических производств.

Сырьем для синтеза органических лекарственных препаратов служат природный газ, нефть, каменный уголь, сланцы и древесина. Нефть и газ являются ценным источником сырья для синтеза углеводородов, являющихся полупродуктами при производстве органических

веществ и лекарственных препаратов. Полученные из нефти вазелин, вазелиновое масло, парафин применяются в медицинской практике.

Лекарственные вещества разделяют по двум классификациям: фармакологическая и химическая.

Первая классификация более удобна для медицинской практики. Согласно этой классификации, лекарственные вещества делятся на группы в зависимости от их действия на системы и органы. Например:

1. снотворные и успокаивающие (седативные);
2. сердечно – сосудистые;
3. анальгезирующие (болеутоляющие), жаропонижающие и противовоспалительные;
4. противомикробные (антибиотики, сульфаниламидные препараты и др.);
5. местно-анестезирующие;
6. антисептические;
7. диуретические;
8. гормоны;
9. витамины и др.

В основу химической классификации положено химическое строение и свойства веществ, причем в каждой химической группе могут быть вещества с различной физиологической активностью. По этой классификации лекарственные вещества подразделяются на неорганические и органические.

-Неорганические вещества рассматриваются по группам элементов периодической системы Д. И. Менделеева и основным классам неорганических веществ (оксиды, кислоты, основания, соли).

-Органические соединения делятся на производные алифатического, алициклического, ароматического и гетероциклического рядов.

Химическая классификация более удобна для химиков, работающих в области синтеза лекарственных веществ.

Создание новых лекарств в настоящее время.

В первую очередь нужно найти биологически активное соединение, оказывающее то или иное благоприятное воздействие на организм. Существуют несколько принципов такого поиска.

Весьма распространен эмпирический подход, не требующий знания ни структуры вещества, ни механизма его воздействия на организм. Тут можно выделить два направления:

Первое – это случайные открытия. Например, было случайно открыто слабительное действие фенолфталеина (пургена) а также галлюциногенное действие некоторых наркотических веществ.

Второе – это так называемый метод “просеивания”, когда, с целью выявления нового биологически активного препарата проводят испытания многих химических соединений.

Третье - так называемый направленный синтез лекарственных веществ. В этом случае оперируют с уже известным лекарственным веществом и, незначительно модифицируя его, проверяют в опытах с животными, как эта замена влияет на биологическую активность соединения. Порой достаточно минимальных изменений в структуре вещества, чтобы резко усилить или совсем снять его биологическую активность.

После того, как биологически активное соединение отобрано, определена его формула и структура, нужно исследовать, не является ли это вещество ядовитым, не оказывает ли на организм побочных воздействий. Это выясняют биологи и медики. А затем снова очередь за химиками – они должны предложить наиболее оптимальный способ, которым это вещество будут получать в промышленности.

Химики нашли вещества, способные уничтожать в окружающей среде невидимых и свирепых врагов организма - микробов, вызывающих нагноение ран, общее заражение крови, различные инфекционные заболевания. При этом речь шла не о специальном подборе веществ, действующих именно на данный вид микроорганизмов, а о дезинфицирующем воздействии,

которое губит все микробы. Постепенно были заложены основы гигиены- области, в которой пути химии и медицины сошлись с великой пользой для человечества.

Английский хирург Д.Листер с большим успехом применил растворы фенола (карболовой кислоты) для дезинфекции тканей во время операций; П. Кох пользовался растворами хлорной ртути (сулемы), и только в 1909 г. Стреттон открыл дезинфицирующие свойства растворов йода в спирте. Все эти средства, хотя и помогли хирургам спасти сотни тысяч жизней оперированных ими больных, все же не решали задачу борьбы с инфекционными заболеваниями.

Большое количество химических веществ служит для изготовления самых разнообразных протезов. Производятся протезы челюстей, зубов, коленных чашечек, суставов конечностей из разных химических материалов, которые успешно применяются в восстановительной хирургии для замены костей, ребер и пр.

Химические заводы выпускают для медицинских целей трубки, шланги, ампулы, шприцы, белково-витаминные и другие напитки, кислород, перевязочный материал, аптечную посуду, оптику, красители, больничную мебель и многое другое.

Успехи химии, внедрение ее продуктов в медицину открывают безграничные возможности для преодоления ряда заболеваний, в первую очередь вирусных и сердечно – сосудистых.

Список использованных источников:

1. Беликов В. Г. *Фармацевтическая химия*. – М.: Медпрессинформ, 2007. (дата обращения 28.01.2024)
2. Граник В. Г. *Основы медицинской химии*. – М.: Вузовская книга, 2001. (дата обращения 28.01.2024)
3. Зефирова О. Н., Зефиров Н. С. *Медицинская химия (Medicinalchemistry). Методологические основы создания лекарственных препаратов // Вестник Московского университета. Сер. 2. Химия*. – 2000. (дата обращения 28.01.2024)
4. Орлов В. Д., Липсон В. В., Иванов В. В. *Медицинская химия*. – Харьков: Фолио, 2005. (дата обращения 28.01.2024)
5. Харкевич Д. А. *Фармакология*. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. (дата обращения 28.01.2024)

ПОСТОЯНСТВО СОСТАВА ВЕЩЕСТВА

*Бессарабов Вадим Александрович
Руководитель: Анкудинова Наталья Николаевна
Михайловский филиала ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка*

Химические явления сопровождают всю нашу жизнь и даже определяют саму возможность ее существования. Чтобы понять суть законов, управляющих материальной действительностью, нужно иметь представление о том, из чего она состоит. Химия относится к разряду точных наук, и наряду с математикой и физикой устанавливает закономерности существования и развития материи, состоящей из атомов и молекул. Все процессы, протекающие как в живых организмах, так и среди объектов неживой природы, имеют в своей основе явления превращения массы и энергии. Закон постоянства состава вещества лежит в основе протекания процессов в неорганическом и органическом мире. В этом мы видим **актуальность** нашей темы. Таким образом, **цель работы**: изучить теоретические основы атомно-молекулярного учения, закона постоянства веществ и на практике подтвердить полученные результаты.

Задачи:

1. Изучить историю открытия закона постоянства веществ.
2. Проанализировать опыты, которые проводились в рамках химического постулата.
3. Подтвердить закон опытным путем, доказав наличие некоторых ионов в составе веществ

Методы исследования:

1. Анализ и синтез информации.
2. Описательный метод.
3. Эксперимент.

По словам великого русского ученого М. В. Ломоносова: «Во тьме должны пребывать физики и, особенно, химики, не зная внутреннего частиц строения» [1, с.1]. Именно он в 1741 году, сначала теоретически, а затем и подтвердив опытами, открыл законы химии, служащие основой для изучения живой и неживой материи, а именно: все вещества состоят из атомов, способных образовывать молекулы. Все эти частицы находятся в непрерывном движении. Во время реакции атомы, входящие в состав реагентов и продуктов, никуда не исчезают и не появляются из ничего. Их количество сохраняется без изменения до и после химического процесса. Так как масса атомов константна, данный факт логически приводит к закону сохранения массы и энергии. Более того, ученый декларировал эту закономерность, как всеобщий принцип природы, подтверждающий взаимопревращение энергии и постоянство состава вещества. Первоначально именно в таком виде был сформулирован этот закон.

Спустя 50 лет идеи Ломоносова стал развивать английский ученый Дж. Дальтон. Ученый выполнил важнейшие расчеты по определению атомных масс химических элементов. Это послужило главным доказательством таких предположений: массу молекулы и вещества можно вычислить, зная атомный вес частиц, входящих в её состав. Как Ломоносов, так и Дальтон считали, что, независимо от способа получения, молекула соединения всегда будет иметь неизменный количественный и качественный состав.

Кроме Дальтона, измерение атомных масс проводил И. Берцелиус, составивший таблицу атомных весов химических элементов и предложивший современное их обозначение в виде латинских букв.

Известно, что в конце 18 – начала 19 века между двумя французскими учеными, Ж. Прустом и К. Бертолле, велись научные споры. Первый утверждал, что состав веществ, образовавшихся в результате химической реакции, зависит главным образом от природы реагентов. Бертолле был уверен, что на состав соединений – продуктов реакции влияет еще и относительное количество взаимодействующих между собой веществ. Большинство химиков в начале исследований поддержали идеи Пруста, который сформулировал их следующим образом: состав сложного соединения всегда постоянный и не зависит от того, каким способом оно было получено. Однако дальнейшее исследование жидких и твердых растворов (сплавов) подтвердило мысли К. Бертолле. К этим веществам закон постоянства состава был неприменим. Более того, он не действует для соединений с ионными кристаллическими решетками. Состав этих веществ зависит от методов, которыми их добывают.

Пруст одержал победу над Бертолле в 1808 г. Формулировка, предложенная ученым, гласит: когда несколько элементов образуют химически чистый образец, то он состоит из одних и тех же атомов. Отношения их масс и числа также носят постоянный характер. Каждое химическое вещество, независимо от способа его получения, имеет постоянный качественный и количественный состав. В качестве доказательств он приводит следующие образные примеры: малахит из Сибири имеет такой же состав, как и минерал, добытый в Испании; в мире есть только одно вещество киноварь, и не имеет значения, из какого месторождения она получена. Пруст сумел продемонстрировать, что различные оксиды одного и того же металла обладают определённым составом.

Закон постоянства состава является основой для расчета количества веществ, необходимых для проведения химической реакции. Он позволяет предсказывать результаты реакций и определять стехиометрические соотношения между реагентами и продуктами.

Основан на нескольких принципах, которые определяют его суть и применимость.

Пропорциональность: вещества, участвующие в химической реакции, соединяются в определенных пропорциях. Это означает, что масса каждого реагента и продукта будет пропорциональна их стехиометрическим коэффициентам в уравнении реакции.

Неизменность: состав продуктов реакции остается неизменным при любых условиях. Это означает, что независимо от температуры, давления или других факторов, соотношение массы реагентов и продуктов будет оставаться постоянным.

Массовая сохранность: масса реагентов, участвующих в химической реакции, равна массе продуктов реакции. Ни масса, ни количество атомов не могут быть созданы или уничтожены во время реакции.

Молярная пропорциональность: количество молекул каждого реагента и продукта будет пропорционально их стехиометрическим коэффициентам в уравнении реакции.

Все эти принципы закона постоянства состава помогают нам понять и предсказать результаты химических реакций и определить соотношение между реагентами и продуктами.

Примеры применения закона постоянства состава

Сгорание углеводородов, таких как метан (CH_4) или этилен (C_2H_4). Во время сгорания углеводородов с кислородом (O_2) образуются два основных продукта – углекислый газ (CO_2) и вода (H_2O). Согласно закону постоянства состава, соотношение между количеством углеводорода и кислорода в реагентах будет таким же, как и в продуктах.

Реакция образования воды ($\text{H}_2 + \text{O}_2 \rightarrow 2\text{H}_2\text{O}$) также является примером применения закона постоянства состава. В этой реакции две молекулы водорода (H_2) реагируют с одной молекулой кислорода (O_2) и образуют две молекулы воды (H_2O). Согласно закону постоянства состава, соотношение между количеством водорода и кислорода в реагентах будет таким же, как и в продуктах. Кислород (O) при образовании молекулы воды соединяется с одним и тем же количеством водорода (H). Если взаимодействует 1,11 г водорода с 8,89 г кислорода, то образуется 10 г воды (H_2O). Увеличение количества одного из веществ приводит к такому же результату. Не прореагируют атомы того элемента, которого взяли в избытке. Масса воды в этом опыте остается такой же – 10 г, состав ее молекул отражает формула H_2O .

Реакция образования аммиака ($\text{N}_2 + 3\text{H}_2 \rightarrow 2\text{NH}_3$), одна молекула азота (N_2) реагирует с тремя молекулами водорода (H_2) и образует две молекулы аммиака (NH_3). Соотношение между количеством азота и водорода в реагентах будет таким же, как и в продуктах, согласно закону постоянства состава.

Хлорид натрия (NaCl) можно получить при взаимодействии соляной кислоты с гидроксидом натрия. Второй способ — обработка соляной кислотой карбоната натрия. В двух разных химических реакциях получаем соединение, формула которого NaCl . И в первом, и во втором случае вещество содержит 39,33% натрия и 60,66% хлора.

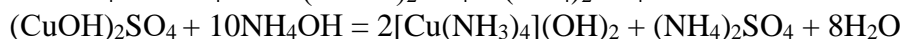
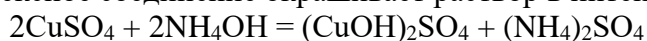
Экспериментальное подтверждение закона основано на определении количественных соотношений веществ или элементов в реакциях разложения, соединения, обмена и т.д. В лаборатории возможны проведение таких экспериментов как разложение и синтез воды в приборе для электролиза или эвдиометре, разложение малахита, пищевой соды и др. Данные опыты требуют специального оборудования и измерительных приборов.

В домашних условиях мы решили провести эксперименты по доказательству присутствия некоторых ионов в веществах.

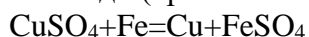
Известно, что качественной реакцией по обнаружению ионов натрия служит окрашивание пламени горелки в желтый цвет. Для опыта мы подготовили растворы поваренной соли (содержание хлорида натрия NaCl в соли 97-99%), пищевой соды (гидрокарбонат натрия NaHCO_3), физраствор (натрия хлорид 0,9%), раствор твердого мыла (содержит натриевые соли органических высших жирных кислот), стальную проволоку. При опускании проволоки в растворы и внесении ее в пламя горелки мы наблюдаем желтое окрашивание.

Медный купорос, пентагидрат сульфата меди $\text{CuSO}_4 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$, содержит ионы меди Cu^{+2} . Для их обнаружения мы также провели опыт по окрашиванию пламени, цвет изменился на кирпично-красный. При добавлении к раствору сульфата меди разбавленного раствора

гидроксида аммония (нашатырный спирт), наблюдаем появление зеленоватого осадка основной соли, при действии избытка NH_4OH осадок растворяется, а образующееся комплексное соединение окрашивает раствор в интенсивный синий цвет.



Металлический алюминий, железо и цинк восстанавливают катион меди до металла, выпадающего в виде красной губчатой массы. В раствор сульфата меди (II) опускаем железный гвоздь, наблюдаем изменение окраски раствора с голубого на жёлтый, на гвозде - появление меди (красно-жёлтый налёт).



Закон постоянства состава вещества является одним из главных законов химии. Он вытекает из атомно-молекулярного учения. Его суть заключается в том, что вещества состоят из одних и тех же молекул, потому и состав таких веществ постоянен. Современная формулировка закона заключается в следующем: всякое чистое вещество независимо от способа его получения имеет постоянный качественный и количественный состав. Основываясь на законе постоянства состава, можно осуществлять различные расчёты, решать задачи, связанные с химическими реакциями. Зная данный закон и имея информацию о химических элементах, вступивших в реакцию, можно с уверенностью сказать, какими будут химические соединения, являющиеся продуктами реакции. По сути, масса веществ, вступивших в реакцию, определяет массу продуктов реакции в закрытых условиях и будет полностью ей соответствовать. Таким образом, вычисляется практический выход любых химических процессов.

Список использованных источников:

1. Закон постоянства состава вещества. Законы сохранения в химии – Текст: электронный. - https://zen.yandex.ru/media/history_world/bessmetrnyi-podvig-medsestry-natashi-kachuevskoi-5a894f6958166906c3c52f19https://fb.ru/article/266725/zakon-postoyanstva-sostava-veschestva-zakonyi-sohraneniya-v-himii (дата обращения: 05.02.2024).
2. Закон постоянства состава вещества - формулировка и практическое значение – Текст: электронный. - <https://nauka.club/khimiya/zakon-postoyanstva-sostava-veshchestva.html?ysclid=lshun8kc9l817298318> (дата обращения: 05.02.2024).
3. Закон постоянства состава: ключевое понятие химии, которое объясняет, почему вещества не могут превращаться в другие волшебным образом – Текст: электронный. - <https://nauchniestati.ru/spravka/zakon-postoyanstva-sostava/> (дата обращения: 02.02.2024).
4. Количественные законы химии – Текст: электронный. - <https://textarchive.ru/c-1478038-p2.html> (дата обращения: 02.02.2024).
5. Качественная реакция на ион натрия – Текст: электронный. - <https://dzodzo.ru/chemistrysub/kachestvennaya-reakciya-na-ion-natriya/?ysclid=lshr7ymkw768497850> (дата обращения: 02.02.2024).
6. Обнаружение катионов меди – Текст: электронный. - <https://lektsii.org/15-25756.html?ysclid=lshsi32cot334884773> (дата обращения: 05.02.2024).

ВТОРИЧНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАСТИКОВЫХ БУТЫЛОК

Козлова Полина Николаевна

*Руководитель: Шамсутдинова Ольга Владимировна
ГАПОУ "Нижекамский медицинский колледж", г. Нижнекамск*

Пластиковая бутылка очень прочно вошла в нашу жизнь. Она очень удобна в использовании, дешевая в производстве. В наши дни ежегодно производятся и выбрасываются миллионы бутылок. С каждым годом отходы из пластиковых бутылок растут за счёт того, что появляется всё большее количество продуктов, которые упаковывают в пластиковые бутылки. Накопление отходов в наше время является одной из глобальных проблем человечества, несущей в себе большую угрозу экологической катастрофе планеты. Скопления пластиковых бутылок на планете уже образуют настоящие плавающие материи в океанах. По данным Всемирного фонда дикой природы, эти скопления мусора представляют большую угрозу для живых организмов: при разложении пластмасса выделяет токсичные вещества, способные вызвать серьёзные гормональные нарушения, как у животных, так и у человека.

Не оставили эти экологические проблемы и жителей нашего города. Свалки пластиковых бутылок заполнили лес, обочины дорог. Огромное количество такого мусора на улицах нашего города заставило задуматься над вопросом: что несут человеку лежащие бутылки под ногами – пользу или вред?

Проблема: все улицы города, все дороги захламлены мусором, большую часть которого составляют пластиковые бутылки.

Гипотеза: предположим, если использовать вторично пластиковые отходы, то вред природе от хозяйственной деятельности человека уменьшится.

Объектом исследования является ненужные пластиковые бутылки.

Предмет исследования: возможность вторичного использования пластиковых бутылок.

Цель: изучить значение пластиковой бутылки в жизни человека и найти способы вторичного использования пластиковой бутылки.

Задачи:

1. Ознакомиться с историей создания и применения пластиковых бутылок;
2. Найти полезное применение этому предмету.

Методы проведения исследования: изучение литературных источников, анкетирование, практическая деятельность.

Вред пластиковых бутылок для здоровья человека

При изготовлении пластиковых бутылок используется химикат бисфенол-А. Это синтетический аналог женского полового гормона. И это вредное вещество из пластика бутылки способно проникать в воду или жидкость, а затем и в организм человека. Также при сжигании пластиковых бутылок в окружающую среду выделяется дым, в котором содержится диоксины. Они способны накапливаться в организме, вызывая мутации.

Если вы пьёте воду из пластиковых бутылок, то тем самым увеличиваете содержание бисфенола в организме. А высокая концентрация этого вещества сильно вредит человеку. Давайте узнаем, в чём именно состоит опасность.

- Вредное воздействие оказывает бисфенол на мальчиков и юношей. Даже незначительное увеличение концентрации этого вещества способно привести к сбою в работе гормональных желез. Из-за отравления организма бисфенолом-А при достижении половой зрелости высока вероятность нарушения процесса создания сперматозоидов.

- Для мужчин вода из пластиковых бутылок не менее вредна. Повышенная концентрация бисфенола повышает вероятность рака простаты. А также оказывает негативное влияние и на мужское здоровье, так как нарушается гормональный фон.

- Девочки и женщины тоже подвержены негативному воздействию бисфенола. Это вредное химическое вещество способствует раннему половому созреванию у девочек, а также может спровоцировать развитие рака груди женщин.

- Беременным женщинам вообще противопоказано пить воду из пластиковых бутылок, так как из-за отравления бисфенолом ребёнок может появиться на свет с врожденными дефектами, например, с нарушениями в работе сердечно-сосудистой системы. Не менее вероятны проблемы с гормональным фоном.

Для того чтобы пластик не вредил здоровью, не надо его сжигать, хранить в нем продукты долгое время, выкидывать пластиковый мусор в мусорные контейнеры, не использовать пластиковые бутылки повторно.

Анализ социологического опроса

В ходе исследования данной темы провели анкетирование среди студентов нижекамского медицинского колледжа, с целью выяснить, какие товары в пластиковых бутылках приобретаются, используются в их семьях и куда девается упаковка.

Результаты анкеты показали, что все опрошенные регулярно покупают продукты и товары в пластиковых бутылках. В большинстве случаев это напитки, питьевой йогурт и подсолнечное масло. Чаще всего ненужные пластиковые бутылки выбрасывают на мусорную свалку, есть и те, кто применяют ненужные бутылки в быту и для выращивания рассады.

Из пластиковых бутылок можно сделать много полезных вещей, которые принесут не только пользу, но и сэкономят бюджет. В любом домохозяйстве остается масса пустых пластиковых бутылок. Вместе с остальными бытовыми отходами они оказываются в мусорном баке, а затем на свалке. Хотя они еще могут сослужить вам добрую службу в приусадебном хозяйстве. В опытных руках пустая пластиковая бутылка может превратиться в десятки полезных приспособлений для сада и огорода во все времена года.

Давая пластиковым бутылкам вторую жизнь, человек не только облегчает себе жизнь, и экономит деньги из семейного бюджета, но и сохраняет природу! Можно придумать массу применений пластиковым бутылкам.

Из большого многообразия применения пластиковых бутылок выбрали создание «Пуфика», так как он наиболее практичен в применении.

Используемые материалы и оборудование: пластиковые бутылки, Скотч, Картон (коробка)

1. Остатки синтепона
2. Ненужные остатки ткани
3. Ножницы
4. Нитки с иглой
5. Швейная машинка

Технология изготовления

1. Склеиваем скотчем бутылки так, чтобы получился круглый или квадратный каркас для пуфа. Смотрим за тем, чтобы все бутылки были приклеены на одном уровне, и ни одна не выступала!

2. Теперь вырезаем из плотного картона прямоугольник для верха и для низа вашего пуфика. Опять хорошенько крепим все скотчем.

3. Обкладываем синтепоном (по бокам используем двойной слой) и сшиваем

4. Отдельно шьем чехол из любой ткани и натягиваем его поверх пуфа.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проделанной работы выяснили историю возникновения бутылок: от первых стеклянных до современных пластиковых. Она удобна в применении, благодаря таким свойствам как лёгкость, упругость, прочность, поэтому и занимает всё большее место в жизни человека, но её невозможно уничтожить после использования.

Социологическое исследование показало, что большинство респондентов покупают продукты в пластиковой упаковке и в большинстве случаев упаковку выбрасывают, а также используют в домашнем хозяйстве.

Изучив литературу, **подтвердили гипотезу**: пластиковая упаковка действительно засоряет землю и наносит вред природе.

Если подходить к этой проблеме творчески и по-хозяйски, то можно найти много

способов применения пластиковой упаковке. Также можно сделать свой вклад в решение этого вопроса каждому из нас. Ведь недаром говорят в народе: «Чисто не там, где убирают, а где не мусорят».

Исходя из полученных результатов работы, предлагаются следующие рекомендации с целью сохранения и уменьшения загрязнения пластиком окружающей среды.

1. Откажитесь от использования полиэтиленовых пакетов. Купите или сшейте самостоятельно тряпичную сумку для похода по магазинам.
2. Откажитесь от использования пластиковой посуды. Ее можно заменить на стеклянные контейнеры, бумажные пакеты, деревянную посуду и т.п. К тому же, есть из такой посуды куда приятнее. И вам не надо каждый раз тратить деньги на покупку новой — помыл и можно использовать снова.
3. Не покупайте воду в пластиковых бутылках. Обзаведитесь многоразовой и носите ее всегда собой. А любителям горячих напитков рекомендуется купить кружку-термос, чтобы не пришлось пользоваться пластиковыми стаканчиками.
4. Не нагревайте пластиковую посуду. При повышении температуры увеличивается скорость перетекания химикатов в пищу. Попивая горячий чай или кофе из пластмассовой кружки в Ваш организм попадает до 50% больше Бисфенола-А.
5. Принимайте участие в различных акциях и мероприятиях на тему экологии и сбора мусора.
6. Сортируйте свой мусор. Это позволит отправлять отходы жизнедеятельности не на свалку, а на переработку, что существенно положительно отразится на окружающей среде.

Список использованных источников:

1. *Практикум по экологии: Учебное пособие [Текст] /Под ред. С.В. Алексеева. – М.: ОА МДС, 2000. – 192 с.*

5. *Коноплева, Н.П. «Вторая жизнь вещей» серия «Сделай сам». [Текст] /Н.П. Коноплев, М.: Просвещение, 2003. – С. 3-20.*

7. *Перевертень, Г.И. Самоделки из разных материалов./Г.И.Перевертень – М.: Просвещение, 1985.*

8. *Сайт «Экология» [электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.ecology.md/section.php?section=tech&id=2220>*

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА МОЛОКА, ИМЕЮЩЕГОСЯ В ПРОДАЖЕ В ГОРОДЕ ОМСК

*Гонохова Полина Александровна
Руководитель: Чернакова Оксана Петровна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

Молоко – это пищевой продукт, в котором есть все необходимые питательные вещества для человека. Трудно охарактеризовать ценность молока лучше, чем это сделал великий физиолог И.П. Павлов, который считал, что оно занимает исключительное положение среди других продуктов, употребляемых человеком. *«Молоко—это изумительная пища, -писал он, -приготовленная самой природой».* Молоко нередко подвергают фальсификации. Некачественная продукция не только наносит экономический ущерб потребителю, но и представляет угрозу здоровью человека.

Актуальность выбранной темы исследования связана с широким потреблением молока во всем мире. Человек давно познал целительную силу молока. Молоко — единственный продукт питания в первые месяцы жизни человека. Исключительно важное значение оно имеет и в питании взрослого. Для старых, ослабевших и больных людей молоко является незаменимой пищей. Установлено, что этот продукт содержит свыше ста ценнейших компонентов. В него

входят все необходимые для жизнедеятельности организма вещества: белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины. На сегодняшний день недобросовестные производители, фальсифицируют продукт для увеличения сроков хранения. Так как здоровье людей всегда имеет большое значение и ценность для общества в целом, свою исследовательскую работу считаем актуальной.

Цель работы: изучении показателей качества молока, приобретенного в обычном магазине розничной торговли.

Объект исследования: молоко.

Предмет исследования: органолептические и физико-химические показатели качества молока.

Методы исследования: логический – теоретический анализ литературы по данной теме; социологический – анкетирование; статистический – обработка результатов наблюдения; экспериментальный – проведение эксперимента по теме; аналитический – анализ результатов и формулирование выводов.

Гипотеза: изучение органолептических и физико-химических показателей позволит определить качество изучаемого молока.

Задачи: изучить литературные источники о молоке, о его свойствах и составе; изучить требования стандарта к качеству питьевого молока; провести собственные исследования молока и проанализировать его качество; выявить самое качественное из приобретенных молочных продуктов; сделать выводы и обобщить результат наблюдений и экспериментов.

Продукт изготавливают в соответствии с требованиями настоящего стандарта по технологическим инструкциям, утвержденным в установленном порядке. Исследование проводится в соответствии с ГОСТ Р 70238-2022 «Молоко и молочная продукция. Метод идентификации состава жировой фазы и определение массовой доли молочного жира» утвержден приказом Росстандарта от 27 июля 2022 года N 702-ст. ГОСТ Р 70238-2022 вводится в действие на территории РФ с 30 января 2023 года [1, 2 ГОСТ]. Определяют цвет, консистенцию, запах и вкус молока. По органолептическим характеристикам продукт должен соответствовать требованиям таблицы 1.

Таблица 1.

Требования стандарта к качеству питьевого молока

Наименование показателя	Характеристика
1. Внешний вид	Непрозрачная жидкость. Для жирных и высокожирных продуктов допускается незначительный отстой жира, изучающий при перемешивании.
2. Консистенция	Жидкая, однородная, не тягучая, слегка вязкая. Без хлопьев белка и сбившихся комочков жира.
3. Вкус и запах	Характерные для молока, без посторонних привкусов и запахов, с легким привкусом кипячения. Для топленного и стерилизованного молока-выраженный привкус кипячения.
4. Цвет	Белый, равномерный по всей массе, для топленного и стерилизованного - с кремовым оттенком, для обезжиренного – с слегка синеватым оттенком.

По физико-химическим показателям в соответствии с ГОСТ продукт должен соответствовать нормам, указанным в таблице 2.

Таблица 2.

Нормы физико-химического состава молока

Вид молока	Массовая доля, % жира	Белок, не менее	Плотность, кг/м.куб., не менее	Кислотность, Т, не более	t продукта, С	Группа чистоты, не ниже
обезжиренное	0,1	2,8	1030	21	4+/-2	1
нежирное	0,3-; 1,0	2,8	1029	21	4+/-2	1
маложирное	1,2- 2,5	2,8	1028	21	4+/-2	1
классическое	2,7- 4,5	2,6	1027	21	4+/-2	1
жирное	4,7- 7,0	2,6	1024	20	4+/-2	1
высокожирное	7,2- 9,5	2,6	1024	20	4+/-2	1

С начала 2023 года производство молочных продуктов в Омской области выросло более чем на 7 процентов. Это касается практически всех видов молочной продукции: цельного молока, масла сливочного, сыров, мороженого и других. Эксперты связывают эту тенденцию в первую очередь с растущим спросом на эти продукты. В настоящее время омич в среднем потребляет этого продукта 357 литров в год, тогда как по России эта цифра составляет 242 литра.

Уровень потребления продукта, в том числе, зависит от его цены (рис 1).

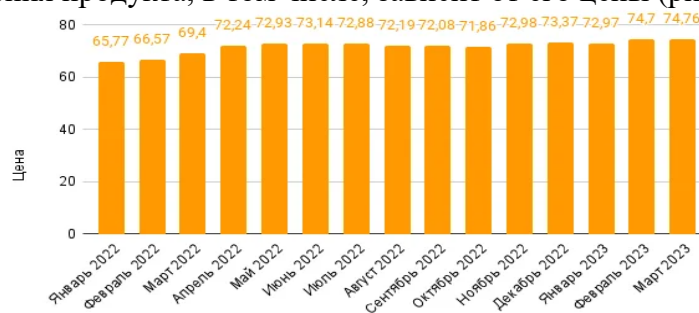


Рис 1. График динамики цен на молоко в России за 1 л. на 2022-2023 гг. Омская область по уровню цен на молоко в период с 2020-2022 гг. (рис.2)

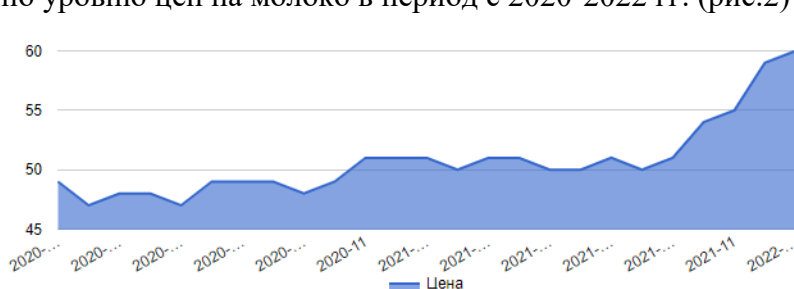


Рис.2 График изменения цен на молоко, пастеризованное с жирностью 2.5-3.2% в г. Омске

Молоко и молочные продукты являются одними из основных компонентов в питании человека, и главная задача производителей – получить не только «большое» молоко, а продукт высокого качества с заданными свойствами, то есть соответствующий требованиям стандартов [3, СанПиН].

Перед тем как провести исследования по качеству молочного продукта было решено провести анкетирование у студентов 1-го курса колледжа ОмГМУ по вопросам о молоке: любите ли Вы молоко и молочные продукты? Как часто употребляете его в питании? Молоко какой марки и производителя вы употребляете в процессе питания?

В анкетировании участвовало 47 респондентов. Большинство опрошенных (77%) любят молоко и молочные продукты. 23% - молоко не пьют по различным причинам. Ответы 77% респондентов на последующие вопросы анкеты показали такой результат: на второй вопрос: 35% - ежедневно, 35% респондентов употребляют молоко дважды в неделю, 30% - 1

раз в неделю, на третий вопрос: наиболее часто используемые марки молока: 35 % - «Тюкалинское» (разной жирности), производитель Омская область, 40% - «Лузинская крыночка», производитель Омская область, 20% - «Таврическое», производитель Омская область и 5% - используют в питании молоко от домашней коровы.

Для исследования было выбрано молоко марок «Тюкалинское 3.2%», «Тюкалинское 3.4-4%», «Тюкалинское 2.5%», «Таврическое 3.2%», «Лузинская крыночка 3.2%». В выбранных образцах решено было проверить различные показатели [4, с 106]. Органолептическое исследование молока (таблица 3).

Таблица 3

Результаты определение качества молока на цвет и запах

Органолептические признаки	Тюкалинское 3.2%	Тюкалинское 3.4-4%	Тюкалинское 2.5%	Лузинская крыночка 3.2%	Таврическое 3.2%
Цвет	Средней светлости, слегка желтоват	Бледно-желтый оттенок	Светло-желтый	Чистый белый холодного оттенка	Молочно-белый
Запах	Средний сладковатый	Сладкий, относительно сильный	Сильный нейтрально-сладкий	Еле уловимый сладковатый	Средний сладковатый

Вывод: каждый образец имеет индивидуальный цвет и запах, то есть каждое молоко в точности не повторяет другое. Соответствует ГОСТ согласно таблице 1.

Для определения в молоке механических примесей использовали обычную воронку для фильтрования и фильтр (таблица 4).

Таблица 4

Результаты определения степени чистоты молока

	Тюкалинское 3.2%	Тюкалинское 3.4-4%	Тюкалинское 2.5%	Лузинская крыночка 3.2%	Таврическое 3.2%
Уровень чистоты	Чисто, меньше, чем 3 мг на 250 мл	Чисто, меньше, чем 3 мг на 250 мл	Чисто, меньше, чем 3 мг на 250 мл	Чисто, меньше, чем 3 мг на 250 мл	Чисто, меньше, чем 3 мг на 250 мл

Вывод: все образцы молока, чистые без осадка и следов грязи.

Для снижения кислотности и предохранения молока от свертывания к нему могут прибавлять соду. Однако молоко при этом быстро портится, в нем развиваются гнилостные микроорганизмы с образованием вредных для человека веществ [5, с 85]. Определение проводится с помощью индикатора бромтимолового синего (таблица 5).

Таблица 5

Результаты определения наличия соды в молоке

	Тюкалинское 3.2%	Тюкалинское 3.4-4%	Тюкалинское 2.5%	Лузинская крыночка 3.2%	Таврическое 3.2%
окраска	Зелёный	Светло-зеленый	Зелёный	Светло-жёлтый	Желтый

Вывод: во всю продукцию фирмы «Тюкалинский» (проверенную нами), добавляют соду. Самый лучший результат у продукции под брендом «Лузинская крыночка» и «Таврическое» в молоко от этих производителя, не добавляют соду.

Для того чтобы молоко имело более густую консистенцию в него могут добавлять крахмал. Если молоко синее, следовательно, крахмал присутствует, а если приобретает желтую окраску, то крахмала в составе молока нет (таблица 6).

Таблица 6

Результаты определение крахмала в молоке

	Тюкалинское 3.2%	Тюкалинское 3.4-4%	Тюкалинское 2.5%	Лузинская крыночка 3.2%	Таврическое 3.2%
Окраска	Желтая	Желтая	Желтая	Желтая	Молоко приобрело синее окрас

Вывод: образование синего окрашивание наблюдали только в одном сорте молока «Таврическое», следовательно, данный сорт содержит в своем составе крахмал, а все нет.

Заключение

Исходя из вышеизложенного, мы доказали, что действительно по оценке органолептических и физико-химических показателей можно узнать качество произведенного продукта. В работе мы определили, что все образцы соответствуют ГОСТу по ряду исследуемых показателей. К минусам магазинного молока относят содержание соды, а также распад важных витаминов при тепловой обработке. К плюсам вероятность попадания бактерий извне мала, так как упаковано молоко этих фирм в пакеты (тетрапаки).

Изучив литературные источники о молоке, его свойствах и составе, требования стандарта к качеству питьевого молока, после проведения собственных исследований и проанализировав его качество, выявили самое качественное. Им оказалось молоко – «Лузинская крыночка», производитель Омская область. Все цели и задачи достигнуты.

Список использованных источников:

1. ГОСТ Р 52090-2003 «Молоко питьевое. ОТУ».
2. ГОСТ 26809-86 «Молоко и молочные продукты. Правила приемки, методы отбора и подготовка проб к анализу».
3. Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов. Санитарные правила и нормы СанПиН 2.3.2.1078-01.
4. Дмитриченко М.И. Экспертиза качества и обнаружение фальсификации продовольственных товаров. - СПб: издательский дом «Питер», 2023 г. - 106 с.
5. Николаева М.А. Идентификация и фальсификация пищевых продуктов. Товарный справочник. - М.: Экономика, 2017 г. - 85 с.

СОДЕРЖАНИЕ НИТРАТОВ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ

Кистаубаев Тимур Еркенович

*Руководитель: Нурмагонбетова Сауле Сенсембаевна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

Здоровье – является неотъемлемой частью человеческой жизни. От состояния здоровья зависит качество нашей жизни, продолжительность жизни, физическая активность. В настоящее время проблема питания достаточно актуальна. Через продукты питания человек получает энергию, питательные вещества, строительный материал для роста и развития организма. Правильное и полноценное питание определяет здоровье человека, способствует продлению жизни людей. Следовательно, перед государством стоит основная и наиболее важная задача- это обеспечение безопасности продуктов питания. Питание должно быть

полноценным, сбалансированным, и самое главное, безопасным[4]. В рацион питания человека должны входить продукты, содержащие белки, жиры, углеводы, витамины. Именно на реализацию такого подхода направлена Государственная программа по развитию и регулированию рынков сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия на 2013–2020 гг., разработанная в соответствии с Федеральным законом № 264 - ФЗ от 29.12.06 г. «О развитии сельского хозяйства» и Доктриной продовольственной безопасности РФ, утвержденной Указом Президента РФ от 30.01.2010 г. № 120.

В последние десятилетия при контроле за безопасностью пищевых продуктов проводится большое количество лабораторных исследований по показателям, нормируемым в санитарно-эпидемиологических правилах и нормативах. Степанова Н.В. в соответствии с Доктриной продовольственной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента РФ № 120 от 30.01.2010 г., одной из основных задач является обеспечение безопасности пищевых продуктов на всех стадиях их производства: хранения, транспортировки, переработки и реализации [1].

Цель работы: Определить содержание нитратов в пищевых продуктах.

Задачи:

- 1) изучить литературу по теме исследования;
- 2) изучить влияние на организм человека;
- 3) провести опыты по выявлению содержания нитратов в овощах и фруктах;
- 4) проанализировать и сравнить результаты, полученные в ходе исследований;

Методы исследования: эксперимент; наблюдение; анализ.

Объект исследования – овощи и фрукты.

Предмет исследования – содержание нитратов в овощах и фруктах.

С 2001 года в Омском регионе был организован межведомственный мониторинг качества и безопасности пищевых продуктов и здоровья населения. В рамках этой мониторинговой системы в региональный фонд СГМ поступают данные ведомств - участников мониторинга: Главного Управления ветеринарии Омской области, Центра агрохимической службы «Омский» и Омского референтного центра Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору, лабораторий Центра гигиены и эпидемиологии в Омской области. Опасность для здоровья человека представляют соли тяжелых металлов, нитриты, нитраты, пищевые добавки – красители, стабилизаторы, эмульгаторы, консерванты.

Охрана внутренней среды человека от попадания различных токсических веществ вместе с продуктами питания является одной из задач гигиены питания. Актуальность работы связана с проблемой содержания нитратов в продуктах питания, так как избыточное количество нитратов приводит к негативным последствиям. На первом уровне стоит проблема, связанная с резко возросшей нагрузкой нитратов на организм человека. В последнее время идет программа оздоровления населения и мер профилактики болезней [5]. Различные виды овощей и фруктов по-разному накапливают нитраты. Количество нитратов в овощах зависит от биологических особенностей растений. В умеренных дозах нитраты абсолютно безвредны, у здоровых людей они быстро всасываются и быстро выводятся из организма. Однако при длительном поступлении нитратов в организм человека может отрицательно сказаться на состоянии здоровья [1,6].

В небольшом количестве нитраты находятся в окружающей среде, обуславливая круговорот азота в природе. В последнее время овощеводческая продукция сильно загрязнена нитратами. Применение азотных удобрений приводит к тому, что часть азота идет на рост растения, а избыток его скапливается в самом растении в больших количествах [2].

Систематическое поступление в организм нитратов, чревато неблагоприятными сдвигами в организме, возрастанием риска онкологических заболеваний.

Растения обладают способностью поглощать из почвы гораздо больше соединений азота, чем им необходимо для развития. Вследствие этого часть нитратов синтезируется в растительные белки, а остальная часть нитратов попадает в организм человека в чистом виде через корни, плоды и листья овощей. На основе литературного обзора, можно сделать вывод,

что нитраты и нитриты оказывают негативное действие на организм человека. Они угнетают иммунную систему и изменяют обменные процессы в организме [3, 6].

Признаки отравления организма нитратами: - учащенное сердцебиение, потеря сознания, одышка; - увеличение печени, желтизна белков глаз; - сонливость, повышенная усталость, головные боли; - боли в животе, рвота, тошнота, понос [5,7].

Для взрослого человека предельно допустимая норма нитратов 5мг на 1кг массы тела человека, т.е. 0,25г на человека весом в 60кг. Для ребёнка допустимая норма - не более 50мг.

Исследования, проведенные в России, Германии установили, что нитраты и нитриты негативно влияют на сердечно-сосудистую, образуют у человека метгемоглобинемию, рак, оказывают влияние на нервную, дыхательную системы. Метгемоглобинемию – это гипоксия, вызванная переходом гемоглобина в метгемоглобин, который в свою очередь не способен транспортировать кислород. Метгемоглобин в крови не способен переносить кислород, следовательно наступает кислородное голодание клеток, в следствии чего, в организме накапливается молочная кислота, холестерин, снижается количество белка. Нитраты оказывают благоприятную среду для развития вредной микрофлоры кишечника, что приводит к попаданию в организм человека ядовитых веществ. При длительном воздействии нитратов происходит увеличение размеров щитовидной железы, вследствие снижения йода. Благодаря различным исследованиям выявлено, что нитраты способствуют образованию раковых опухолей в желудочно-кишечном тракте человека [1].

Для овощей и фруктов установлены определенные значения предельно допустимых концентраций нитратов (ПДК). ПДК - количество вредного вещества в окружающей среде, которое не оказывает отрицательного воздействия на здоровье человека или его потомство при постоянном или временном контакте с ним [3,4].

Результаты практического исследования

Определение нитратов в овощах и фруктах

Для исследования были взяты овощи: листья салата, помидор, картофель, огурец и репчатый лук, из фруктов- яблоки.

В качестве реагента для определения нитрат-ионов используем 1% раствор дифениламина в концентрированной серной кислоте, который по каплям добавляем к пробам сока исследуемых овощей и фруктов. В лабораторных чашках с помощью ступки размяли подготовленные нарезанные плоды и корнеплоды до появления сока. В пробирку с 1мл сока, приливали 1% раствор дифениламина в концентрированной серной кислоте (рис. 1-4).



Рисунок 1

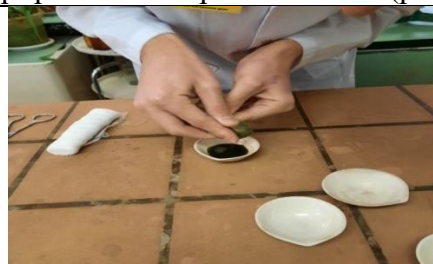


Рисунок 2



Рисунок 3



Рисунок 4

В результате исследования было установлено, что концентрация нитратов в листьях салата высокое, в огурце среднее количество нитратов, в картофеле концентрация нитратов не обнаружена, также как в помидоре, репчатом луке и яблоке.

Название продукта	Изменение окраски	Содержание нитратов
Листья салата	синее	высокое
Помидор	нет изменений	не превышает норму
Репчатый лук	нет изменений	не превышает норму
Огурец	голубой	среднее
Картофель	нет изменений	не превышает норму
Яблоко	нет изменений	не превышает норму

По данным исследования лидером на содержание нитратов оказались листья салата. Но, конечно же, исследуя несколько образцов, мы не можем дать объективной оценки, для официального заключения. Анализ литературных данных показывает, что количество нитратов снижается при технологической обработке (при вымачивании, отваривании, консервировании)

В заключении, хотелось бы сказать, что и для человека, и для растений азот является одним из незаменимых элементов. Избыточное количества может привести к гибели растения, а для человека к тяжелым заболеваниям. Без использования удобрений, содержащих нитраты, тоже не обойтись, т.к. они являются основным источником азота в питании растений. Если соблюдать нормы дозирования удобрений и учитывать факторы окружающей среды, можно получить безопасную продукцию, которая не принесет вред здоровью человека и окружающей среде.

В результате проведенного исследования мы выяснили, что представляют собой нитраты и как получается так, что их нормы превышены. Мы выяснили, в каких продуктах содержатся нитраты, где места их локации и каковы их предельные значения, при которых продукты не становятся опасными для здоровья. Мы узнали, каким образом превышенное содержание в продуктах нитратов может повлиять на организм человека. Таким образом, полученные результаты позволяют формировать приоритеты в выборе продуктов питания и технологических приемов их обработки с целью уменьшения риска поступления в организм повышенного количества нитратов.

Список использованных источников:

1. Артёменко, К.И., Иванова, Е.П. Определение содержания нитратов в овощах и плодах экспресс-методом // Студенческая наука XXI века. 2017. № 1 (12). — С. 12-15
2. Дорофеева, Т. И. Эти двуликие нитраты. — М., 2002. — 45 с
3. Дубинина, Ю.А., Ремизов, Г.М. Сравнительная оценка загрязнения пищевых продуктов нитратами // Амурский научный вестник. 2016. № 1. С. 70-77.
4. Инглик, Т.Н., Пак, Д.М. Гигиеническая характеристика продуктов питания по содержанию нитратов // Экология и безопасность жизнедеятельности. 2014. № 1. С. 9-17.
5. Очерет, Н. П. Содержание нитратов в пищевых продуктах и их влияние на здоровье человека / Н. П. Очерет, Ф. В. Тугуз // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 4 : Естественно-математические и технические науки. – 2018. – № 2 (221). – С. 86–92
6. Ромазова, Н.В., Коношина, С.Н. Роль нитратов в формировании здоровья человека // Сетевой научный вестник ОрелГАУ.2015. № 1(4). С. 62-65
7. Юркова, А.А. Содержание нитратов в овощах // ModernScience 2021. № 6-2. С. 18-21.

ГАЗИРОВАННЫЕ НАПИТКИ: ВРЕД ИЛИ ПОЛЬЗА

*Люх Анастасия Николаевна
Руководитель: Нурмагонбетова Сауле Сенсембаевна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

В последнее время большое внимание уделяется пропаганде здорового образа жизни. Многие авторы, например, Р.А. Березовская, О.С. Васильева, С.И. Жданов, И.С. Краснов, Т.А. Некрасова, С.Ю. Старовойтова и др. считают, что у современной молодежи отношение к здоровому образу жизни больше «теоретический характер», чем «прикладной», т.е. они знают о пользе здорового образа жизни, но далеко не всегда следуют ему [1].

Современная система образования призвана обеспечить не только качественный образовательный процесс, но и должна помочь воспитать здоровое поколение патриотов. Необходимо воспитать не только образованное поколение, но и поколение, которое желает вести здоровый образ жизни. М.В. Ломоносов призывал вести здоровый образ жизни. Особенно уделял внимание и изучал вредные обычаи и предрассудки, питание и жизнь крепостных крестьян [5].

В работах С.И. Горчак (Горчак 1991), О.С. Васильевой (Васильева 2001), Л.А. Дартау (Дартау 1999) и многих других авторов, обсуждается понятие здорового образа жизни. В качестве наиболее часто упоминаемых в специальной литературе компонентов здорового образа жизни определяются: 1) достаточный сон; 2) регулярное, сбалансированное питание; 3) отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя; 4) физическая активность; 5) сохранение постоянного оптимального веса [1,4].

В сознании общества распространено деформированное представление о здоровом образе жизни – его стараются вести тогда, когда «появились заболевания». Наиболее «не ведущая здоровый образ жизни» категория граждан - это подростки. Люди, ведущие здоровый образ жизни, в значительно большей степени придерживаются его фундаментальных основ: элементарная физическая нагрузка, профилактика заболеваний, здоровое питание и др [1].

Именно здоровое питание играет ключевую фразу. Рациональное питание— это физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда, климатических условий обитания. Оно способствует сохранению здоровья, сопротивляемости вредным факторам окружающей среды, высокой физической и умственной работоспособности, особенно, среди молодежи. С правильно организованным режимом дня и отдыха не страшны ни погодные «катаклизмы», ни болезни, ни вирусы. Любой живой организм не может существовать без воды.

Вода - часть тканей человеческого тела. Кровь содержит приблизительно 80 % воды. Известно, что человек может существовать долгое время без пищи (месяц и больше), но в отсутствие воды погибает через несколько дней. Было установлено, что в целом количество воды, полученной человеком с едой и питьем, является в среднем равными 2-2,5 литра. Однако многие вместо того, чтобы употреблять воду в чистом виде, пьют ее в форме газированных напитков. На прилавках магазинов сейчас огромный выбор сладкой газированной воды, который так и манит. Однако из чего она состоит и как влияет на организм человека, мы не знаем. Поэтому это тема на сегодняшний день очень актуальна. Некоторые предпочитают чай, кто-то сок, кто-то кофе или просто воду. А вот в нашем колледже оказалось очень много любителей газированной воды [2].

В настоящее время так часто говорят о здоровом образе жизни, о правильном питании, введение в рацион здоровых напитков и натуральных продуктов и потребление их в свежем виде, так как в них содержится много минеральных веществ, микроэлементов, витаминов, необходимых для роста молодого организма.

Цель: изучить химический состав газированных напитков, их влияние на организм человека.

Задачи:

- 1) изучить литературу и интернет-источники по теме исследования;
- 2) изучить состав газированных напитков;
- 3) провести социологический опрос среди студентов колледжа;

Газированную воду в 1767 г. изобрел английский химик Джозеф Пристли. Он проводил различные эксперименты с газом, который выделяется при брожении в чанах пивоваренного завода. Первыми марками газировки, выпущенной в Америке, стали: Кока-кола, фанта, спрайт, пепси-кола. В СССР (России) первыми стали: байкал, буратино, тархун [2].

Проведя анализ некоторых образцов газированных напитков по этикетке мы выяснили, что в состав напитков входят: углекислый газ, лимонная и ортофосфорная кислоты, искусственные вкусовые добавки, ароматизаторы, красители, которые могут являться причиной серьезных заболеваний. В этом составе заключена суть идеи «газировки»: вещества, входящие в её состав, возбуждают наши вкусовые рецепторы [2,4]. Самое страшное, что увеличивается риск развития онкозаболеваний.

Углекислый газ, сам по себе не вреден для организма, его применяют для сохранности продукта. Однако же присутствие углекислого газа в воде возбуждает желудочную секрецию, увеличивает кислотность желудочного сока [4].

Кофеин, вызывает дополнительное возбуждение нервной системы (причем, углекислый газ усиливает его действие). Детям он противопоказан до 12 лет. В результате – истощение организма, плохой сон, переутомление психики.

Ароматизаторы являются химическими соединениями. Если в газированном напитке присутствует аскорбиновая кислота, то смесь превращается в бомбу замедленного действия, так как при химической реакции получается токсичный бензол. Чаще всего в сладких газированных напитках используют краситель “Желтый S”-E-110. Он способен вызывать аллергические реакции от крапивницы и ринита до бронхиальной астмы [2,4].

Кислоты, содержащиеся в газировке, например, лимонная кислота (E330), яблочная (E296), ортофосфорная (E338) при непосредственном контакте с эмалью зубов разрушают их. В результате, кости становятся хрупкими и ломкими. Отсюда и хрупкость костей, и болезни почек. В газировке содержится очень большое количество сахара, иногда оно доходит до пяти ложек на стакан. Негативно влияет на поджелудочную железу и приводит к избытку сахара в организме. Это может вызвать: ожирение у детей и взрослых, сахарный диабет [4].

Для выяснения отношения к употреблению газированных напитков был проведен опрос среди студентов нашего колледжа (50 человек). 90 % опрошенных студентов употребляют газированные напитки вместо чая, кофе во время перекусов. Среди студентов нашего колледжа более 52% обучающихся употребляют газированные напитки ежедневно. 92% студентов, принимавших участие в опросе знают о вредном чрезмерном употреблении газированных напитков 8 % человек вообще не употребляют газированные напитки. 88% ребят в вопросе выбора между газированной водой и просто водой, выбрали, к сожалению, газированную воду. Из 50 опрошенных человек, более 60% не знают и не интересуются составом таких напитков.

В заключении хотелось бы отметить, что газированная вода приносит только вред для организма, а пользы от неё практически никакой нет. Проведенный анализ показал, что работа очень актуальна и представляет интерес для родителей и подростков, которые заботятся о своем здоровье. Все химические добавки, внесенные в напиток для улучшения вкуса, запаха, цвета, а также консерванты, внесенные для увеличения срока годности продуктов, потенциально очень сильно влияют на здоровье человека.

Список использованных источников:

1. Безруких, М.М. *Здоровьесберегающая школа*/ М. М. Безруких. - М. : МПСИ, 2004. - 240 с.
2. *Газированные напитки: вред или польза?* Кузнецов Р.В., Лисицин В.Н. *Наука и образование*. 2019. Т.2. №2. С.333 .

3. Николаев, П.П., Белова Ю.В. Мотивация студентов к здоровому образу жизни // Актуальные направления фундаментальных и прикладных исследований: материалы II Международной научно-практ. конференции, 10-11 окт. 2013, Москва. – С. 60-63.
4. Сарафанова, Л.А. «Применение пищевых добавок в индустрии напитков.» Издательство: Профессия, год 2007, стр 240
5. Суркова, Д.Р., Шиховцова, Л.Г., Николаев, П.П. Факторы и приоритетные направления формирования здорового образа жизни студентов / OlymPlus. Гуманитарная версия. – 2015. – С. 145-147

НАПИТОК МОЛОДЕЖИ

Путимцева Арианна Геннадьевна
Руководитель: Нурмагонбетова Сауле Сенсембаевна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск

В настоящее время огромную популярность среди молодежи приобретают энергетические напитки. Привлекают эти напитки тем, что при их употреблении наступает «прилив энергии». Последние семь-восемь лет на потребительском рынке России наблюдается заметный рост объема продаж и расширение ассортимента безалкогольных напитков, содержащих специальные тонизирующие компоненты, — так называемых энергетических напитков. Энергетиками обычно называют безалкогольные и слабоалкогольные газированные напитки, которые содержат различные тонизирующие биологически активные вещества, такие как, кофеин, алкалоиды, экстракты гуараны, женьшеня, мате, какао, аминокислоту таурин, теобромин и теофиллин, кроме того витамины и углеводы. Они вызывают возбуждение нервной системы и временный прилив сил [5].

Цель: выяснить влияние энергетических напитков на организм человека.

Задачи:

- 1) изучить литературу и интернет-источники по теме исследования;
- 2) изучить состав энергетических напитков;
- 3) изучить влияние энергетических напитков на организм человека;
- 4) провести анкетирование среди студентов колледжа.

Объект исследования: энергетические напитки „Adrenaline RUSH“, „DRIVE“, „BURN (без сахара)“

Предмет исследования: влияние энергетических напитков на организм человека.

Метод исследования: анкетирование, эксперимент.

Гипотеза: с помощью химического эксперимента можно исследовать воздействие на организм человека.

В молодежной среде по разным причинам увеличивается употребление энергетических напитков. Объем предложения энергетических напитков в России с каждым годом становится все больше. В процентном отношении предложение энергетических напитков на российском рынке с каждым годом увеличивается на 14,9–30,0% [1]. С древнейших времён люди пользовались природными стимуляторами. Исторически на Ближнем Востоке это был кофе; в Юго-Восточной Азии и Китае - чай; в Индии пили и чай, и кофе; в Южной Америке - мате, в Африке - орехи кола. На Дальнем Востоке, в Сибири и Монголии и по сей день популярны такие стимулирующие растения, как лимонник китайский, элеутерококк, женьшень, аралия[6]. Те природные ингредиенты, которые в древности использовались для создания бодрящих настоев, используются и в современном производстве. Однако возникновение энергетических напитков в разных странах датируется разными периодами. Так, для Германии «веком первых энергетиков» стало двенадцатое столетие, а первооткрывателем здесь

считается аббатиса Хильдегарда фон Бинген. Конечно, по вкусу и своим бодрящим способностям напитки тех лет нельзя сравнивать с современными [3].

В Европе первооткрывателем стал австрийский предприниматель Дитрих Матешец, который в 1982 году во время своей командировки в Гонконге впервые испробовал один из уже широко производимых там тонизирующих напитков. Напиток австрийца получил название Red Bull и завоевал огромную популярность среди европейцев, что вскоре вызвало появление десятков напитков с аналогичными свойствами [1,6].

В России рынок энергетических напитков стал формироваться в конце 1990-х. В России основными потребителями энергетиков являются подростки и молодые люди в возрасте от 12 до 24 лет, преимущественно мужчины [5]. В последнее время к группе употребляющих энергетики примкнули студенты, спортсмены, водители, менеджеры торговых компаний и др. [1,2]. Молодёжь часто употребляет энергетические напитки на дискотеках и вечеринках, для того чтобы испытать чувство эмоционального подъема. В настоящее время в мире функционирует множество фирм, которые производят десятки наименований энергетических напитков, но основной состав их в принципе один и тот же. Тем не менее каждый производитель старается выделить свою продукцию из общей массы, придавая ей особые вкусовые качества за счёт добавления дополнительных компонентов (сырочка, молоко, соя и др.) [3]. Все производители энерготоников утверждают, что их продукт содержит натуральные ингредиенты и потому безвреден для здоровья. Вместе с тем, время от времени в СМИ появляются сообщения о гибели молодых людей предположительно после употребления энергетиков с высокой концентрацией кофеина, а также после смешивания их с алкоголем.

Состав энергетиков: Кофеин – вещество, стимулирующее нервную систему. Повышает артериальное давление, ускоряет ЧСС, за счёт выброса дофамина улучшает общее настроение и самочувствие [1]. Мате – парагвайский чай, несмотря на свои антиоксидантные свойства, из-за содержания высоких доз кофеина также мощно влияет на ЦНС, стимулируя её работу. Таурин – серосодержащая аминокислота, входящая в состав энергетических напитков и обладающая рядом положительных фактов, в энергетиках используется для кардиотропного воздействия (учащение сердцебиения, увеличение выработки норадреналина). Витамины группы В – входят в состав энергетиков для ускорения превращения простого сахара (который тоже входит в состав напитка) в энергию. Гуаранин – растительное вещество, добываемое из листьев гуараны, содержащее большое количество кофеина. Женьшень в такие напитки добавляют благодаря его антистрессовым и антидепрессивным свойствам. CO₂ – диоксид углерода, бесцветный газ, добавляется в напитки для более быстрой усвояемости [3]. Окислители, красители, подсластители, ароматизаторы – вещества, которые придают напитку цвет, вкус, аромат, но могут спровоцировать сильную аллергию.

На текущий момент медицинское сообщество во всем мире обеспокоено негативными последствиями, связанными с чрезмерным употреблением энергетических напитков, которые регистрируются все чаще. Проблема употребления энергетических напитков важна в связи с возможным отрицательным влиянием данного продукта на различные органы, системы органов и организм в целом [2–5]. По данным ряда исследователей кофеин, содержащийся в энергетиках, может вызывать лекарственную зависимость (абстинентный синдром) при длительном употреблении, оказывать психостимулирующее воздействие. Побочные эффекты от употребления энергетиков чаще всего наблюдаются со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем, и в основном они связаны с наличием в их составе кофеина [2]. После употребления энергетических напитков повышается риск развития ишемической болезни сердца на 7%, риск развития инсульта — на 10% [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от заболеваний сердечнососудистой системы ежегодно умирают 17,3 млн. человек, что составляет 30% от всех летальных случаев [6].

Количественное содержание кофеина в банке энергетического напитка в два раза превышает норму суточного потребления. С учетом того, что многие люди выпивают несколько банок тонизирующих напитков в день, такое злоупотребление ими способно

привести к пагубному воздействию на здоровье, особенно детей, беременных и кормящих женщин, людей, страдающих приобретенными болезнями нервной, сердечно-сосудистой систем и др. [5]. У лиц, злоупотребивших энерготониками, очень часто отмечаются обострения психических заболеваний. В энергетиках слишком высоко также содержание сахаров и кислот, из-за чего частое употребление их нарушает кислотно-щелочной баланс во рту, разрушает эмаль зубов, способствуя развитию кариеса, нарушается функция желудочнокишечного тракта. Углеводы, содержащиеся в газированном напитке, всасываются моментально, вызывая выброс инсулина, вследствие чего повышается риск развития сахарного диабета [3]. В процессе выведения энергетических напитков и его компонентов активно участвуют как печень, так и почки, соответственно длительное токсическое воздействие энергетиков на эти органы приводит к нарушению их функции вплоть до развития почечной и печеночной недостаточности [4].

Результаты практического исследования

При помощи Google-Формы мы опросили 65 студентов колледжа ФГБОУ ВО «Омского государственного медицинского университета» в возрасте от 16 до 18 лет относительно влияния энергетических напитков на их работоспособность и здоровье, а также отношение к употреблению энергетических напитков. Анкета включала три тематических блока: знания обучающихся об энергетических напитках; употребление энергетических напитков студентами-медиками (частота, причины); влияние энергетических напитков на состояние и здоровье студентов. Обучающимся было предложено ответить на вопросы, что такое энергетический напиток, о каких торговых марках студенты имеют представление. В ходе оценки результатов применялись методы статистического анализа. Были выбраны три торговых марки энергетических напитков и был проанализирован и описан их состав. Среди 65 добровольцев входили 82,8% — девушки и 17,2% — юноши. В исследовании приняли участие обучающиеся отделения "Сестринское дело" (53,3%), "Лабораторная диагностика" (19,4%), и отделения "Фармация" (27,3%). Как показала дальнейшая статистическая обработка, на вопрос знают ли о существовании данного продукта ответило 100% обучающихся.

В результате проведенной работы оказалось, что 62,1% студентов-медиков употребляют энергетические напитки, главным образом для восполнения недостатка собственных энергетических сил организма и повышения работоспособности. Образ жизни студента предполагает усвоение большого объема информации в достаточно короткие временные сроки, частые эмоциональные перегрузки, высокие энергетические затраты, а также неправильный режим дня. Возможно, именно с этим связана тенденция к увеличению потребления различных энергетических напитков среди обучающихся. Оставшиеся 37,9% опрошенных не употребляют энергетики. Наиболее популярными среди молодежи колледжа оказались «Adrenaline Rush», Burn, Drive. 72,4% опрошенных студентов знают негативное влияние энергетических напитков на организм человека. Однако некоторые студенты 3,4% плохо осведомлены о воздействии энергетиков на организм, что может в дальнейшем привести к серьезным проблемам со здоровьем. 24,1% опрошенных слышали, что имеются и различные негативные побочные явления, так как ухудшение психического и физического состояния организма может негативно сказаться на процессе обучения.

В заключении хотелось бы сказать, что анализ литературных данных с большой долей убедительности свидетельствует о том, что чрезмерное употребление энергетических напитков может крайне неблагоприятно отражаться на здоровье человека и может приводить к развитию сердечно-сосудистой, центральной нервной систем, а также печени, почек и других органов [5]. Их воздействие на организм различно, и зачастую с целью повышения работоспособности вполне оправданно. Однако, по нашему мнению, изучение побочных эффектов энергетиков требует дальнейшего более детального изучения. При употреблении данных напитков человек получает мнимое благополучие и бодрость, на самом деле организм использует собственные резервы, которые со временем истощаются. Нехватку энергии может восполнить нормализация режима сна и отдыха и полноценное питание [6].

Список использованных источников:

1. Алимов, Н. В., Ильина, М.Н., Микуляк, Н. И. Влияние употребления большого количества энергетических напитков на параметры электрокардиограммы и кровяного давления. *Академическая публицистика*. 2021; 7: 213–219.
2. Ивлева, Н. В. Отравления энергетическими напитками // *Профессия: теория и практика*. 2015. №7. С.47-52..
3. Карепанова, И. И., Савчук, О. О., Четверикова, Д. А., Дрюцкая, С. М. Влияние энергетических напитков на организм. *Актуальные вопросы современной медицины: материалы 72-й итоговой научной конференции молодых ученых и студентов Дальневосточного государственного медицинского университета с международным участием, Хабаровск, 20–24 апреля 2015 года. Дальневосточный государственный медицинский университет. Хабаровск, 2015:С. 18–20.*
4. Ткаченко, А. В., Маковкина, Д. В. Влияние энергетических напитков на здоровье молодежи // *Здоровье и образование в XXI веке*. 2017. Т. 9(12). С. 274-276.
5. Трофимов, Н. С., Кутя, С. А., Кривенцов, М. А. и др. // *Влияние энергетических напитков на здоровье человека // Крымский журнал exper. и клинич. мед.* 2019. Т. 9 (3). С.75-82.
6. Шалыгин, Л. Д., Еганян, Р.А. *Энергетические напитки – реальная опасность для здоровья детей, подростков, молодежи и взрослого населения. Часть 1. Состав энергетических напитков и влияние на организм их отдельных компонентов // Профилактическая медицина*. 2016. № 1. С. 56-63.

ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Фафенрот Полина Александровна
Руководитель: Чернакова Оксана Петровна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск

В воде зародилась жизнь, вышла из неё, постепенно заселив сушу и воздух. Без воды немислима жизнь на планете Земля, немислима жизнедеятельность человека. Именно доступность и незаменимость воды обусловила её широкое применение в быту, промышленности и сельском хозяйстве, медицине - во всех сферах человеческой деятельности.

Актуальность темы: вода играет главную роль в жизни человека, поэтому важно знать, какую воду использовать для питья. В последнее время мы всё реже пьём водопроводную воду и всё чаще используем купленную в магазине. Заходя в любой супермаркет, бросается в глаза большой ассортимент минеральной воды. С водой человек получает до 25% суточной потребности химических веществ. Вода оказывает огромное влияние на здоровье человека. Воздействие водного фактора на здоровье населения постоянно подтверждается более чем столетней практикой водоснабжения. Проблема недостаточного качества питьевой воды, как и её объективно существующие причины и их последствия для здоровья, высоко актуальны для всех стран в мире.

Цель исследования: проанализировать состав газированной и негазированной минеральной воды, методом химического анализа, с целью выявления влияния минеральной воды на здоровье человека.

Задачи исследования: изучить теоретический материал по данной проблеме; подобрать, изучить и освоить методики исследования химического состава минеральной воды; проанализировать состав минеральной воды:

- а) выяснить роль химического состава минеральной воды;
- б) исследовать химический состав газированной и негазированной минеральной воды.

Гипотеза: минеральная вода оказывает положительное влияние на организм человека.

Объект исследования: газированная и негазированная минеральная вода.

Предмет исследования: химический состав минеральной воды

Методы исследования: теоретический (сбор и анализ информации по данной теме с использованием различных литературных источников); эмпирические (наблюдение, сравнение, эксперимент); **метод** химического анализа [1, с. 208].

В основе методики исследования качественного состава и свойств минеральной воды лежат качественные реакции неорганических соединений. В соответствии с этой задачей различают и качественный анализ (из каких элементов или групп элементов- ионов состоит данный объект и количественный анализ (в каких соотношениях эти элементы находятся). В качественном неорганическом анализе для открытия ионов используют различные химические реакции, которые сопровождаются каким-либо хорошо заметными для наблюдателя эффектами, например, появлением окрашивания при добавлении реагента к бесцветному испытуемому раствору или резким изменением цвета окрашенного раствора; выделением осадка или газа. Все химические реакции, используемые для определения состава неорганических соединений, часто подразделяют на анализ катионов (ионов металлов, входящих в состав вещества) и анализ анионов. [2, с. 768].

Для проведения экспериментальной части работы в магазине были приобретены бутылки с минеральной водой разных производителей (таблица 1):

Таблица 1

Перечень видов минеральной воды, используемой в эксперименте

Название минеральной воды	Производитель
Белокурихинская (газированная)	г. Алтай
Липецкий бювет (негазированная)	г. Липецк
Славяновская (газированная)	г. Ставрополь
Ессентуки №17 (газированная)	г. Ессентуки

В начале работы я изучила данные этикеток. В исследуемой минеральной воде были изучены следующие показатели: органолептические характеристики (интенсивность запаха и вкус), ионно-минеральный состав (HCO_3^- , Cl^- , Ca^{2+} , Mg^{2+}) и измерение pH среды. Исследования и оценка результатов проводилась в соответствии со стандартами ГОСТ сразу же после вскрытия бутылок с минеральной водой. [3, электронный ресурс, 4].

К органолептическим свойствам воды относятся вкус, цвет, запах. Свойства эти определяются органами обоняния и осязания. У каждого есть своё мнение при данном определении. Хлорид - анионы придают воде солёный вкус, сульфат – анионы – горький вкус, гидрокарбонат – анионы – безвкусные, они нейтрализуют кислоту, попадающую в водоём с атмосферными осадками или образующуюся в результате жизнедеятельности организмов. Этот эксперимент я провела, продегустировав воду. Результат прилагается (таблица 2).

Таблица 2

Результаты органолептических показателей воды

Название минеральной воды	Цвет	Вкус	Запах
Белокурихинская (образец 1)	Прозрачный	Солёная	Нет запаха
Липецкий бювет (образец 2)	Прозрачный	Солоновато-иодный	Нет запаха
Славяновская (образец 3)	Прозрачный	Кисловатый	Нет запаха

Эссенуки №17 (образец 4)	Прозрачный	Безвкусный	Нет запаха
--------------------------	------------	------------	------------

Вывод: каждая из исследуемых видов воды имеет прозрачный цвет и не имеет запаха, но каждая индивидуальна по вкусу.

Кислотность воды определили действие минеральной воды на универсальный индикатор и получили следующие результаты (таблица 3):

Таблица 3

Результаты определения pH воды

Название минеральной воды	Окраска	Среда
Белокурихинская	pH 7.0 (светло-зелёный)	нейтральная
Липецкий бювет	pH 6.0 (малозаметный зелёный)	слабокислая
Славяновская	pH 7.0 (светло-зелёный)	нейтральная
Эссенуки №17	pH 4.0 (темно-зелёный)	сильнокислая

Вывод: 2 вида исследуемой минеральной воды Белокурихинская и Славяновская имеют нейтральную среду, а Липецкий бювет и Эссенуки № 17 – кислую.

Определение наличия сульфат – ионов в воде. Качественный реактив-раствор хлорида бария. О концентрации его в воде можно судить по степени прозрачности полученной смеси (таблица 4):

Таблица 4

Результаты определения наличия сульфат – ионов в воде

Название минеральной воды	Молочный осадок сульфата бария
Белокурихинская	присутствует
Липецкий бювет	не присутствует
Славяновская	присутствует
Эссенуки №17	не присутствует

Вывод: 2 вида исследуемой минеральной воды Белокурихинская и Славяновская имеют в своем составе сульфат-ионы, а Липецкий бювет и Эссенуки № 17 нет.

Определение содержания ионов железа (II). К исследуемой воде прилила раствор гидроксида натрия. Если в результате реакции выпадет белый переходящий в зеленый осадок, то в воде содержатся ионы железа (II) (таблица 5).

Таблица 5

Результаты определения содержания ионов железа (II)

Название минеральной воды	Зелёный осадок
Белокурихинская	сильно выражен
Липецкий бювет	сильно выражен
Славяновская	не выражен
Эссенуки №17	сильно выражен

Вывод: 3 вида исследуемой минеральной воды Белокурихинская, Липецкий бювет и Эссенуки № 17 имеют в своем составе **ионы железа (II)**, а Славяновская нет.

Обнаружение хлорид – ионов. Качественные реактив - нитрата серебра. Если вода содержит хлорид - ионы, то появится осадок белого цвета (таблица 6).

Таблица 6

Результаты обнаружения хлорид ионов

Название минеральной воды	Желеобразный осадок белого цвета
Белокурихинская	присутствует
Липецкий бювет	не присутствует
Славяновская	присутствует
Эссенуки №17	не присутствует

Вывод: 2 вида исследуемой минеральной воды Белокурихинская и Славяновская имеют в своем составе хлорид ионы, а Липецкий бювет и Эссентуки № 17 нет.

Обнаружение ионов кальция. Реактив- карбоната натрия NaCO₃. Если вода содержит ионы кальция, то появится белый осадок (таблица 7).

Таблица 7

Результаты обнаружения ионов кальция

Название минеральной воды	Осадок белого цвета
Белокурихинская	хорошо выражен
Липецкий бювет	не выражен
Славяновская	не выражен
Эссентуки №17	не выражен

Вывод: 1 вид исследуемой минеральной воды Белокурихинская имеют в своем составе ионы кальция, а Липецкий бювет, Славяновская и Эссентуки № 17 нет.

Обнаружение ионов щелочных металлов.

В пламя спиртовки вносят медную проволоку с каплей исследуемой воды. Если пламя приобрело красное окрашивание, значит, в воде присутствуют ионы лития, если фиолетовое – ионы калия, жёлтое – ионы натрия (таблица 8).

Таблица 8

Результаты обнаружения ионов щелочных металлов

Название минеральной воды	Наличие ионов калия, натрия, кальция
Белокурихинская	Наличие ионов натрия
Липецкий бювет	Не обнаружено
Славяновская	Не обнаружено
Эссентуки №17	Не обнаружено

Вывод: 1 вид исследуемой минеральной воды Белокурихинская имеют в своем составе ионы щелочных металлов, а Липецкий бювет, Славяновская и Эссентуки № 17 нет.

Заключение

В ходе исследовательской работы, цель полностью достигнута. Методом химического анализа проанализирован состав газированной и негазированной минеральной воды. Выявлено влияние состава минеральной воды на здоровье человека.

Для достижения цели, было сделано следующее: изучен теоретический материал по данной проблеме; подобраны, изучены и освоены методики исследования химического состава минеральной воды; проанализирован состав минеральной воды.

Вывод: из предложенных видов минеральной воды порекомендовали бы обучающимся колледжа минеральную воду образца № 2 «Липецкий бювет», так как она полностью соответствует заявленному составу от производителя и является столовой водой, которую можно употреблять без показания врача.

Список использованных источников:

1. Алимарина И. П. Методы обнаружения и разделения элементов, М., Изд-во Москва, 1984, 208 с.
2. Алов, Н.В. Аналитическая химия и физико-химические методы анализа. В 2-х т.: Учебник / Н.В. Алов. - М.: ИЦ Академия, 2012. - 768 с.
3. Ануфриева М.В. Состав и качество воды – показатели, влияющие на здоровье человека [Электрон. ресурс]. – 2006 – www.tsosh1.narod.ru
4. ГОСТ Р 54316-2011 - Воды минеральные природные питьевые.

КОГДА ИМЕЕШЬ ДЕЛО С ВОДОЙ

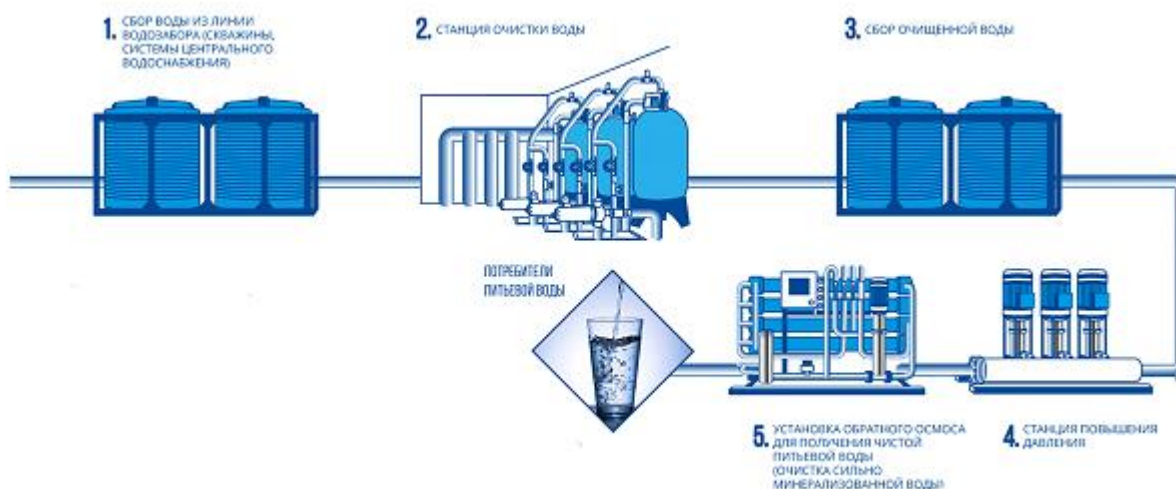
Блинков Николай Павлович

Руководитель: Горюшкина Елена Владимировна

ГБПОУ "Себряковский технологический техникум", г. Михайловка

Трудно представить себе дом, в котором нет водопроводного крана.

Водопровод — система непрерывного водоснабжения потребителей, предназначенная для проведения воды для питья и технических целей из одного места в другое - к водопользователю преимущественно по подземным трубам или каналам; в конечном пункте, часто очищенная от механических примесей в системе фильтров, вода собирается на некоторой высоте в так называемых водоподъемных башнях, откуда уже распределяется по городским водопроводным трубам.



Водопровод для дома общий и давление одинаковое. Но вода поднимается снизу вверх. То есть если на первом этаже кто-то открыл кран, часть давления (вместе с водой) уходит туда. А если вы живете на последнем этаже, и все жильцы нижних этажей открывают краны, до вас доберутся только капельки на последних паскалях давления. Поэтому вечерами, когда большинство людей приходят с работы/учебы и начинают мыться/стирать/готовить давление в кранах меньше.

Подержите грязные руки под водопроводной струёй. Станут ли они чище? Когда мы хотим смыть грязь, то трем руку об руку. А для чего? Чтобы стереть, соскоблить грязь. То же самое и с бельём. Мы не просто кладем бельё в воду, но еще его и стираем, то есть трем. При стирке без мыла грязь с ткани переходит в воду за счёт диффузии, которая облегчается движением воды и механическим перетиранием белья.

Мы забыли одну вещь, без которой никогда не моют руки, – это мыло.

Если бы мы не использовали мыло, то наши руки были бы как у трубочиста. Мыло – самый сильный враг грязи! Мыло помогает отрывать загрязнения, так как обладает хорошей смачиваемой способностью. Моющая жидкость легко проникает между грязью и отстирываемой поверхностью. Какое мыло лучше моет – то, которое не пенится, или то, которое даёт много пены? Значит, дело в пене. Что такое пена? Если мы её разглядим, то увидим, что она собой представляет.

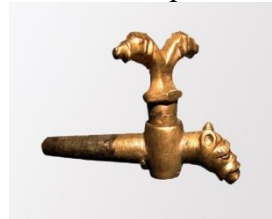
Пена состоит из маленьких воздушных пузырьков. При этом пузырьки обволакиваются пленкой мыла. Потом они всплывают к поверхности воды, т.к. воздух имеет меньший удельный вес, чем вода. Пена способствует механическому уносу загрязнений. Пузырьки же легко смываются водой.

Полотенце быстро впитывает воду. Почему? Между тончайшими волокнами ткани существует множество очень узких каналов — капилляров. Если молекулы волокон крепко

сцеплены с молекулами жидкости, поверхностное натяжение образует в капиллярах вогнутые мениски. Давление на искривленную внутрь поверхность жидкости оказывается меньшим, чем на плоскую. И жидкость в капиллярах поднимается вверх, пока разность давлений не уравнивается. А отсюда следует: чтобы полотенце постоянно работает как капиллярный насос.

Жизненно необходимую воду мы получаем из крана. **Кран** – бытовое название трубопроводного вентиля.

Первые краны появились очень давно - примерно две с половиной тысячи лет назад. Первый кран был придуман и произведен в Древней Греции. Его автором стал Герон, древнегреческий математик и механик. Кран был изготовлен из металла и представлял собой цилиндрическую трубу с отверстием по центру. В это отверстие вставлялся рычаг поршень, ручка которого выходила наружу. Внутри цилиндра имела резьба, чтобы продвижение



поршня осуществлялось при закручивании, а не под давлением воды.

Первый винтовой водопроводный кран придумал английский изобретатель Джозеф Брама в 1783 году. Первые краны на Руси были деревянными. Такие прамодели называли «поверток» или «верток».

Много воды утекло с тех пор, но теперь, поворачивая ручку крана, мы вспоминаем добрым словом изобретателей, сделавших нашу жизнь удобнее и комфортней.

Стоит понаблюдать за водой, текущей из крана. Можно заметить, что вверху струя соответствует диаметру трубы, а внизу становится заметно уже. Она плавно течет вниз, поскольку в данном случае молекулы притягиваются в «центр». Поверхностное натяжение образует своего рода «трубу», по которой струя перемещается вниз и не разлетается. Кроме того, вода находится в свободном падении. Это означает, что она движется с определенным ускорением – чем ниже, тем выше скорость. Вода течет непрерывно, поэтому в любой части этого потока в каждый момент времени проходит одинаковый объем жидкости. Но, учитывая, что внизу скорость потока намного выше, а объем воды поступает прежний, струя становится уже. Это происходит под действием силы притяжения. Струя как будто вытягивается в вертикальном направлении. Когда она сузится до пары миллиметров в толщину, под действием поверхностного натяжения начнут образовываться отдельные капли.

В нашей повседневной жизни мы сталкиваемся с проявлениями разнообразных физических законов. Они лежат в основе функционирования различных устройств, механизмов и машин. Со временем эти устройства совершенствуются. Речь пойдет о весьма прозаической конструкции, а именно о...сливном бачке, этом неременном атрибуте современных благоустроенных квартир.

Сейчас нас интересует физическая сторона этого механизма. Ясно, что сливной бачок функционирует циклически. Пусть в начальный момент времени бачок полностью наполнен водой. По мере необходимости открывается выпускной сливной клапан, расположенный в нижней части бачка. Это делается вручную, и вода из сливного бачка выливается. Затем сливной клапан под действием силы тяжести закрывает сливное отверстие. В это время в бачок из подведенной к нему трубы начинает поступать вода, чтобы вновь наполнить бачок водой. Но не более того. Как только бачок наполнится, дальнейшее поступление воды должно быть прекращено. Это делается автоматически с помощью несложного устройства. Устройство представляет собой Г-образный рычаг, закрепленный на горизонтальной оси и вращающийся в вертикальной плоскости. На одном конце рычага закреплен поплавок – пластмассовый шар диаметром 4–5 см, на другом конце – резиновый клапан. По мере поступления воды в бачок поплавок поднимается вверх и поворачивает рычаг. При этом резиновый клапан приближается к трубе. Когда вода достигает требуемого уровня, поплавок поднимается вверх на

максимальную высоту, и клапан полностью перекрывает поступление воды в бачок. Цикл завершен. Бачок снова можно использовать по назначению. В основе функционирования лежат основные физические законы - Паскаля и Архимеда.

Даже самая качественная сантехника спустя некоторое время выходит из строя. В результате поломки начинает просачиваться вода. Не стоит откладывать ремонт надолго. Ведь протечка увеличивает расход воды. Рассмотрим многоквартирный дом -70 квартир – это 1124,76 м³ воды утекает за год.

Таблица №1 Водоснабжение

Месяц	Объем за 1 мин, л	В день, м ³	В конце месяца, м ³	Стоимость 1 м ³ , руб.	Всего за месяц утекло, руб
Январь	0.03	0.0432	1.339	38.56	51.64
1- 6			8.034		309.83
Июль	0.03	0.0432	1.339	40.09	53.68
7-12			8.034		322.08
за год			16.068		631.91

Как бы то ни было, **протекает** не просто вода, это в канализацию «убегают» заработанные деньги! За год утекает денег 1510,82 руб. с одной квартиры, а со всего дома 105757,4 руб.

Таблица №2 Водоотведение

Месяц	Объем за 1 мин, л	В день, м ³	В конце месяца, м ³	Стоимость 1 м ³ , руб.	Всего за месяц утекло, руб
Январь	0.03	0.0432	1.339	52.66	70.51
1- 6			8.034		423,07
Июль	0.03	0.0432	1.339	56.74	75.97
7-12			8.034		455.85
за год			16.068		878.92

Поэтому, как только начинает кран капать, необходимо безотлагательно приступить к его починке. Берегите свой кран, следите за его эксплуатацией, и он прослужит вам долгие годы.

Список использованных источников:

1. Библейская энциклопедия, статья «Водопрвод» - slovari.yandex.ru/dict/biblic/article/bib/bib
2. Википедия. Свободная энциклопедия <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D0%B4%D0%B0>
3. Интернет-журнал об истории создания всего, что нас окружает. <https://xn----dtbjalal8asil4g8c.xn--p1ai/konstruktsii/istoriya-vodoprovoda.html>
4. INVANNA Статья, видео, канал, инттерес. <https://zen.yandex.ru/media/invanna/15-sposobov-ekonomit-vodu-5ebc85c179f890242d5d7298>
5. Новиков, Ю. Ф. Внимание: вода / Ю. Ф. Новиков. – М.: Молодая гвардия, 1983.
6. Фальковский, Н.И. История водоснабжения в России - Издательство коммунального хозяйства, 1987.

КОНСТАНТА ЖИЗНИ

*Каримова Руслана Рустамовна
Руководитель: Горюшкина Елена Владимировна
ГБПОУ "Себряковский технологический техникум", г. Михайловка*

Первое упоминание о воде в научных работах датируется IV веком до нашей эры и принадлежит древнегреческому философу Аристотелю. В своем труде «Учение о четырех стихиях» он описал воду как один из основных элементов, вместе с землей, огнем и воздухом. Аристотель считал воду источником холода и влаги. До XVIII века вода рассматривалась как отдельный химический элемент. В 1783 году французский ученый Антуан Лавуазье повторил эксперименты английского ученого Кавендиша и обнаружил, что вода может разлагаться на водород и кислород. Он пришел к выводу, что вода является окисью водорода. Лавуазье также определил количественный состав воды: 15 % водорода и 85 % кислорода [2]. Впоследствии многие ученые проводили количественный анализ воды. В 1808 году французский химик и физик Жозеф Луи Гей-Люссак получил результаты, которые считались образцовыми: 13,27 % водорода и 86,73 % кислорода. Однако только в 1821 году шведский химик Йенс Якоб Берцелиус и французский физик и химик Пьер Луи Дюлонг провели более точный анализ и обнаружили, что вода содержит 11,1 % водорода и 88,9 % кислорода, что соответствует современным значениям. Гей-Люссак изучал объемные отношения газов и показал, что один объем кислорода и два объема водорода при взаимодействии дают два объема водяного пара (при температуре выше 100° С). На основе этих результатов и с учетом закона Авогадро был сделан вывод, что две частицы водяного пара образуются из одной частицы кислорода и двух частиц водорода. Таким образом, была выведена формула воды — H_2O [1].

Для хорошего самочувствия нам подходит не любая вода. Есть шесть основных параметров качества воды: чистота, минерализация, кислотно-щелочной баланс, окислительно-восстановительный потенциал, поверхностное натяжение и структура.

Одним из наиболее важных для потребителей является показатель кислотно-щелочного равновесия воды.

Для того чтобы дать определение этому показателю, необходимо обратиться к понятию электролитической диссоциации. Под электролитической диссоциацией в химии принято понимать распад молекул исходных веществ в растворах. Так при воздействии на воду слабого электрического поля, часть ее молекул распадается на свободные водородные ионы (H^+) и гидроксильную группу (OH^-). При равном содержании водородных ионов и гидроксильных групп считается, что вода имеет нейтральную реакцию.

В нейтральной воде процессу распада подвержена одна молекула на каждые 10 миллионов, если выразить это математически, то получим 10^7 в степени 7. Эта степень и является показателем кислотно-щелочного равновесия (рН).

Понятие рН – от латинского «сила или вес водорода», ввел датский химик Сорен Петр Лауриц Соренсен в 1909 году. Это водородный показатель кислотности среды. Все водные растворы имеют определенную среду: нейтральную, кислую и щелочную. С помощью водородного показателя рН можно определить, какие растворы будут нейтральными, а какие – кислыми и щелочными.

В нашем организме очень важно поддерживать кислотно-щелочной баланс. От этого зависит здоровье и самочувствие человека. Один из признаков нарушения кислотно-щелочного баланса – регулярная сухость во рту. Если уровень кислотности в нашем организме повысится, то усилится рост патогенных бактерий. В щелочной среде они как правило, не выживают. Длительное употребление кислой жидкости приводит к изжогам и даже образованию злокачественных опухолей. А частое употребление щелочной жидкости нейтрализует кислоту в желудке, как следствие – недостаток кислоты приводит к тому, что пища переваривается хуже или совсем не переваривается. То есть у поклонника щелочных напитков еда портится прямо в желудке.

В целом негазированная минеральная вода (щелочной напиток) оказывает на организм положительный эффект. Ведь она богата многими микроэлементами, очень полезными для нашего здоровья. Однако врачи не рекомендуют полностью переходить на нее. Частое употребление щелочной жидкости может привести к защелачиванию организма. В итоге человек столкнется с серьезными проблемами со здоровьем. Нужно запомнить, что негазированная минеральная вода, должна употребляться человеком только по назначению врача. Именно правильный рН жидкости, поступающей в организм человека, обеспечивает нормальное протекание обменных процессов и предотвращает разрушение иммунитета.

Часто для определения щелочности воды используют титрование, но исследователи отмечают, что более точные результаты можно получить при помощи прибора рН-метра.

Принцип работы приборов для измерения рН основан на измерении электродвижущей силы элемента, состоящего из электрода сравнения с известной величиной потенциала и индикаторного электрода, потенциал которого обусловлен концентрацией ионов водорода в испытуемом растворе. Для измерения рН существуют приборы: рН-метр 340, ионо-метр ЭВ-74, иономер-130, портативные рН-метры, цифровые рН-метры и др. Все приборы для измерения рН состоят из двух основных элементов – измерительного прибора, шкала которого градуирована в единицах рН, с устройством для автоматической компенсации температуры и устройством для настройки и калибровки прибора по буферным растворам; а также штатива с укрепленными электродами. В современных портативных, цифровых рН-метрах вместо системы электродов используется один специальный ионоселективный электрод. Прибор включают в сеть и прогревают не менее 30 минут. Перед проведением испытаний осуществляют проверку прибора по стандартным буферным растворам с рН 3,57; 4,00; 5,00; 6,88; 9,22 при температуре 20°C по прилагаемым к приборам инструкциям. После проверки электроды тщательно промывают дистиллированной водой. Затем концы электродов погружают в предварительно подготовленный испытуемый раствор, и после того, как показания прибора примут установившееся значение, отсчитывают величину рН по шкале прибора. После каждого измерения электроды тщательно промывают дистиллированной водой [4].

Дистиллированная вода	Талый снег	Вода из-под крана	Питьевая вода из магазина
6,97	5,66	6,75	6,19



Определив кислотность представленных вод, можно косвенно сделать вывод о происхождении воды (очищенная или природная вода). По результатам определились воды с кислым рН составом, что характерно для очищенных вод методом обратного осмоса, умягченных и водопроводной воды. Также определились воды с щелочным рН, характерным для природной питьевой воды.

По данным японских исследователей питьевая вода с рН выше 7 увеличивает показатели продолжительности жизни населения на 20-30%. Кислая же среда в организме провоцирует множество болезней и способствует жизнедеятельности паразитов. Паразиты предпочитают кислую среду обитания, и именно в кислотной среде они проявляют себя наиболее патогенно. Кислую среду создают психические и физические перегрузки, мучные и сладкие блюда, мясная пища, и пища, прошедшая глубокую термическую и иную технологическую обработку, уменьшающую содержание в ней полезных веществ. Эти же

источники закисления наполняют организм свободными радикалами, которые перегружают иммунную систему. Употребляя щелочные воды, вы обеспечите себе: - идеальные условия для восстановления микрофлоры кишечника; - активное поступление кислорода в мозг; - укрепите иммунитет; - жизнь, полную здоровья и сил.

Проанализировав литературные источники по теме исследования и измерив уровень рН разных жидкостей в практической части исследования, (большинство напитков имеют слабокислотную или сильнокислотную среду и чтобы понизить уровень кислых веществ, организм будет постепенно разрушать сам себя, принося в жертву скелет, из костей будут вымываться важные соединения кальция и магния, нейтрализующие кислоты), мы пришли к выводу, что в питании должен быть баланс. И жидкость лучше употреблять с нейтральным показателем рН, т.е. питьевую воду. Пейте чистую воду и будьте здоровы! Вода для всех источник жизни, и без неё никак нам не прожить.

На наш взгляд данная тема имеет перспективы дальнейшего исследования. Так как на основании приобретённого опыта, мы можем исследовать различные марки напитков, моющих и косметических средств и составить каталог о величине их рН с выводом о влиянии данных продуктов на здоровье человека.

Величина рН имеет большое значение для биохимических процессов, для различных производственных процессов, при изучении свойств природных вод и возможности их применения и т. д.

Список использованных источников:

1. Аксенов, В. И., Ушакова, Л. И., Ничкова, И. И. Химия воды: Аналитическое обеспечение лабораторного практикума : учеб. пособие / В. И. Аксенов, Л. И. Ушакова, И. И. Ничкова ; [под общ. ред. В. И. Аксенова]; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. — Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2014. — 140 с.
2. Большая Российская Энциклопедия. Дата обращения: 24 июля 2023.
3. Гришина Я.К. рН – КАК УЗНАТЬ И ГДЕ ПРИМЕНЯТЬ // Старт в науке.–2018.– № 4-2.
4. А.Ю. Петров, В.А. Зырянов, Т.В. Олехова. рН-метрия. Учебно-методическое пособие по фармацевтической химии. – Екатеринбург. УГМА, 2011
5. <https://refeel.ru/blog/health/water#easy10>
6. https://school.holo-system.ru/water_parametri
7. <https://science-start.ru/ru/article/view?id=1053>

БУФЕРНЫЕ СИСТЕМЫ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Фидарова Светлана Эльбрусовна

Руководитель: Мамсурова Алла Батразовна

ГБПОУ "Северо-Осетинский медицинский колледж"

Министерства здравоохранения РСО-Алания, г. Владикавказ

Введение

Актуальность. Организм человека на 70-80% состоит из воды и имеет определенное кислотно-щелочное соотношение, характеризуемое водородным показателем рН. Кислотно-щелочное равновесие крови человека является одним из самых стабильных параметров, поддерживающих кислые и щелочные компоненты в определенном равновесии в очень узких границах. При сдвиге рН в кислотную сторону возникает состояние, называемое ацидозом, в щелочную-алкалозом. От уровня кислотности зависят все биохимические процессы в организме, а это значит, что любое отклонение значения рН от нормы приводит к серьезным патологиям.

Целью данного исследования является анализ аспектов состава, классификации и механизма действия буферных систем, а также их медикобиологического значения.

1. Понятие буферных систем организма

Определяя организм как физико-химическую систему, подразумеваем, что он функционирует в окружающей среде в стационарном состоянии, что требует определенного приспособления – анатомического, поведенческого, физиологического, направленного, в конечном итоге, на сохранение внутрисредового постоянства. Именно динамическое, но при этом относительное внутрисредовое постоянство (лимфы, крови, тканевой жидкости) основополагающих функций живого организма, включая человека, дефинируется как гомеостаз.

Гомеостаз осуществляется при реализации дыхательной и выделительной функций легких и почек, при этом в основе процесса находится сохранение кислотно-основного баланса. Нормальная клеточная жизнедеятельность возможна в пределах рН (6,9 – 7,8), соответственно, организмом постоянно осуществляется нейтрализация образовавшихся кислот, как раз в этом процессе и задействованы буферные системы, связывая излишние ионы водорода и контролируя их движение в организме. Буферные системы играют очень важную роль, т.к. в результате различных метаболических процессов в организме постоянно образуются различные кислоты, которые сразу же нейтрализуются буферными системами: гидрокарбонатной, фосфатной, белковой и гемоглобиновой [1].

Буферные системы широко распространены в природе: они находятся в водах мирового океана, почвенных водах и особенно в живых организмах, где выступают в качестве регуляторов, поддерживающих активную реакцию среды на определённых условиях, необходимых для нормального протекания жизненных процессов. Буферные системы обеспечивают состояние кислотно-основного равновесия, соответствующего норме – протолитический гомеостаз. Смещение протолитического равновесия в кислую область вызывает ацидоз, в щелочную – алкалоз. Постоянство рН биологических жидкостей, тканей и органов обусловлено наличием нескольких буферных систем, входящих в состав этих биообъектов. Буферные системы проявляют свои буферные свойства в некотором диапазоне значений рН (≈ 2 единицы) – называемом зона буферного действия.

В плазме крови наиболее значимы бикарбонатная и белковая буферные системы, слабые буферные кислоты которых находятся в равновесии в основном с натриевыми солями этих кислот. К буферной системе крови относится гемоглобиновая буферная система, локализованная в эритроцитах. В клеточном секторе преимущественное значение для поддержания интрацеллюлярного гомеостаза имеют фосфатная и белковая (в эритроцитах – гемоглобиновая) буферные системы, при этом буферные основания представлены в основном солями калия фосфорной кислоты и белков.

Буферная емкость крови обеспечивается динамичными буферными системами – бикарбонатной, белковой, гемоглобиновой, фосфатной. Емкость бикарбонатного буфера составляет 53%, гемоглобинового буфера - 35%, белкового буфера – 7%, фосфатного буфера - 5%. Бикарбонатная буферная система. Основным буфером крови является бикарбонатный, емкость которого составляет 53% всей буферной емкости крови, на бикарбонат плазмы приходится 35% и на бикарбонат эритроцитов - 18%. Бикарбонатная буферная система состоит из слабой кислоты (H_2CO_3) и соли сильного основания ($NaHCO_3$), в норме их соотношение в крови составляет: $H_2CO_3 / NaHCO_3 = 1/20$ [2].

Иногда вместо Na^+ в состав соли может входить любой одновалентный катион (например, K^+ , Li). Его можно обозначить символом В, тогда в общем виде бикарбонатная система будет представлена как $H_2CO_3 / BHCO_3 = 1/20$. Соль, входящая в состав буферной системы, обладает свойствами основания, то есть анион $[HCO_3^-]$, согласно теории Бренстеда, может быть акцептором водорода. Система бикарбонат–угольная кислота является закрытой [3].

Бикарбонатный буфер связан с другими буферными системами, его состояние зависит от функции выделительных органов, участвующих в поддержании КОС. Поэтому определение компонентов бикарбонатного буфера крови используется для оценки КОС. Бикарбонат является низкомолекулярным веществом. Он свободно фильтруется в клубочках.

За сутки в первичный ультрафильтрат поступает до 4000 – 4500 ммоль этого аниона. В канальцах 95% профильтрованного бикарбоната реабсорбируется. Причем это происходит следующим образом: 80% реабсорбируется в проксимальных канальцах, 16% - в толстом восходящем отделе петли Генле и дистальном извитом канальце, 4% - в собирательных трубочках. 5% бикарбоната экскретируется с мочой.

Емкость фосфатного буфера крови составляет 5%, при этом на долю органических фосфатов эритроцитов приходится 3%, неорганических фосфатов плазмы и эритроцитов - 2%. Фосфатная буферная система крови представлена одноосновным гидрофосфатом (NaH_2PO_4 ; слабая кислота) и двуосновным дигидрофосфатом (Na_2HPO_4 ; слабое основание) фосфатом натрия, соотношение между ними в норме равно $\frac{1}{4}$. В крови роль фосфатного буфера сводится в основном к поддержанию постоянства и воспроизводства бикарбонатного буфера. Ведущее значение принадлежит фосфатному буферу в почечной и тканевой регуляции кислотно-основного состояния [4].

Буферные системы подразделяются на два основных типа. 1. Слабая кислота и её анион, т.е. комбинация слабой кислоты и её соли с катионом сильного основания. 2. Слабое основание и его катион. Например, аммонийная буферная система $\text{NH}_3/\text{NH}_4^+$ в растворе NH_3 и NH_4Cl . Особый “подкласс” буферных систем представляют буферные системы, образованные из ионов и молекул амфолитов – аминокислотные и белковые буферные системы.

2. Виды буферных систем

Гемоглибиновая буферная система также является белковой системой, которая функционирует в эритроцитах. Она состоит из гемоглобина Hb , являющегося по химическим свойствам слабой органической кислотой и калиевой соли гемоглобина KHb . На долю гемоглибинового буфера приходится 35% буферной емкости крови. Участие гемоглобина в регуляции pH крови обусловлено его ролью в транспорте кислорода и углекислого газа.

При насыщении кислородом гемоглобин становится по свойствам более сильной кислотой, а после диссоциации оксигемоглобина в тканях он вновь превращается в слабую органическую кислоту. Гемоглобин, как и другие белки, обладает амфотерными свойствами, благодаря наличию в его составе кислых (карбоксильная группа $-\text{COOH}$) и основных (аминогруппа NH_2^-) групп [5].

При взаимодействии гемоглобина с кислыми соединениями из его молекулы высвобождается калий. Это обеспечивает поддержание pH крови в пределах физиологически допустимых величин, несмотря на поступление в венозную кровь большого количества CO_2 и других кислых продуктов метаболизма. Hb в капиллярах малого круга кровообращения превращается в оксигемоглобин (HbO_2), что приводит к некоторому подкислению крови, вытеснению части H_2CO_3 из бикарбонатов и понижению щелочного резерва крови. Константа диссоциации гемоглобина ниже, чем pH крови, поэтому он диссоциирует как кислота.

Сильной кислотой является оксигемоглобин. Его диссоциация в капиллярах с отдачей кислорода сопровождается появлением гемоглобина в виде щелочно-реагирующих солей (в большей степени соли калия), способных связывать $[\text{H}^+]$, поступающие из клеток в кровь. Образуется свободный гемоглобин со свойствами очень слабой кислоты и калиевая соль кислоты. В эритроцитах энергетический обмен осуществляется гликолитическим путем, поэтому в них образование CO_2 невелико. Электрохимическая нейтральность поддерживается за счет перемещения в эритроциты Cl^- (хлоридный сдвиг) (рис.1).

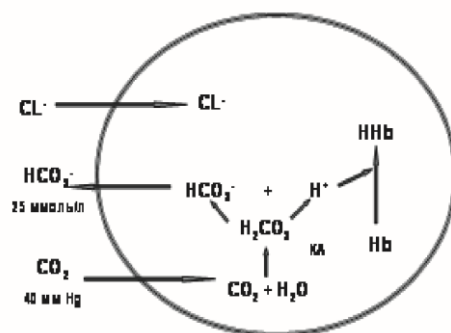


Рисунок 1. Образование бикарбоната в эритроцитах

В физиологических условиях повышение $p\text{CO}_2$ в венозной крови, оттекающей от тканей, стимулирует образование HCO_3^- – в эритроцитах. Напротив, снижение $p\text{CO}_2$ в артериальной крови угнетает образование HCO_3^- . При этом обеспечивается относительное постоянство артерио - венозной разницы $\text{HCO}_3^- / \text{CO}_2$ и, следовательно, величины pH.

При патологических процессах, сопровождающихся изменениями $p\text{CO}_2$, эти механизмы сохраняются. Повышение $p\text{CO}_2$ в эритроцитах способствует увеличению, а понижение $p\text{CO}_2$ в эритроцитах – уменьшению внеклеточного HCO_3^- . Гемоглобин, как и другие белки, обладает амфотерными свойствами. Редуцированный гемоглобин, образовавшийся в результате отдачи кислорода тканям, проявляет основные свойства, то есть является акцептором.

Внутриклеточные буферные системы. В клеточном секторе преимущественное значение имеют фосфатная и белковая буферные системы. В эритроцитах роль белкового буфера выполняет гемоглобин. Буферные основания представлены в основном калийными солями фосфорной кислоты и белков. К клеточным буферным системам также относятся карбонатные соли костной ткани и аммонийная система, проявляющая наибольшую активность в клетках мозга и эпителии почечных канальцев. Внутриклеточные буферы нейтрализуют до 60% образующихся в процессе биохимических процессов в тканях летучей угольной кислоты и ряда нелетучих кислот. Серная кислота образуется при расщеплении метионина и цистина, мочева кислота – при распаде нуклеопротеинов. Неполное окисление жиров и углеводов сопровождается образованием свободных жирных кислот различной молекулярной массы. При расщеплении фосфорорганических соединений высвобождаются неорганические фосфаты.

Таким образом, механизм регуляции кислотно-основного равновесия крови в целостном организме заключается в совместном действии внешнего дыхания, кровообращения, выделения и буферных систем.

Заключение

В заключение следует отметить, что в организме человека вследствие процессов дыхания и пищеварения происходит постоянное образование двух противоположностей: кислот и оснований, причем преимущественно слабых, что обеспечивает равновесный характер протолитическим процессам, протекающим в организме. В то же время из организма постоянно выводятся кислотно-основные продукты, в основном через легкие и почки. За счет сбалансированности процессов поступления и выведения кислот и оснований, а также за счет равновесного характера протолитических процессов, определяющих взаимодействие этих двух противоположностей, в организме поддерживается состояние протолитического (кислотно-основного) гомеостаза.

Список использованных источников:

1. Литвицкий П.Ф. Нарушения кислотно-основного состояний. // Вопросы современной педиатрии. - 2011. - Т.10. - № 1. - С.83-92.
2. Общая химия. Биофизическая химия. Химия биогенных элементов: Учебник для медицинских вузов // Ю.А.Ершов, В.А.Попков, А.С.Берлянд и др. Под ред. Ю.А.Ершова, 8 изд. – М.: Высшая школа, 2010. – 560 с.

3. Хейтц У., Горн М. Водно-электролитный и кислотно-основной баланс: краткое руководство. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. – 359 с.
4. Малышев В.Д. Кислотно-основное состояние и водно-электролитный баланс в интенсивной терапии: Учебное пособие. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 228 с.
5. Шидловский А.С. Кислотно-основное состояние при физических нагрузках различной интенсивности в спорте и клинической медицине / А.С. Шидловский, М.С. Акулов: Учебнометодическое пособие. – Изд-во: Нижегородская государственная медицинская академия, 2011. – 51 с.

ЧЕМ МОЖНО ЗАМЕНИТЬ МЫЛО?

Газизова Снежана Ураловна

Сабитова Сабина Рустамовна

Руководители: Усманова Ольга Константиновна

Абульханова Равия Равильевна

ГАПОУ Республики Башкортостан

"Стерлитамакский медицинский колледж", г. Стерлитамак

Актуальность исследования. Можно ли представить себе жизнь современного человека без мыла? Конечно, нет. Им пользуются по несколько раз в день, с его помощью моют руки, лицо, тело, волосы, используют для стирки. Однако не всегда мыло приносит пользу. Бывают такие ситуации, когда от его использования приходится отказаться. В проекте я расскажу, чем можно заменить мыло.

Цель исследования: изучить состав и свойства мыла, найти продукты, которыми можно заменить мыло.

Задачи исследования:

1. Изучить историю происхождения мыла, его состав.
2. Рассмотреть виды мыла, их свойства.
3. Получити и применить заменитель мыла в домашних условиях.

Самым распространенным мнением является то, что названия мыло (soap) произошло от горы Сапо в Риме. На этой горе происходили жертвенные приношения. Расплавленный животный жир и древесная зола, дождями смывалась вниз к реке. И по легенде, женщины, стирающие белье ниже по течению, заметили, что именно в этом месте белье отстирывается легче. И со временем стали использовать этот «дар богов» не только для стирки, но и для мытья тела. По другой версии историков, секрет мыла римляне получили от галлов. Галлы (племена, населявшие современную Францию) готовили из золы и сала мазь, которая избавляла их от кожных заболеваний, использовалась для мытья и окраски волос. После завоевания их римлянами, часть секрета этой чудодейственной мази перешла Римлянам[1].

Интересный факт. В России свои мыловары появились только в XV веке. Мыльным делом занимались целыми деревнями. Постепенно процесс мыловарения совершенствовался. При Петре I наладили промышленное производство мыла[2].



В городе Стерлитамак вдоль реки Ашкадар были артели по производству мыла (мыловарни), которые просуществовали



долгое время вплоть до запуска его промышленного производства. В настоящее

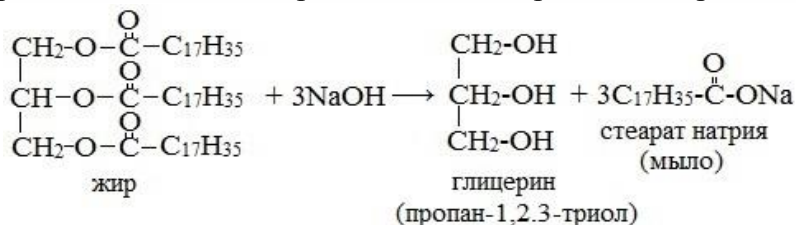
время мы имеем огромный ассортимент мыла на любой вкус и цвет, и по низким ценам. История мыла на этом не заканчивается. Сейчас пользуется спросом более полезное, более красивое и натуральное мыло. Будущее за мылом с лучшими терапевтическими качествами и оригинальной внешностью.

В зависимости от консистенции мыло бывает твердое и жидкое, по назначению: туалетное и хозяйственное, по применению: детское (гипоаллергенное) и косметическое со специальными добавками.

По химическому составу мыло подразделяется на натриевое и калиевое. В зависимости от основных потребительских свойств туалетные мыла подразделяют на следующие марки мыла: «Нейтральное» (Н); «Экстра» (Э); «Детское» (Д); «Ординарное» (О). При этом мыло каждой марки должно иметь индивидуальное фирменное наименование. По качеству к мылу каждой марки установлены свои требования, самые высокие - к мылу марки «Нейтральное». В наши дни производители выпускают следующие виды ставшего уже привычным моющего средства: натуральное, гигиеническое, косметическое, туалетное, хозяйственное, жидкое, скрабовое. Как правило, в процессе производства в состав готового продукта добавляются особые ароматизаторы – отдушки для мыла [3]. Примеры мыла:



Твердое мыло: смесь солей высших жирных кислот (лауриновая, олеиновая, стеариновая, пальмитиновая), глицерин, ароматизаторы, красители. Получают твердое мыло путем реакции омыления масел и жиров гидроксидом натрия (щелочью). Твердое мыло всегда имеет щелочную реакцию, так как содержит остатки гидроксида натрия.



Жидкое

мыло: практически всегда получают на основе синтетических поверхностно-активных веществ (ПАВ). Отличие от твердого мыла: дает хорошую пену за счёт ПАВов, менее щелочное рН, наличие различных смягчающих и увлажняющих добавок [4].

Чем же можно заменить мыло?

Вместо мыла — соль.



Заменить мыло можно с помощью самой обычной соли. Просто протрите с ее помощью кожу во время мытья. Лучше всего будет, если мыться горячей водой, а смывать остатки соли с тела прохладной. Тогда даже при сильном вытирании полотенцем на нем не останется ни капельки грязи.

Можно сделать купание более приятным и приготовить на основе соли следующие варианты:

- нужно взять в равных долях перец, корицу, крупную соль и добавить немного оливкового масла. Такой скраб не только прекрасно избавит от загрязнений. Он стимулирует движение лимфы, что способствует похудению, и улучшает кровоснабжение, что повышает работоспособность и дает энергию на весь день;

- помочь восстановить силы, вернуть красоту и здоровье поможет очень густая смесь из сметаны и соли. Ее нужно нанести на тело с помощью жесткой мочалки, подержать немного и смыть. Эффект потрясающий. Кожа чистая, гладенькая, сияет здоровьем;
- даже во время похода в баню часто берут с собой соль. Ее наносят на кожу перед тем, как использовать веники, или просто сыпят на мочалку и обтираются перед душем[5].



Мука вместо мыла.

Если хотя бы один раз в неделю мыться, используя смесь из муки и растительного масла, то даже в глубокой старости кожа будет гладкой и подтянутой. Если же мыло для мытья не используется вообще, то применять этот вариант можно хоть ежедневно. Для достижения большего эффекта можно добавить немного куркумы.

Для мытья можно использовать не только смесь. Можно просто взять на ладонь муку и перемешать ее с тепленькой водичкой. После таких процедур не нужно увлажнять кожу молочком или кремом.



Вместо мыла — сок лимона.

Очищающие, антибактериальные и отбеливающие свойства лимонного сока известны давно. На его основе готовятся разнообразные маски для лица и тела, средства для мытья волос. Но мало кто знает, что сок можно использовать и самостоятельно.

Надо помыть руки – просто выдавите капельку сока на ладони и промойте теплой водой. Для принятия ванны достаточно нескольких капелек лимонного сока, добавленных прямо в воду. Во время душа можно просто смочить им мочалку. Элементарное использование дает потрясающий результат, который проявится не только в чистоте. Кожа станет гладенькой, исчезнут пигментные пятна, получится избавиться от шелушений, высыпаний, раздражений[6].



Овсяные хлопья вместо мыла.

Заменить мыло на все 100% можно с помощью овсяных хлопьев. Если их перемолоть в муку и перед нанесением смачивать водичкой, то их даже сложно будет отличить от мыла. Они просто взбиваются в пену. С помощью хлопьев можно полностью заменить мыло, а можно использовать их при необходимости вместо очищающих масок.



Глина вместо мыла.

Любой, даже самый дорогостоящий гель для душа и уж тем более мыло можно с легкостью заменить голубой глиной. Она поможет очистить кожу, оздоровит ее, а параллельно (при регулярном использовании) выведет шлаки из организма, восполнит дефицит витаминов и микроэлементов.

Все перечисленные ингредиенты можно использовать самостоятельно, а можно на их основе готовить разнообразные смеси и пасты[7].

Практическая часть

Из выше приведенных примеров, я выбрала один способ замещения мыла.

1. Овсяные хлопья вместо мыла

Нам понадобится одна пачка овсяных хлопьев. Для изготовления мыла возьмем лишь 100-150г.

- **Шаг 1.** Пересыпаем хлопья в миксер.
- **Шаг 2.** Измельчаем до состояния муки.
- **Шаг 3.** Пересыпаем нашу овсяную муку в тарелочки. Для достижения большего эффекта очищения можно добавить немного куркумы.

- **Шаг 4.** Берем немного муки на руку и смачиваем водой.
- **Шаг 5.** Полученную смесь распределяем на руках и начинаем мыть руки.



Если обратить внимание на правую руку, то можно заметить сажу, которая в последствие смылась. В конце мы получаем чистые и ухоженные ручки!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив литературу по выбранной теме, я сделала вывод: мыло имеет интересное историческое происхождение, оно бывает разных видов. Мыло можно заменить самыми различными продуктами и веществами, которые будут похожи на состав мыла или же полная его противоположность. Но лучше всего подобрать свое мыло, которое не будет вызывать побочных эффектов. В домашних условиях легко создать заменитель мыла, а пользоваться им легко и приятно.

Список использованных источников:

1. Ключевич А.С. Из истории материальной культуры и народного хозяйства России: Моющие средства, переработка жиров с древнейших времен по 1917 г. - Казань: Изд-во Казан.ун-та, 2020. - 496 с.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Мыло>
3. Классификация мыла. [Электронный ресурс]. Режим доступа. <https://www.treeland.ru/article/eko/soaphome/klassifikation.htm>
4. Применение мыла. Химия онлайн. [Электронный ресурс]. Режим доступа. <https://himija-online.ru/organicheskaya-ximiya/mylo-sms/primenenie-myla.html>
5. <https://azbyka.ru/zdorovie/vsya-pravda-o-myle-polza-i-vred>
6. https://www.jv.ru/news/krasota/domashnii_ukhod/31761-chem-pomitysya-bez-mila.html
7. <https://blogobane.ru/chem-mozhno-zamenit-myilo/>

ТОНИЗИРУЮЩИЕ (ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ) НАПИТКИ – ВСЯ ЭНЕРГИЯ ТОЛЬКО БЛАГОДАря САХАРУ

Ивлева Ольга Александровна

Руководитель: Жабо Юлия Владимировна

ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула

В России рынок энергетических напитков (энерготоников) стал формироваться в конце 90-х годов XX века и до сих пор является одним из динамично развивающихся рынков. Основной аудиторией употребления энерготоников является молодёжь. Согласно исследованию Научно-исследовательского центра социально-политического мониторинга РАНХиГС доля потребителей энерготоников выросла за последние 10 лет. В 2013 году тонизирующие напитки употребляло 16,6% населения РФ, а в 2023 г. – уже 22,8%. Следовательно, доля тех, кто вообще не употреблял, снизилась до 77,2% с 83,4. В гендерном разрезе - мужчины практически в 2 раза чаще женщин употребляют энергетики (32,4% против 14,8%). Также авторы исследования указывают, что чем моложе респонденты, тем чаще они потребляют такие напитки.

Объект исследования: тонизирующие напитки, такие как кофе, энергетики и чай.

Предмет исследования: влияние тонизирующих напитков на сердечнососудистую систему.

Цель: изучение состава тонизирующих напитков и их влияние на организм молодежи.

Задачи:

- изучить литературные источники об энергетических напитках и их влиянии на организм человека;
- изучить химический состав энергетиков;
- провести анкетирование среди студентов ГПОУ «ТОМК»;
- провести эксперимент.

Гипотеза: тонизирующие напитки не оказывают отрицательного воздействия на сердечнососудистую систему молодежи при умеренном употреблении.

Методы исследования:

- изучение литературных данных;
- эксперимент;
- наблюдение;
- анкетирование.

Обратимся к истории. Люди издавна себя взбадривали. Самым популярным энергетиком был кофеин. Его источником был - кофе (Индия, Ближний Восток), чай (Индия, Китай, Юго-Восточная Азия), лисья руараны, бобы какао (Америка), женьшень (Япония), элеутерококк, радиола розовая и др.

Появление современных энергетиков связано с именем австралийского предпринимателя Дитера Матешитца, когда в 1987 году появился первый безалкогольный энергетический напиток «Red Bull Energy Drink». Напиток быстро стал популярным и “Coca-Cola” и “Pepsi Cola” включились в борьбу за потребителя выпустив свои марки – “Burn” и “Adrenaline Rush”

По итогам 2021года в 5-ку популярных энергетических напитков входят: RED BULL, MONSTER ENERGY BLACK ULTRA, BURN, ADRENALINE RUSH, SOLAR POWER. Спрос на которые только за первую половину 2022 года вырос на 40%.

Причинами столь высокой популярности является не столько привлекательный внешний вид, вкусовые качества, относительно невысокая стоимость, сколько быстрое действие на организм человека, всплеск умственной и физической активности. Рецепт и состав энергетиков варьируется, но 4 основных элемента остаются неизменными: тонизирующие компоненты (кофеин), углеводы (сахароза, глюкоза, сахарозаменитель), аминокислоты и витамины группы В. С целью реализации одной из поставленных задач, была произведена закупка энергетических напитков в сети магазинов «Магнит» и изучен химический состав.

Кофеин это вещество, которое стимулирует нервную систему, повышает артериальное давление, ускоряет частоту сердечных сокращений, за счёт выброса дофамина улучшается общее настроение и самочувствие. Согласно национальному стандарту РФ «Напитки безалкогольные тонизирующие» - ГОСТ Р 52844-2007[1] количество кофеина строго определено, а именно не более 400мг/л. Безвредная норма для взрослого человека составляет 400 мг в сутки, дети от 10 до 12 лет – 85мг., подростки старше 13 лет – 2,5 мг на 1 кг. массы тела. Практически во всех (8 из 9) энергетиках содержание кофеина = 30мг/100 мл, следовательно, выпивая 1 банку (500 мл) потребляется 150 мг. кофеина.

2-ой важный компонент – аминокислоты (L-карнитин и таурин) Карнитин синтезируется в организме, а также участвует в липидном обмене, помогает восстановить силы после тяжелых нагрузок. Таурин - серосодержащая аминокислота, используется для кардиотропного воздействия (учащение сердцебиения, увеличение выработки норадреналина).

Витамины группы В - чаще все это В6 и В12. Правда улучшить здоровье за их счет не получится, т.к. синтетические витамины плохо усваиваются и содержатся они в энергетиках в очень малых дозах. А нужны они в качестве преобразователей сахара в энергию.

А теперь самый важный компонент энергетика – углеводы (глюкоза, сахароза, фруктоза), которые и служат источником энергии. Сами по себе тонизирующие напитки не имеют источников энергии, кроме сахара (это быстрый углевод, а действие энергетика длится от 3-6 часов). Он достаточно быстро всасывается в кровь, что вызывает резкий запуск окислительных процессов, и энергия так же быстро поступает к мозгу и другим органам, тканям.[3] Содержание сахара в анализируемых напитках от 11 до 15 гр. на 100 мл., значит в 500 мл напитка содержится от 55 до 75 гр., что соответствует 11-15 кусочкам рафинада!!!

В четырех (Hot cat - 0, Double You – 4,5, Burn zero sugar – 1, Drive – 4,2) из девяти напитках показатели сахара равнялись или 0 или были очень низкими по сравнению с другими энерготониками. Это объяснялось содержанием сахарозаменителей (E952, E951, E950, E954, E955) искусственного происхождения, безопасного для употребления в малых дозировках и использования в процессе производства пищевых продуктов.

Так как в различных источниках содержатся противоречивые данные: одни в рекламе утверждают, что энергетик придаст силы и поможет справиться с нагрузкой и стрессовой ситуацией; другие приводят аргументы о вреде и пагубных последствиях злоупотреблениях напитков; был проведен эксперимент, в котором приняло участие 10 человек. Добровольцы в течении 4 дней пили разные тонизирующие напитки (энергетик Burn Energy, кофе-американо Botanica с 1 пакетиком сахара – 5 гр., растворимый кофе Nescafe 3 в 1, чай черный Tess с 1 пакетиком сахара – 5 гр.) до и после измеряя давление и пульс. Все измерения проводились с помощью механического тонометра ZP- 800-01. Определим порог существенности - 5% от начального уровня АД, Ps.

А так же с целью определения отношения к энергетическим напиткам было проведено анонимное анкетирование с использованием онлайн-платформы Yandex, в котором приняло участие 30 человек.

Проанализировав полученные результаты, было выявлено:

1. У двоих добровольцев уровень АД по верхней границе нормы, что уже настораживает, так как им по 18-19 лет. И они входят в группу риска развития ССЗ в молодом возрасте.

2. Из 10 человек, только у одной девочки давление повысилось более чем на 5% при употреблении как энергетического напитка, кофе-американо, так и черного чая, при этом пульс не превышал порога в 5%. У остальных участников эксперимента повышение АД и Ps не наблюдалось.

3. Сравнительный анализ количества кофеина, таурина и сахара в тонизирующих напитках показал, что кофеина больше всего в молотом кофе (81 мг/100 мл), а меньше всего в энергетических напитках (30 мг /100 мл). Таурина больше всего в энерготониках (130 мг – 240 мг/100 мл). Углеводов значительно больше оказалось в растворимом кофе от Nescafe (70

мг/100 мл), именно после него у ребят был большой прилив бодрости и улучшения настроения.

4. Анкетирование выявило, что только около 20% респонденты никогда не пробовали энергетики, 42% отказались от употребления энергетиков за последние полгода, 32% умеренно употребляют (1-3 банки в неделю).

5. 50% респондентов обращают внимание на состав энергетиков, предпочитая напитки без сахара, в гендерном разрезе это представительницы прекрасного пола. Около 40% опрошенных уверены, что энерготоники вредны для здоровья.

6. Среди причин употребления энергетических напитков выделяют следующие: вкус (34%), поддержка бодрости и энергии (30%), замена газированным напиткам (14%), восстановление после тренировок (5 %) и другие.

Проведя исследование, изучив научно-популярную литературу, находящуюся в открытом доступе, можно сделать следующий вывод, энергетические или тонизирующие напитки были, есть и будут. В жизни каждого человека наступают моменты, когда они бывают очень нужны, возьмем, например, водителей- дальнобойщиков, людей, работающих сутками (медики), студентов, которым нужно за ночь подготовиться к сессии. От одной порции уйдет сонливость, повысится внимание, выносливость, скорость реакции. В таких ситуациях энерготоник удобен. Последние исследования доказали, что употребление в разумных мерах кофеина, таурина и пр. безопасно. Поэтому соблюдайте простые правила и будьте здоровы:

1. Не злоупотребляйте.
2. Выбирайте натуральное.
3. Смотрите состав.

Считаю гипотезу доказанной.

Список использованных источников:

1. Национальный стандарт Российской Федерации «Напитки безалкогольные тонизирующие» — ГОСТ Р 52844-2007
2. Резник Н.Л. Напиток специального назначения / Н.Л. Резник // Научно-популярный журнал: hij.ru – 2013 - №2 - <https://hij.ru/read/2133/?ysclid=lshikl58k853032095> (дата обращения: 10.02.2023).
3. Комаревцев Н. «Жидкая батарейка»: чем живет рынок газированных энергетических напитков – актуальная ситуация и перспективы развития / Н.Комаревцев // Бизнес-журнал: new-retail.ru – 2022 - https://new-retail.ru/business/zhidkaya_batareyka_chem_zhivet_rynok_gazirovannykh_energeticheskikh_napitkov_ov_aktualnaya_situatsiya_i/?ysclid=lshkvl4ewn425372248 (дата обращения: 10.02.2023).
4. Маслова А. 20 лучших энергетических напитков / А.Маслова // expertology.ru – 2021 - <https://expertology.ru/luchshikh-energeticheskikh-napitkov/> (дата обращения 11.02.2024)
5. Российский рынок энергетиков // Журнал «Продвижение продовольствия. Prod&Prod » - 14.02.2012 - https://www.marketing.spb.ru/mr/food/energy_drink.htm?ysclid=lshiinx2t842094085 (дата обращения 11.02.2024)
6. Серченко О.Г. Сколько энергетиков можно выпить в день без вреда для здоровья / О.Г. Серченко // журнал: uteka.ru – 06.11.2023 - <https://uteka.ru/articles/zdorove/skolko-energetikov/?ysclid=lshjvpgei3518539135>
7. Косарева О. В. Оценка распространённости и мотивы потребления энергетических напитков среди подростков и молодежи / О.В. Косарева // образовательный вестник «Сознание»: cyberleninka.ru – 2011- <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-rasprostranennosti-i-motivy-potrebleniya-energeticheskikh-napitkov-sredi-podrostkov-i-molodezhi?ysclid=lsi08gl42t783649431>

Исследования в профессиональной области:
здравоохранение, образование, строительство, связь, информационные и коммуникативные технологии, финансы и экономика, сельское хозяйство, транспорт, легкая и текстильная промышленность, металлургическое производство, сервис, юриспруденция и др.

ЭВОЛЮЦИЯ ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Кашкенова Динара Галлимовна

Кузьмина Анна Андреевна

Руководитель: Нуралиева Румия Сапиолловна

*ГБУ "Профессиональная образовательная организация
"Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань*

Любой человек хотя бы раз в жизни обращался в поликлинику или больницу за медицинской помощью. В ходе лечения или осмотра мы взаимодействуем с различными медицинскими работниками – врачами, акушерками и другими. В своей статье мы хотим побольше рассказать об одном медицинском работнике, а именно, о самом главном помощнике врача и пациента – медицинской сестре.

В данной работе мы хотим рассмотреть развитие сестринского дела в прошлом и настоящем, а также поделиться своими размышлениями о том, как будет развиваться профессия медицинской сестры в будущем.

Есть высказывание, которое гласит: «Без прошлого невозможно ни понять хорошо, ни оценить по достоинству настоящего». Мы с этим высказыванием полностью согласны, ведь благодаря изучению истории сестринского дела, можно проследить, как развивалась эта профессия.

Сестринское дело зародилось еще в древности, тогда уход за больным в основном осуществляли его родственники, которые получали опыт из поколения в поколение. Знания с каждым разом становились все более обширными, поэтому сестринское дело продолжало развиваться. С 1617 г. стали образовываться общины сестер милосердия, так как люди понимали, что уход не может осуществляться без особой подготовки.

Одной из самых деятельных и известных сестер милосердия была Флоренс Найтингейл, которая родилась 12 мая 1820 года. Она прославилась как общественный деятель, хороший руководитель и основатель сестринского дела. Одним из ее достижений было улучшения качества медицинской помощи для всех слоев общества.

Участвуя в Крымской войне, она делала записи по уходу за ранеными больными, а позже эти знания использовались в открытой ею школе медсестер. Данная школа стала первым подобным учебным заведением в Британии, которое выпускало хорошо обученный сестринский персонал. Огромный вклад Найтингейл вскоре был признан на государственном уровне и в 1883 году она была удостоена ордена «Королевский Красный Крест». В 1912 году, уже после ее смерти, была учреждена медаль в ее честь.

Одним из событий, повлиявших на развитие профессии медицинской сестры, стала Крымская война. Первыми сестрами милосердия, которые отправились на фронт, были сестры Крестовоздвиженской общины.

Около 200 сестер, которые трудились под руководством известного хирурга Н.И. Пирогова, были подразделены на группы, по сути, это была первая «специализация» среди сестер, которая учитывала уровень их знаний и способностей.

Со времен Крымской войны в профессию прониклись, помимо сестринского ухода, психологическая поддержка пациента, уважение и забота.

Еще одним настоящим испытанием для нашей страны стала Великая Отечественная Война, которая унесла жизни миллионов людей и потребовала максимума усилий каждого человека для достижения такой желанной, но такой сложной Победы.

Наши потери в Великой Отечественной могли быть куда более значительными, если бы не медицинские работники. Около половины медиков были женщинами, которые на собственных плечах выносили раненых с поля боя, ползком под бомбежкой, пулеметным и артиллерийским огнем. Было сложно, но они справлялись. И погибали наравне с солдатами.

Вклад медицинских сестер в Победу огромен и велик. Сотни тысяч женщин-героинь, имена которых мы даже не знаем, с честью выдержали суровое испытание Великой Отечественной войны. Поистине, это был подвиг во имя жизни!

В современное время, профессия медсестры входит в тройку самых востребованных. Труд медсестры очень сложен и физически, и морально. Все без исключения медицинские специалисты должны владеть знаниями и навыками ухода за больными, а также профессиональными компетенциями. Знаний недостаточно, потому что только по-настоящему сильные духом, терпеливые, добрые, чуткие и отзывчивые остаются в этой профессии. Не зря ведь медсестер называют сестрами милосердия.

И сегодня они приходят на помощь в самые трудные минуты, совершают невозможное, проявляют сострадание к чужой боли, берут на себя ответственность за жизнь и здоровье людей.

Для всех медицинских работников 2020 год был непростым, так как они встретились лицом к лицу с неизвестным тогда миру вирусом. Болезнь, вызываемая этим вирусом, быстро поражала легкие и стремительно передавалась от одного человека к другому. Многие медицинские сестры работали на передовой, а именно в «красной зоне». COVID-19 внес большие перемены в жизнь медицинских сотрудников.

В настоящее время данное заболевание не ушло бесследно, и несмотря на, созданную вакцину, медицинские работники до сих пор сталкиваются с коронавирусом и с его последствиями. Но, чтобы не было вспышек заболевания, медицинские сестры проводят профилактику среди населения.

Также волнующим событием на данный момент является специальная военная операция, где помимо военных врачей, трудятся и медицинские сестры. Несмотря на опасность, тяжёлый и изнуряющий труд, отважные российские медсестры заключают контракты и едут в зону СВО. Они своими усилиями ежедневно спасают жизни нашим бойцам, трудятся не покладая рук в госпиталях и на передовой. Медицинские сестры ухаживают за больными и ранеными, именно они большую часть времени проводят с ними и именно от их профессионализма часто зависит результат лечения.

Хотим отметить, что медицина не стоит на месте и постоянно развивается, уже сейчас существуют технологии, о которых мы даже представить не могли ранее. Благодаря этому постановка диагноза, лечение и уход осуществляется в разы быстрее и качественнее.

На наш взгляд в ближайшем будущем появятся технологии, которые облегчат работу медсестры, такие как: электронные медицинские карты, телемедицина, роботы, веновизор.

Электронные медицинские карты уже сейчас существуют, и в дальнейшем они станут активно использоваться жителями нашей страны. Данное нововедение позволит облегчить работу медицинских сестер, так как у них будет меньше бумажной волокиты.

Телемедицина – это инструмент, позволяющий медсестрам удаленно давать рекомендации по рациональному питанию, здоровому образу жизни, профилактике и так далее.

Роботы, выполняющие монотонные задачи: раздача лекарств, дезинфекция, перенос медицинских приборов, подъем лежачих пациентов – все эти задачи, которые выполняла медсестра, могли бы выполнять роботы.

Веновизор – устройство для нахождения вен. Процесс забора крови часто является сложной манипуляцией не только для пациентов, но и для медсестер. Иногда бывают долгие изнуряющие попытки поиска подходящей вены, в результате этого у пациента возникает

неудобство и дискомфорт. Но чтобы этого не происходило сканеры вен могут помочь при выполнении данной процедуры.

В ходе своего исследования нами было выяснено, что медицинская сестра – квалифицированный помощник врача в лечебном процессе, грамотный исполнитель, выполняющий свои обязанности согласно полученным знаниям и навыкам. Медсестра – «вторые руки и глаза» врача, специалист, на чьих плечах лежит строгое выполнение всех назначений, уход за пациентами и оказание первой медицинской помощи при неотложных состояниях.

Итак, рассматривая данную тему, мы можем сказать, что процесс развития и становления сестринского дела, как и в России, так и во всем мире, был достаточно длительным и сложным. В своей работе мы рассмотрели события и личностей, которые внесли большой вклад в историю сестринского дела. Под их влиянием простой уход превратился в самостоятельную профессию.

Человеческий организм уязвим, поэтому людям всегда будет нужна помощь квалифицированных медицинских работников. И хотя медицина быстро развивается и профессия медсестры может со временем как-то измениться, полностью она не исчезнет.

Список использованных источников:

1. Лисицын, Ю. П. *История медицины – 2-е изд., перераб. и доп.* – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 400 с.
2. Моллой М. *Истинная история Флоренс Найтингейл.* – М.: АСТ, 2019. – 22с.
3. Захаров В. И. *О минувшем и грядущем: Врачи и медицинский фронт Великой Отечественной войны.* СПб.: Наука, 2017. – 256 с.
5. Петров В. К. *Медицина и военная служба в годы Великой Отечественной войны.* М.: Воениздат, 2020. – 408 с.
6. Цветкова И. П. *Медицина и здравоохранение в годы Великой Отечественной войны.* М.: Гос. изд-во мед.-биол. лит-ры, 2019. – 224 с.
7. Игнатенко Л. А. и др. *Психологическое сопровождение медицинских сестер в условиях роста профессиональной нагрузки. Психология здоровья и профессиональной деятельности, 2021, № 1, с. 45 – 53.*
8. Климова И. П. и др. *Использование инновационных технологий в практике медицинских сестер: вызовы и перспективы. Современные технологии в медицине, 2021, № 4, с. 27 – 33.*

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА И ЕЁ РОЛЬ В РАЗВИТИИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Абдрахманова Елизавета Флюровна

Виноградова Елена Алексеевна

*Руководитель: Базиленко Анна Владимировна
ФГАОУ ВО "Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта» (БФУ им. И. Канта)*

*"Институт медицины и наук о жизни (МЕДБИО)" Медицинский колледж
г. Калининград*

Ротовая полость представляет собой своеобразную и стабильную нишу, и является благоприятной средой для возникновения уникальной эко системы. Помимо полезных и важных для здоровья микроорганизмов, в полости могут образоваться и патогенные бактерии, которые могут привести к различным заболеваниям и впоследствии разрушению и потере зубов. Именно поэтому важно следить за гигиеной полости рта. С микрофлорой в первую очередь связано возникновение кариеса. Кариес зубов занимает первое место в сфере нозологии общей заболеваемости населения земного шара.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что у людей, которые более тщательно следят за здоровьем зубов кариес возникает реже, чем у людей, которые обращают меньшее внимание на здоровье ротовой полости.

Цель работы: доказать, что у людей с разным подходом к гигиене полости рта, разный процент зубов пораженных кариозным дефектом.

Сначала разберемся, что такое кариес?

Кариес (caries dentis; от латинского caries — гниение) - это патологический процесс, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта виде полости. [4, с. 4]

В настоящее время кариес зубов является наиболее распространенным заболеванием зубочелюстной системы. Распространенность кариеса в нашей стране у взрослого населения в возрасте от 35 лет и старше составляет 98–99 %. Кариес зубов при несвоевременном или неправильном лечении может стать причиной развития воспалительных заболеваний пульпы и периодонта, потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Кариес зубов – это потенциальные очаги интоксикации и инфекционной сенсibilизации организма. [3, с. 5]

Кариес появляется из-за зубных отложений и остатков пищи.

Для того чтобы предотвратить развитие налета и патогенных микроорганизмов, мы должны уметь правильно подбирать предметы индивидуальной гигиены и уметь грамотно их использовать.

Индивидуальная гигиена- это тщательное удаление остатков пищи и зубного налета с поверхности зубов, десен и языка.

Её задача в поддержании индивидуальной гигиены полости рта, эффективном удалении зубного налета, который содержит патогенные микроорганизмы, которые используют углеводы для питания и конструирования зубного налета.

Цель личной гигиены полости рта - очищение зубов и слизистых оболочек полости рта от остатков пищи и зубного налета с помощью различных средств гигиены.

Ассортимент средств для ухода за полостью рта является весьма обширным, однако можно условно разделить их на следующие группы:

- зубные щетки;
- зубные пасты;
- средства для межзубной гигиены;
- дополнительные инструменты и специализированные средства;
- а также жидкие препараты для гигиены;

Начнем по порядку. В современном мире, существует различные виды зубных щеток. Обычные, электрические, разные по жесткости, разного размера и материала. Но к ним ко всем, действует одно правило, менять щетку обязательно нужно каждые три месяца.

Зубную щетку мы применяем вместе со специальной пастой.

Их тоже различное множество. Жидкие, густые, порошковые и виде пенки. У каждой пасты есть свой индивидуальный состав, поэтому немаловажную роль играют компоненты содержащиеся в ней.

К средствам для межзубной гигиены относятся. Зубные нити, флоссы, моно пучки, ершики, ирригаторы, зубочистки и жевательная резинка. Но не забываем, что у каждого приспособления есть свои правила использования. Дополнительные инструменты, специализированные средства и жидкие препараты для гигиены подбираются индивидуально врачом для пациента.

К сожалению, в современном мире не все люди умеют правильно интерпретировать средства гигиены и систематические походы к врачу-стоматологу в свою жизнь, и снова встречаются с кариесом.

Существует индексная оценка кариеса зубов, она состоит из распространенности кариеса и интенсивности поражения зубов. Распространенность кариеса - это показатель распространенности кариеса зубов, характеризующий частоту встречаемости кариеса популяции.

Интенсивность поражения кариесом определяется следующим образом где К - количество кариозных зубов, Р- количество запломбированных, U- удаленных зубов. Сумма пораженных и потерянных зубов-К+Р+U-характеризует интенсивность прогрессирования кариеса у конкретного человека.

Мы провели исследование на индекс Грина- Вермильона у группы людей. Сделав предварительный внешний осмотр полости рта каждому из группы, мы приступили к детальному рассмотрению скопления микроорганизмов. Дабы вычислить слабые места при чистке зубов, мы использовали специальный индикатор налета.

В ходе исследования мы разделили наших пациентов на две подгруппы. На людей с малым индексом и большим.

Что мы выявили:

У людей, которые следят за здоровьем полости рта, процент КПУ достаточно мал.

По индексу Грина- Вермильона наличие мягкого зубного налета достигает от 0.6 до 1.6, что означает хороший уход за полостью рта.(Рис.1., Рис. 2) Следовательно, процент КПУ низкий.



(Рис. 1)



(Рис. 2)

А у людей, пренебрегающих здоровьем своих зубов и рекомендациям врачей, ситуация во рту намного хуже.

По индексу Грина- Вермильона наличие мягкого зубного налета от 1.7 до 2.5, что означает недостаточную гигиену полости рта.(Рис.3) Следовательно, процент КПУ высокий. У данного пациента мы увидели, уже образовавшийся кариес в области фиссур и в области шеек, также индикатор окрасил плохо очищенные места скопления зубного налета.(Рис.4)



(Рис. 3)



(Рис.4)

Наша гипотеза подтвердилась, регулярное посещение стоматолога и грамотное использование средств индивидуальной гигиены, помогает избежать скопление болезнетворных микроорганизмов и впоследствии появления кариеса.

Список использованных источников:

1. Иванова Е.Н. *Зубные отложения : учебное пособие / Е.Н. Иванова, А.М. Петрова. Ростов н/Д: Феникс, 2007. - 93, [1] с. - (Медицина).*
2. Мельниченко Э.М. *Профилактика стоматологических заболеваний: Учеб. пособие. - Мн.: Выш. шк., 1990.-157 с.*
3. Костригина, Екатерина Дмитриевна. *К72 Кариес : учеб. пособие / Е. Д. Костригина, М. В. Лебедев. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2023. – 114 с.*
4. Лукиных Л.М. *Кариес зубов (этиология, клиника, лечение, профилактика). 3-е изд. Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2001. - 186 с.*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНТАКТНЫМ ЗУБНЫМ РЯДОМ
И ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ТИПА**

Бабакехан Нунэ Арамовна

*Руководитель: Базиленко Анна Владимировна
ФГАОУ ВО "Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта» (БФУ им. И. Канта)
"Институт медицины и наук о жизни (МЕДБИО)" Медицинский колледж
г. Калининград*

Основной задачей ортопедического лечения является восстановление функции жевания, эстетики, утраченных при адентии. Жевательная эффективность - результат работы жевательного аппарата в единицу времени, который выражается в процентах. Жевательная эффективность измеряется в процентах от эффективности интактной зубочелюстной системы, принимаемой за 100. Степень измельчения, до которой пища доводится зубочелюстной системой, во время выполнения ею функции жевания и есть жевательная эффективность.

Актуальность: Данная исследовательская работа направлена на то, чтобы доказать, что в наше время ортопедические конструкции способны заменять естественные зубы и выполнять их функции.

Цель: Определить влияние ортопедических конструкций и степень восстановления жевательной эффективности.

Гипотеза: В соответствии с целью, мы предполагаем, что различные ортопедические конструкции способны восстановить жевательную эффективность.

Этапы исследования:

1. Поисковый
2. Теоретический
3. Практический

Физиологическая жевательная проба по Рубинову.

По мнению Рубинова, физиологичным для жевательной пробы является одно зерно лесного ореха весом 0,8 г. Период жевания определяется по появлению рефлекса глотания и равен в среднем 14 сек. При возникновении глотательного рефлекса массу сплевывают в чашку. В случаях затруднения разжевывания ядра ореха И.С. Рубинов рекомендует применять для пробы сухарь; время жевания сухаря ровно в среднем 8 с. При этом следует указать, что разжевывание сухаря вызывает комплекс двигательных и секреторных рефлексов, способствующих лучшему усвоению пищевого комка. При различных нарушениях в полости рта (кариозное разрушение зубов, их подвижность, дефекты зубных рядов, аномалии прикуса и др.) период жевания удлиняется. Пробами можно также установить эффективность протезирования в зависимости от конструкции протезов и их качества. По методике И.С. Рубинова о жевательной эффективности судят по времени разжевывания 0,8 г лесного ореха

до появления рефлекса глотания. Эта методика позволяет судить о восстановлении эффективности лишь при безупречной адаптации к протезам.

Данные исследования показали, что по мере ухудшения состояния жевательного аппарата удлиняется время жевания до глотания и увеличиваются размеры проглатываемых частиц. Например, у взрослых с полноценным жевательным аппаратом продолжительность жевания одного ореха до глотания равна в среднем 14 секундам, а остаток в сите равен 0. При отсутствии 2-3 зубов на одной стороне время жевания до глотания одного ядра ореха равно 22 секундам, а остаток в сите равен 150 мг. При неудовлетворительных полных протезах время жевания одного ядра ореха до глотания равно 50 секундам, а остаток в сите равен 350 мг.

Разница показателей ярче всего выявляется при жевании ореха, слабее- при жевании сухаря и еще слабее – при жевании мягкого хлеба. И.С. Рубинов указывает, что проба с жеванием одного ядра ореха до глотания по сравнению с 5 г, состоящими из нескольких ядер, ближе к нормальному естественному пищевому раздражению и позволяет учесть эффективность жевания на различных участках зубных рядов и отдельных групп артикулирующих зубов. Пробу с одним ядром можно также успешно использовать для оценки жевательного эффекта в процентах. Процент вычисляется следующим образом: вес ядра ореха относится к остатку в сите, как 100 : х Если пациент не в состоянии разжевать ядро ореха, то можно применить пробу с сухарем. Критерием для суждения об эффективности жевания служит продолжительность жевания до глотания (срок жевания сухаря до глотания равен в среднем 8 секундам). При жевании сухаря получается сложный комплекс рефлексов двигательного и секреторного порядка. Эти рефлексы действуют с момента попадания куса пищи в рот. При этом двигательный рефлекс связан с дроблением сухаря, а секреторный – с выделением слюны, которой смачиваются и смазываются шероховатые частицы сухаря перед проглатыванием. Способствуя размельчению пищевых веществ, жевательные движения увеличивают воздействие слюны и способствуют быстрому формированию комка и его проглатыванию.

Практическая часть

В ходе исследовательской работы мы смогли определить и сравнить жевательную эффективность у пациентов с различными ортопедическими конструкциями и интактным зубным рядом.

В данной практической работе мы определили жевательную эффективность у пациентов с

1. Интактным зубным рядом
2. Мостовидным протезом
3. Полным съемным протезом
1. Жевательная эффективность с интактным зубным рядом:

Степень размельчения пищи	90-100%
Время разжевывания пищи	8-10 секунд

2. Жевательная эффективность с мостовидным протезом:

Степень размельчения пищи	80-95%
Время разжевывания	12-15 секунд

3. Жевательная эффективность с полным съемным протезом:

Степень размельчения пищи	70-75%
Время разжевывания пищи	17-20 секунд

По статистическим данным исследовательского проекта можно сделать следующие выводы: жевательная эффективность пациентов с интактным зубным рядом опережает людей с различными ортопедическими конструкциями. Но ортопедические

конструкции хорошо выполняют свою функцию и заменяют естественный зубной ряд, не сильно уступают жевательной эффективности с интактным зубным рядом.

Список использованных источников:

1. Н.Г. Аболмасов , Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычкоув, А. Аль-Хаким *Ортопедическая стоматология* Издательство «МЕДпресс-информ», 2002 стр.56-57
2. <https://meduniver.com/Medical/stomatologia/259.html> MedUniver

ВЛИЯНИЕ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА

Драпалюк Елена Дмитриевна

*Руководитель: Базиленко Анна Владимировна
ФГАОУ ВО "Балтийский федеральный университет
имени Иммануила Канта» (БФУ им. И. Канта)
"Институт медицины и наук о жизни (МЕДБИО)" Медицинский колледж
г. Калининград*

Здоровье полости рта – является одним из основных факторов здоровья человеческого организма. Зубы, десна, слизистая оболочка, язык – все составляющие элементы ротовой полости имеют большое значение для отдела пищеварения, образования речи и дыхания. Именно поэтому необходимо поддерживать гигиену и проводить регулярную профилактику. В ином случае, возможное появление заболеваний полости рта является большим риском возникновения необратимых последствий для организма человека.

Одним из пагубно влияющих болезней, которые разрушают полость рта, является расстройство пищевого поведения (РПП). Данный термин можно раскрыть как класс психогенно обусловленных поведенческих синдромов, связанных с нарушениями приёма пищи. В числе прочих, к этому заболеванию относят нервную анорексию, нервную булимию, психогенное переедание, а также ряд других расстройств. Из-за чувства вины и страха набрать лишний вес, многие избавляются от еды путем вызывания рвоты. К сожалению, не все люди понимают, как сильно данные «ритуалы» сказываются на сердце, почках и других органах. Следует уточнить, что больше всего при данном расстройстве страдает полость рта, а именно зубы.

В настоящее время данная тема является болезненной для современного поколения. Именно в век развития социальных сетей, неестественно завышенных стандартов красоты и давление со стороны общества, во многих сердцах появляются сомнения по поводу своего внешнего вида, а развитое в прошлом веке мода на голодание и самостоятельное медикаментозное лечение лишь ухудшает нынешнюю ситуацию.

Всё выше изложенное является причиной выбора данной работы, из которой вытекает актуальность, в намерение рассказать о том, как сильно расстройство пищевого поведения уничтожает психику и вызывает неизменяемые последствия для полости рта и организма в целом.

Гипотеза данного исследования заключается во влиянии расстройства пищевого поведения на развитие ряда заболеваний полости рта.

Цель, которую мы преследуем в данной статье заключается в оказании помощи молодому поколению в просвещение влияния РПП на заболевания полости рта и по его профилактики. Исходя из цели, можно вывести ряд задач, которые необходимы данной статье.

- Выяснить по какой причине возникают заболевания полости рта вследствие РПП
- Провести анкетирование среди людей, страдающих данным заболеванием
- Изучить состояние полости рта среди анкетирующих

- Выявить сравнение между здоровыми и нуждающихся в лечении людей
- Исследовать, как состояние полости рта меняется во время ремиссии
- Разработать рекомендации для поддержания здоровья полости рта

Самая губительная болезнь для полости рта - булимия. Повторяющийся круг переедания и опустошения желудка с первого дня имеет серьезные последствия. Желудочный сок, который вырабатывает слизистая желудка для поддержания кислотности, предотвращения внедрения пагубных для организма бактерий и микроорганизмов, искусственно выходит вместе с пищевым комком. Полость рта не предназначена для высокой кислотности и именно поэтому для пародонта, эмали зубов и языка соприкосновение с пищевым соком несут разрушительные последствия.

Одним из пагубных влияний, что желудочный сок способен принести зубам является эрозия эмали. Эстетический дефект эрозии зубов сопровождается также и повышением чувствительности к температурам из-за того, что верхний эмаль стирается и обнажает слой дентина. Без лечения данное патологическое состояние может привести к быстрому разрушению зубов, вызывая кариес. Частые рвотные позывы способны образовать в тканях зубов микроотверстия и трещины, которые заполняют вредные микроорганизмы, поступающие вместе с пищей. Эстетику зубов нарушает новый желтообразный оттенок, а эрозия эмали делает зубы более хрупкими, из-за чего они могут откалываться в области шейки и обычный прием пищи может вызвать массу негативных ощущений. [1, с. 429]

Необходимо также отметить, что кислотность способна вызывать язвы на слизистой оболочке. Омывая полость рта, желудочный сок механически повреждает слизистую и вызывает раздражение и острые боли в горле. Язвы, что могут проявиться спустя пару часов после рвоты, разбухают и воспаляются, тем самым вызывая слабость организма, а главное, способны привести к инфекционным заболеваниям, таким как к простуде и гриппу. [1, с.412]

Из-за данного расстройства также сильно страдают околоушные железы, ведь при рвоте в организме происходит воспалительный бактериальный процесс и вредные микроорганизмы попадают в полость рта вместе с рвотными массами. Околоушные железы воспаляются и могут привести к незначительному отеку. В дальнейшем отек сопровождается с лихорадкой, болью и покраснением кожи. Также возможно и более серьезное повреждение слюнных желез, при котором появляются гнойные выделения из околоушных желез.

Важно добавить, что из-за поражения слюнных желез также появляется сухость во рту. Водный баланс имеет большое значение для организма, но из-за частых приступов рвоты человек может обезвоживаться, ведь слюнные железы не вырабатывают достаточное количество слюны. В дальнейшем это приведет к большому скоплению зубного налета, из-за которого снижается активность противомикробной защиты и увеличивается степень развития воспалительных процессов в полости рта, в основном, кариеса. [4, с.107]

Следует отметить, что слюнные железы имеют большое значение и для десны. Слюна очищает зубы от пищевых остатков, тем самым снижая количество и активность бактерий, но при плохой выработки данной жидкости увеличивается шанс появления таких болезней как пародонтит, гингивит и глоссит.

Важно знать, что от частой рвоты страдает весь организм. Из-за неполноценного питания появляется слабость в иммунитете, недостаток минералов, дефицит белков жиров и углеводов. Пищевод воспаляется из-за большого количества желудочного сока и может вызывать болезни ЖКТ, такие как эзофагит, гастрит и другие. Появляется также нарушение и в репродукционной функции из-за недостатка ненасыщенных жиров.

Для данной научной работы был создан анонимный опрос, в котором приняли участие люди трех категорий: с заболеванием РПП, находящиеся в ремиссии и здоровые. Поскольку данная болезнь имеет обширное влияние на полость рта и способны привести все составляющие элементы полости рта ко многим пагубным последствиям, мы приняли решение опрашивать анкетирующихся основываясь лишь на самом распространенном последствии – кариесе. Благодаря данным, которые собирались на протяжении недели, была

составлена диаграмма по результатам исследования, в котором также учитывалось посещение стоматологического кабинета.



Среди 10 человек каждой группы, мы выдвигаем статистику, по которой выявлено 8 пациентов из 10, страдающие заболеванием РПП с глубокими кариозными поражениями, в то время, когда среди 10 здоровых лишь 1 человек страдает кариесом. Стоит отметить, что среди 10 пациентов находящиеся в ремиссии, кариесом страдают лишь трое.

При проведении опроса также учитывался фактор посещения к стоматологу. Люди, не страдающие РПП, отметили, что посещают врача не реже 1 раза в год. Те, кто находится в ремиссии, признались, что проходили длительное лечение в стоматологическом кабинете и сейчас регулярно ходят к стоматологу каждые полгода. Пациенты, страдающие, в частности, булимией ответили, что из-за чувства вины и стыда не ходят к стоматологу на плановый осмотр, а посещают врача лишь по острой боли.

Судя по диаграмме, люди с РПП имеют серьезные заболевания полости рта, а поскольку они не посещают плановые осмотры, которые здравоохранении РФ рекомендует проходить не реже 1 раза в год, можно с уверенностью сказать, что в дальнейшем кариозные поражения будут развиваться в такие диагнозы как пульпит, пародонтит и другие. На основе этого мы выдвигаем перечень рекомендаций по гигиене зубов после приступа рвоты.

В первую очередь, хочется упомянуть, что ни в коем случае нельзя чистить зубы после вызывания рвотных масс. Зубы, под влиянием желудочного сока размягчаются, и чистка может вызвать эрозию эмали. Рекомендуется для начала восполнить наличие жидкости в организме, выпив стакан воды, после, необходимо прополоскать рот, чтобы нейтрализовать кислоту и убрать ее остатки с эмали зубов. Примерно спустя полчаса следует почистить зубы, применяя зубную пасту с фтором, которая укрепляет и защищает эмаль от эрозии. [1, с. 478]

Во время ремиссии необходимо тщательно следить за полостью рта используя все средства гигиены, что рекомендует врач определенному пациенту. Следует помнить, что иногда случается рецидив и это естественный процесс при лечении любой болезни. Нельзя бросать лечение, поскольку заболевания полости рта могут быть коварны и имеют шанс обернуться в самые плохие последствия, лишив человека таких способностей как воспринимать пищу на вкус из-за изменений слизистой последствием желудочного сока или вызвать адентию из-за обострений кариеса.

В данной статье мы разобрали причины и следствия болезни полости рта. Важность данной статьи заключается в напоминании о своевременном лечении и необходимой профилактики. При данном психическом расстройстве необходимо не забывать о своем

здоровье и незамедлительно обращаться к соответствующим врачам по решению психических и стоматологических проблем.

Таким образом, наша гипотеза подтвердилась, РПП имеет большое влияние на заболевания полости рта и способна быстро ее уничтожить. Дальнейшее исследование может быть направлено на состояние полости рта в пожилом возрасте после ремиссии РПП.

Список использованных источников:

1. Е.Н. Жулева, О.А. Успенская *Заболевания слизистой оболочки полости рта / под ред. О.А. Успенской, Е.Н. Жулева. – Н.Новгород: НижГМА, 2017. – 407-432, 478 с.*
2. А.А. Коршуновой *Последствия булимии, статья под ред. А.А. Коршуновой - URL: <https://cirpp.ru/blog/posledstviya-bulimii/#7> (дата обращения 2021г.)*
3. А.В. Назаренко *Булимия и зубы. 6 необратимых изменений, влияющие на вашу улыбку / Статья под ред. А.В. Назаренко. – URL: <https://bulimii.net/stati/bulimiya-i-zuby-6-neobratimyh-izmeneniy-ubivayuschih-vashu-krasivuyu-ulybku>*
4. Хардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р. *В плену у еды: булимия, анорексия, vomiting. Краткосрочная терапия нарушений пищевого поведения / под ред. Е.Первышева – Москва: И-трейд 2019. – 107 с.*
5. Colgate *Влияние нарушений пищевого поведения на здоровье ротовой полости / URL: <https://www.colgate.com/kz-kz/oral-health/anorexia-bulimia/how-do-eating-disorders-affect-your-mouth-0314>*
6. *Опрос для исследования - <https://xoyondo.com/ap/v2o2xzobwwncwad>*

ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СО ШТАМПОВАННО-ПАЯНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Аскеров Тамерлан Русланович

Руководитель: Багнова Вероника Александровна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Основываясь на исследованиях, которые я проводил для своей курсовой работы, и полученных на данный момент знаниях, я провел анализ особенностей цельнолитых несъемных конструкций и штампованно-паяных протезов. В этой статье сравниваются свойства этих двух видов протезов.

Количество пациентов, страдающих от потери зубов, растет с каждым годом. При ортопедическом лечении все больше внимания привлекает металлическая природа зубных протезов. Степень воздействия металла на состояние в полости рта зависит от качества материала, общего состояния здоровья пациента и других факторов. Большое количество пациентов страдает от аллергических реакций на металлы в полости рта.

Это связано с тем, что для решения данной проблемы металлические материалы должны быть удалены из полости рта или заменены более дорогими материалами. Целью данного исследования было изучение свойств цельнолитых конструкций зубных протезов и их сравнительных характеристик с прессованными и паяными конструкциями.

Цельнолитые конструкции, как и другие, имеют отрицательные характеристики, например, неудовлетворительную эстетику, но у них есть и много положительных качеств, таких как долговечность и прочность, достигаемые литьем.

Литье в стоматологии стало большим скачком в развитии медицины. Оно привело к изменениям в технических процессах производства протезов и, что самое главное, обеспечило высокое качество и улучшило оказание стоматологической помощи.

В целом цельнолитое производство является более современным и качественным, чем штампованное и паянное.

Во-первых, при подготовке штампованной коронки с зуба удаляется меньше твердых тканей, в то время как при изготовлении цельнолитой коронки - больше. Однако при сравнении точности окклюзии с противоположным зубом штампованная коронка уступает цельнолитой.

Следует сравнить срок службы протеза. Штампованные и паяные конструкции имеют срок службы 3-4 года, а цельнолитые - 7-8 лет. (Диаграмма 1).

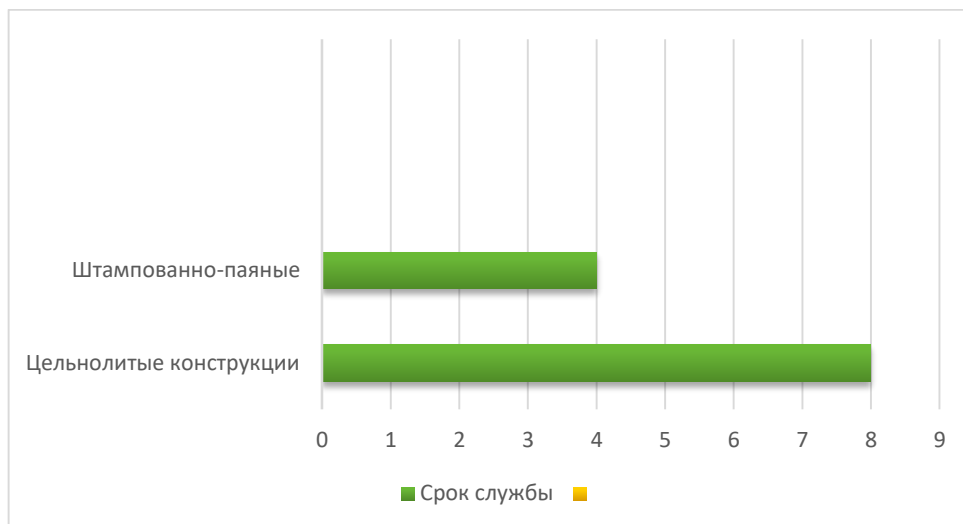


Диаграмма 1. Срок эксплуатации протезов

Общим критерием для обоих видов протезов будет являться неудовлетворительная эстетика, но большим плюсом обладают цельнолитые протезы. Их эстетика достигается за счет облицовывания керамическими или пластмассовыми массами.(Рис 1. и Рис 2.).



Рис 1. Протезирование штампованными конструкциями



Рис 2. Протезирование цельнолитыми конструкциями.

Другим распространенным критерием является гальванизм, который чаще встречается в штампованных паяных конструкциях из-за неоднородности металла. Штампованные коронки могут негативно влиять на десневой край и вызывать раздражение. Цельнолитые коронки могут привести к выпадению зубов.

Если сравнивать эти технологии производства, то цельнолитые коронки проще в изготовлении. Не нужно прессовать коронку или паять части протеза. Это экономит время пациента, врача и зубного техника. Цельнолитые коронки изготавливаются методом литья по выплавляемым моделям. (Таблица 1.)

Таблица 1. Сравнительная характеристика цельнолитых и штампованно-паяных мостовидных протезов.

Критерии	Цельнолитые конструкции	Штампованно-паяные конструкции
Подготовка опорных зубов	Твердых тканей сошлифовывается больше, возможно депульпирование	Твердых тканей с ошлифовывается меньше
Срок эксплуатации	7-8 лет	3-4 года
Эстетика	Неудовлетворительна, но имеется преимущество – облицовывание керамическими или пластмассовыми массами	Неудовлетворительна
Риск появления гальванизма	минимален	максимален
Технология изготовления	Более просты в изготовлении	Имеются этапы штамповки коронок и паяние частей протеза

Основываясь на сравнительные характеристики двух видов протезов, я могу сделать вывод, что полностью литые конструкции более функциональны, долговечны, эстетически привлекательны и снижают риск внутриротовых электрохимических процессов. Однако, за исключением пластмассовых и керамических коронок, эстетика таких протезов оставляет желать лучшего. Для лечения пациентов с частичной потерей зубов разумнее использовать прочные литые протезы.

Список использованных источников:

1. Жильцова, Н.А. Технология изготовления несъемных протезов : учебник / Н.А. Жильцова, О.Н. Новгородский, А.Б. Бакулин – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021
2. Лапина Н.В. Зубопротезирование простое 2019
3. Саватеев, Ю.В. Зуботехническое материаловедение с курсом охраны труда и техники безопасности 2020
4. Смирнов, Б. А. Зуботехническое дело в стоматологии: учебник / Смирнов Б.А., Щербаков А.С. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.-336 с.
5. <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1025>
6. <https://cialis20.ru/mufelnye-pechi/>
7. <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%83%D1%84%D0%B5%D0>

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ И МЕТАЛЛОАКРИЛОВЫХ ПРОТЕЗОВ

*Гаврилова Екатерина Андреевна
Руководитель: Багнова Вероника Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

На основе своей работы по теме: "Современные технологии изготовления металлоакриловых конструкций зубных протезов" я решила сравнить протезы из металлокерамики и металлоакрилата. Актуальность исследования темы протезирования на сегодняшний день становится все более значимой, в силу учащения случаев потери зубов и обращения с данной проблемой в здравоохранительные учреждения. При этом эстетическая составляющая в практике ортопедической стоматологии, безусловно, является одной из наиболее важной части успешного завершения лечения, цель которого заключается не только в восстановлении жевательной функции, но и воссоздании формы, цвета, фотооптического эффекта естественного зуба. В связи с этим исследовательская работа представляет теоретический и практический интерес, так как металлокерамические и металлоакриловые конструкции весьма эстетичны и лучше других конструкций имитируют естественные зубы. Особая значимость данных конструкций определяется возможностью изготовления в короткие сроки и обладание высокими механическими качествами. Также актуальность данной темы обоснована её широким применением в ортопедической стоматологии по всей нашей стране и почти в каждом здравоохранительном учреждении.

Основные особенности металлокерамических протезов

Этот вид протезов является разновидностью цельнолитых конструкций, представляет собой металлическую основу (каркас) с керамической облицовкой. Она создается из особых сплавов (диоксид циркония, кобальт/хром либо никель/хром), разработанных специально для стоматологических нужд. Иногда для изготовления основы используются сплавы с включением драгоценных металлов (золото, серебро, палладий).

Основные особенности металлоакриловых протезов

Протез из металлоакрила представляет собой несъемную конструкцию из металлического основания, на которое сверху нанесено пластмассовое покрытие. Это цельнолитой протез, который не разбирается, и не разделяется после изготовления. Применяется для единичной реставрации зуба, а также для восстановления до трех единиц в составе мостовидного протеза.

Кроме того, металлопластмассовые коронки используют при проведении одномоментной имплантации, в качестве временной конструкции. В период остеоинтеграции, такой протез обеспечивает оптимальную нагрузку на челюсть, а также полноценную функциональность, с защитой от механического и бактериального воздействия.

Металлопластмассовые протезы бывают литые и штампованные. Первые считаются более прочными и надежными. Производят их методом литья, с использованием индивидуальных слепков с челюсти пациента. В качестве сырья для каркаса применяется комбинированный сплав из кобальта и хрома. После готовности и застывания базиса, сверху наносят облицовку из полимеров. Если у пациента аллергия на сплав, для создания каркаса можно использовать благородные металлы, золото и платину.

Штампованные металлические коронки с пластиковой облицовкой изготавливаются по шаблону. На готовый штамп наносят пластмассу. Отвердевание поверхности происходит под воздействием лампы. Подобные заготовки всегда есть в наличии в зуботехнической лаборатории, поэтому изготавливают протезы очень быстро. Минусы: штамп не учитывает анатомические особенности строения челюсти пациента. В результате коронка может

неплотно прилегать к десне. Это становится причиной скопления бактерий, и развития кариеса.

Плюсы и минусы протезирования зубов металлокерамикой

Обладает следующими преимуществами:

- эстетичность – конструкция абсолютно не отличается по внешнему виду от живых зубов, гармонируя с ними по форме и цвету (обширная палитра оттенков керамического покрытия);
- биологическая совместимость – индифферентность к тканям полости рта, практически не вызывает аллергии (всегда есть процент возникновения побочных явлений, зависит от индивидуальной чувствительности);
- функциональность – зубы из металлокерамики функционируют наравне с натуральными, не создают отличий, дискомфорта;
- долговечность – прочная, отлично переносит жевательные нагрузки, равномерно их распределяет, что минимизирует риск сколов, трещин, деформации. Срок службы около 10 лет и больше;
- гигиеничность – не подвержена влиянию бактерий и микроорганизмов;
- стойкость цвета – не окрашивается ни одним пищевым красителем, что избавляет от ограничений в еде и напитках;
- защита зуба – плотно прилегает к поверхности, предотвращая дальнейшее разрушение.

Недостатки:

- депульпирование и препарирование – для установки необходимо удаление зубных нервов и частичное удаление твердых тканей;
- возможно изнашивание контактирующих натуральных зубов, поскольку они мягче.

Основные места установки таких протезов – боковые участки, на которые приходится жевательная нагрузка. На передних зубах применяют конструкции на основе диоксида циркония, который не просвечивает сквозь керамику. Коронки ставятся на частично разрушенный зуб. Если от него остался лишь корень, то устанавливают металлокерамику на штифт, а при полном отсутствии одного или нескольких зубов ставят мостовидный протез.

Металлопластмассовые зубные протезы плюсы и минусы

Среди преимуществ, которые показывают сильные стороны и позволяют максимально эффективно использовать металлоакриловые конструкции, можно выделить:

- легкость установки, не требующей хирургического вмешательства;
- достаточная долговечность и среднее соотношение среди протезов цены и сроков службы;
- качественная цветопередача и возможность подбора требуемого оттенка;
- если реставрируемая единица имеет слабую эмаль, то коронка позволит защитить ее;

Основными проблемами, связанными с эксплуатацией металлоакриловых конструкций, являются следующие недостатки:

- Бруксизм, патологическая стираемость, привычка сжимать челюсти с большим усилием – все это препятствует длительной эксплуатации и часто приводит к повреждениям, сколам, трещинам;

- Проявления аллергии, раздражение, покраснение, дискомфорт и прочие признаки отторжения;
 - Материал имеет пористую структуру, а потому склонен накапливать и впитывать запахи, загрязнения, красители в пище/питье. Это приводит к постепенному изменению цвета и появлению посторонних запахов. Поверхность также создает благоприятную почву для развития патогенных микроорганизмов;
 - Объем полимера может меняться под действием температуры, а также накопленной жидкости. Постепенно соединение ослабевает и, как следствие, протез может выпасть.
- Подготовительные мероприятия включают:

- профессиональный визуальный осмотр и контрольный рентгеновский снимок для того, чтобы убедиться в отсутствии очагов воспаления. Если таковые имеются, то их необходимо устранить терапевтическим путем;
- при наличии ранее запломбированных каналов – контроль их состояния, при необходимости поврежденные пломбы удаляют и ставят новые;
- процедуру депульпирования зуба – удаляют нервы с последующим пломбированием каналов. При установке протеза на передний зуб это обязательно, в случае с многокорневым зубом решение принимается стоматологом исходя из индивидуальных особенностей пациента и состояния зуба. Эта необходимость вызвана высокой вероятностью разрушения пульпы с сопутствующими неприятными симптомами, что повлечет снятие протеза и дополнительное лечение. Поэтому данный момент крайне важен;
- при кариозном поражении зуба проводят терапевтическое лечение до полного устранения процесса;
- если зуб разрушен менее чем на 50%, то применяют установку штифта в корневой канал. Далее осуществляют восстановление коронки зуба при помощи пломбировочных материалов;
- полное или критическое разрушение коронковой части зуба требует постановки культевой вкладки.

Стадии протезирования

- круговое стачивание зуба на толщину стенок коронки, так формируется культя;
- по специальной шкале подбирается цвет будущего протеза;
- снимается слепок-мерка, на основании которой зубной техник создает металлокерамический или металлопластиковый протез;
- пациенту временно (7-10 дней) устанавливают специальную пластмассовую коронку. Это делается для защиты сошлифованного зуба и устранения психологического дискомфорта пациента, ведь сточенный зуб выглядит неэстетично;
- непосредственная установка готового протеза, включающая примерку и, при необходимости, корректировку.

Металлокерамика или металлопластмасса – что выбрать?

Нужно понимать, что металлопластмассовые коронки не рассчитаны на длительную эксплуатацию, это временное решение. Выбирая зубное протезирование металлокерамикой, пациент получает оптимальное соотношение цены и качества. Преимуществ у этих протезов масса, а стоимость оправдывает себя с запасом.

Коронка из керамики обладает хрупкостью, что при различных обстоятельствах может привести к сколам, которые трудно поддаются восстановлению прямым методом.

Пластмассовые коронки по прочности и износостойкости сильно уступают конструкциям из керамики, имеют короткий срок службы.

Учитывая положительные и отрицательные характеристики данных конструкций, металлоакриловые протезы уступают металлокерамическим. Но окончательный выбор остаётся за пациентом.

Список использованных источников:

1.Абакаров, С. И. *Современные конструкции несъемных зубных протезов : учебное пособие / С. И. Абакаров. – Москва : Высшая шк., 2019. – 94 с. – ISBN 5-06-003280-9. – Текст: непосредственный.*

2.Жулев, Е.Н. *Несъемные протезы: теория, клиника и лабораторная техника : монография. / Е. Н. Жулев. – 4-е издание. – Нижний Новгород : Нижегородской гос. Мед. Академии, 2018. – 365 с. – ISBN 5-7032-0330-09. – Текст : непосредственный.*

3.Клинико-лабораторные этапы изготовления несъемных зубных протезов: учебно-методическое пособие / С. А. Наумович [и др.]. – Минск : БГМУ, 2020 – 35 с. – ISBN 978-985-567-299-0. – Текст : непосредственный.

4.Курбанов О.Р. Абдурахманов А.И., Абакаров С.И. *Ортопедическая стоматология (несъемное зубное протезирование). ГЭОТАР-Медиа 2015.*

ОСОБЕННОСТИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА С БЕЗМЕТАЛЛОВОЙ КЕРАМИКОЙ

Димитрова Вера Александровна

Руководитель: Багнова Вероника Александровна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

В процессе написания данной статьи мною было проведено сравнение и анализ современных технологий изготовления несъёмных протезов, их эстетичность и использование.

В стоматологии появляются новые методы изготовления металлокерамики и безметалловой, а также разрабатываются инновационные технологии. Очень важным моментом при изготовлении несъемных конструкций является не только их качество, но и длительность использования. Это такой промежуток времени, в течение которого функционирование наиболее эффективно без каких-либо неприятных последствий.

Самыми популярными и доступными считаются конструкции из металлокерамики (рис. 1). Металлокерамические протезы состоят из сплавов металлов и керамики. Каркас протеза может чуть больше тонкого наперстка или напоминать литую коронку, где удалена часть металла. Нарушенные контуры протеза восстанавливаются при помощи фарфора, скрывающий металлический каркас, восстанавливает необходимый цвет и форму, что делает мостовидный металлокерамический зубной протез максимально похожим на естественные зубы. Конструкции из этих материалов обладают высокой прочностью и эстетическими качествами. Приемлемая стоимость в соотношении с длительным сроком службы. Из преимуществ, которые связаны со здоровьем пациента стоит отметить отсутствие аллергических реакций на керамику и недопустимый контакт металла с мягкими тканями полости рта, что предотвращает их раздражение. Одним из недостатков можно выделить значительное препарирование твёрдых тканей зуба.



(рис. 1) Металлокерамический протез

Для изготовления таких конструкций были разработаны специальное оборудование и материалы. На сегодняшний день реставрация зубов при помощи металлокерамических протезов (рис. 2) является наиболее широко распространенным методом эстетического протезирования. Металлокерамика основана на разработанных в современной технике методах керамических покрытий разных металлов. Такое соединение значительно расширяет возможность применения различных, строго индивидуальных и лабораторно изготавливаемых металлокерамических конструкций зубных протезов. При этом важно определить технические возможности покрытия керамикой металлов и отобрать из них оптимальный вариант для стоматологической практики, подобрать необходимые сплавы, устойчивых в полости рта.



(рис.2) Разновидность металлокерамических конструкций

Помимо металлокерамики так же популярно используются протезы из безметалловой керамики. (рис. 3)

Применение цельнокерамических конструкций в стоматологии дает возможность восстановления зубов у пациентов, имеющих аллергическую реакцию на металл. Поэтому не наблюдается явлений гальванизма в полости рта, не происходит окрашивание тканей десны в темный цвет и нет влияния на слизистую оболочку.

При необходимости восстановления цвета и формы передних зубов, установка керамических зубных конструкций является наиболее рациональным решением. В настоящее время широко применяется в ортопедической стоматологии изготовление протезов из безметалловой керамики, как во фронтальном, так и в жевательном отделе.



(рис. 3) цельнокерамическая конструкция

Можно считать, что это передовые технологии в сфере ортопедической стоматологии. Безметалловые конструкции позволяют полностью повторить цвет естественных зубов. Они имеют идеальный оптический светоотражающий эффект, сходный с эмалью. Свет, падающий на поверхность цельнокерамического протеза, может проникать на определенную глубину внутрь керамики, а затем отражаться от зубных тканей, аналогично тому, как это происходит в живом зубе. Так же немаловажно, что отсутствует темная полоса на границе десны и коронки, так как в ней нет металлического каркаса. Со временем они становятся более заметны при восстановлении зубов металлокерамическими коронками.

Таблица 1. Сравнительная характеристика конструкций из металлокерамики и безметалловой керамики.

Характеристики	Металлокерамика	Безметалловая керамика
Прочность и долговечность	8-10 лет	При сколах безметалловую коронку в отличие от металлокерамической легко отреставрировать. 8-10 лет
Эстетика	имеют удовлетворительные визуальные качества	прекрасно имитируют структуру, цвет и блеск натуральных зубов
Уход	требуют полировки при проведении профессиональной чистки зубов	уход прост как за естественными зубами
Безопасность	Есть вероятность аллергической реакции	не имея металла в своем составе, не вызывают аллергических реакций и металлического привкуса во рту
Способ изготовления	вручную	компьютерное 3D моделирование
Стоимость	средняя	высокая

Итак, подводя итоги проведенного мною исследования и исходя из тенденций развития ортопедической стоматологии, можно констатировать тот факт, что цельнокерамические технологии занимают преимущественно лидирующие позиции по сравнению с металлокерамическими. Следует подчеркнуть, что безметалловые конструкции соответствуют высочайшим требованиям качества, биосовместимости и эстетической

красоты. Химические свойства керамики позволяют связывать керамические реставрации и ткани зуба в единое целое с помощью специальных материалов, что дополнительно повышает прочность и эстетичность. В итоге цельнокерамические конструкции гораздо прочнее металлокерамических.

Список использованных источников:

1. Жильцова, Н.А. *Технология изготовления несъемных протезов* : учебник / Н.А. Жильцова, О.Н. Новгородский, А.Б. Бакулин – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021
2. Н.Г.Аболмасов, Н.Н.Аболмасов, В.А.Бычков, А.Аль-хаким. *Ортопедическая стоматология. Учебник для студентов*
3. <https://www.kp.ru/guide/bezmetallovaja-keramika.html>
4. <https://www.novadent.ru/publikacii/statyi/bezmetallovaya-keramika-keramicheskaya-koronka-po-nizkim-tsenam/>

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Полякова Виолетта Александровна
Руководитель: Хлебунова Екатерина Анатольевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Социальное партнерство в медицинском колледже – это отношения между образовательными учреждениями и учреждениями здравоохранения, основанные на взаимной заинтересованности и конечном результате. При этом социальное партнерство позволяет учреждениям здравоохранения стать активными и полноправными участниками образовательного процесса, оказывая влияние на «святая святых» образования – его содержание, а образовательным учреждениям – оказывать влияние на качество медицинской помощи населению. Основой взаимодействия между партнерами является сотрудничество, цель которого – удовлетворение текущих и перспективных потребностей регионального здравоохранения.

Впервые понятие социального партнерства появилось 1 июля 1949 г. В Конвенции международной организации труда № 98 «Относительно применения принципов права на организацию и на заключение коллективных договоров».

Социальное партнерство в сфере труда регулируется "Трудовым кодексом Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 25.12.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2024) [3]. В нем отражены права и обязанности работника и работодателя, вопросы охраны труда, профподготовки, переподготовки и повышения квалификации, трудоустройства, социального партнерства [1].

Механизм создания социального партнерства – это движение навстречу друг другу, в котором научную и организационную основу системы составляют согласование целей, координация педагогических действий руководителей, преподавателей и организаторов практического обучения, связь теории с практикой. При этом одновременно удовлетворяются потребности:

- конкретного учреждения здравоохранения;
- студента как личности – в его интеллектуальном развитии и профессиональном самоопределении;
- колледжа, который получает хорошо адаптированную к потребностям практической подготовки студентов базу.

На сегодняшний день учреждения здравоохранения с успехом осваивают инновационные формы организации труда, основанные на внедрении современных инновационных сестринских технологий, стандартизации сестринской деятельности, организации сестринского ухода по технологиям «Сестринский процесс» и «Школы

здоровья». Все это и послужило основанием поиска новых форм социального партнерства между медицинским образовательным и лечебными учреждениями.

Определены задачи социального партнерства в данной сфере.

- Планирование и осуществление совместной взаимовыгодной деятельности, направленной на повышение качества помощи пациентам.
- Оказание методической и консультативной помощи сестринскому персоналу по освоению инновационных сестринских технологий и проведению научных исследований в области сестринского дела.

Существуют основные принципы социального партнерства:

- следование нормам законодательства;
- полномочность, равноправие представителей сторон в свободе выбора и обсуждение вопросов, входящих в состав содержания соглашения;
- добровольность сторон в принятии и несении обязательств и ответственности;
- регулярность контроля и ответственность за выполнение обязательств.

Субъекты социально-партнерских отношений - участники данных отношений, наделенные правами и обязанностями; это представители государства, работодателей, наемных работников.

Объект социального партнерства - основные мероприятия по стабилизации существующего порядка или проведению в жизнь намеченных преобразований, исходя из оценок уровня жизни и характеристических показателей.

Социальное партнерство осуществляется на следующих уровнях:

- на федеральном уровне устанавливаются основы регулирования отношений в сфере труда в Российской Федерации;
- межрегиональном уровне (устанавливаются основы регулирования отношений в сфере труда в двух и более субъектах Российской Федерации);
- региональном уровне (устанавливаются основы регулирования отношений в сфере труда в субъекте Российской Федерации);
- отраслевом уровне (устанавливаются основы регулирования отношений в сфере труда в отрасли (отраслях));
- территориальном уровне (устанавливаются основы регулирования отношений в сфере труда в муниципальном образовании);
- на локальном уровне устанавливаются обязательства работников и работодателя в сфере труда [2].

Цели социального партнерства в медицине

Одной из основных целей социального партнерства в медицине в Волгоградской области является повышение доступности медицинских услуг. Благодаря совместным усилиям государства, общественных организаций и частных предпринимателей удалось создать условия, при которых каждый житель региона может получить квалифицированную медицинскую помощь в удобном для себя месте и время.

Еще одной важной целью социального партнерства в медицине является повышение качества медицинских услуг. Предприятия и организации, входящие в состав партнерских программ, регулярно обновляют и модернизируют свое оборудование, повышают квалификацию персонала и внедряют новые методики и технологии лечения. Таким образом, пациенты получают доступ к самым современным методам диагностики и лечения.

Социальное партнерство в медицине также направлено на улучшение предоставляемых услуг. Медицинский персонал активно взаимодействует с общественностью, слушают мнения и предложения пациентов. Благодаря этой открытой коммуникации происходит постоянное совершенствование и адаптация предоставляемых медицинских услуг под потребности пациентов.

Социальное партнерство в медицине в Волгоградской области принесло множество позитивных результатов. Жители региона получили доступ к лучшим медицинским услугам, уровень здравоохранения значительно улучшился, повысилась общая продолжительность жизни. Также социальное партнерство создало новые рабочие места и способствовало развитию медицинской индустрии региона.

Социальное партнерство в Волгоградском медицинском колледже

Социальное партнерство в медицине между лечебными и образовательными учреждениями в Волгоградской области играет важную роль в развитии здравоохранения и образования. Это сотрудничество способствует улучшению качества медицинского обслуживания и подготовке квалифицированных медицинских кадров.

Одной из основных областей совместной работы между лечебными учреждениями и колледжем является образование студентов-медиков. Лечебные учреждения предоставляют студентам возможность проходить практику на своей базе. Это позволяет студентам получить практический опыт работы с пациентами и развить необходимые навыки при применении медицинских технологий. В свою очередь, колледж обеспечивает теоретическое обучение студентов и подготавливает их к практической работе.

Социальное партнерство также способствует совместному повышению квалификации медицинских работников и преподавателей. Лечебные учреждения организуют обучающие мероприятия, семинары и мастер-классы.

Есть еще одна область социального партнерства – **целевое обучение**. Данное направление получает все большее развитие, оно подразумевает успешное освоение образовательной программы с последующим трудоустройством в конкретное медицинское учреждение. При этом оплата за обучение (в случае, если таковая предусматривается) осуществляется из фонда финансирования медицинской организации. Таким образом, сотрудничество позволяет колледжу подготовить кадры для конкретных медицинских учреждений, которые, в свою очередь, готовы принять выпускников без промедления. Выпускники же, прошедшие подготовку по целевому направлению, обеспечены рабочим местом.

В целом, социальное партнерство по целевому обучению является важным инструментом для совершенствования образования и подготовки студентов к будущей профессии. Оно объединяет образовательные учреждения и предприятия в сотрудничество, давая студентам возможность развивать свои навыки и получать реальный опыт работы.

Социальное партнерство в медицине между лечебными учреждениями и образовательными организациями в Волгоградской области является важным фактором для поддержания и развития медицинской сферы. Благодаря такому сотрудничеству осуществляется передача знаний и опыта от более опытных специалистов молодым кадрам. Это позволяет создать единую благоприятную среду для развития и применения новейших медицинских технологий, методик ухода, лечения и реабилитации пациентов.

Список использованных источников:

1. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 25.12.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2024)
2. Сафонов, В. А. Социальное партнерство: учебник для вузов / В. А. Сафонов. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 395 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-01455-6.
3. Консультант Плюс [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 18.01.2024)

ФОРМИРОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ШКОЛЬНИКОВ С ПОМОЩЬЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПЛАТФОРМЫ JOYTEKA

Джусова Анастасия Руслановна

Руководители:

И.В. Фоменко, доктор медицинских наук, профессор,

Е.Е. Маслак, доктор медицинских наук, профессор

ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"

Министерства здравоохранения РФ, Волгоград

Введение. В программу внеурочного обучения «Здоровый образ жизни» школьников 5-7 классов внедрены интерактивные ресурсы, разработанные на образовательной платформе Joyteka, повышающие уровень стоматологической грамотности детей. В результате проведения интерактивных мероприятий установлено, что дети в возрасте 10-12 лет хорошо запоминают информацию, преподнесенную в игровой форме.

Актуальность: Развитию основных стоматологических заболеваний у школьников (кариес зубов, болезни пародонта) способствуют поведенческие факторы: неправильная гигиена рта, нарушения питания, отсутствие профилактических мер.

Гипотеза: интерактивные занятия могут улучшить знания и навыки школьников в области стоматологической профилактики.

Цель: разработать комплекс интерактивных ресурсов, улучшающих отношение школьников к заботе о своем стоматологическом здоровье.

Задачи:

- разработать анкету и провести анкетирование, выявляющее уровень стоматологической грамотности школьников;
- разработать интерактивные ресурсы, направленные на информирование учащихся о важности для здоровья гигиены рта, питания, фторидов и регулярности посещения врача-стоматолога;
- провести комплекс интерактивных мероприятий и выяснить, изменилась ли после этого забота детей о своем стоматологическом здоровье;
- разработать практические советы по профилактике кариеса и воспаления десен и разместить их в Telegram-канале.

Объект: школьники в возрасте 10-12 лет.

Предмет: знания и навыки учащихся по гигиене рта, питанию, применению фторидов, посещению стоматолога до и после использования интерактивных ресурсов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 79 учащихся МБОУ СШ № 6 г. Котово Волгоградской области. Разработан и применен комплекс интерактивных приложений (моделирование) на образовательной платформе Joyteka, направленный на улучшение знаний детей по вопросам профилактики кариеса и болезней пародонта. Составлена анкета, включающая 10 вопросов (по 3 варианта ответов на каждый вопрос) и дважды, до и после комплекса интерактивных мероприятий, проведено анкетирование учащихся. Проведена статистическая обработка данных и анализ полученных результатов.

Новизна: нами разработаны интерактивные ресурсы, повышающие информированность учащихся 10-12 лет о профилактике стоматологических заболеваний.

Теоретическая и практическая значимость: результаты исследования и разработанные интерактивные приложения могут быть использованы учителем в школе на уроках, спецкурсах и классных часах с целью пропаганды здорового образа жизни.

Результаты и обсуждение. В результате первого анкетирования установлено, что многие школьники имели неправильные знания и навыки по гигиене рта: 31,6% – чистили зубы один раз в день, 6,5% – лишь по необходимости; 30,3% чистили зубы менее минуты, 15,1% – более пяти минут; 16,4% использовали зубные щетки с мягкой щетиной; 32,9% меняли зубную щетку раз в полгода, а 5,1% – раз в год; 37,9% не использовали interdentalные

средства гигиены, а 26,5% пользовались зубочистками и зубными нитями только при крайней необходимости. Большинство (64,6%) респондентов не знали, содержит ли их зубная паста фториды, а 17,7% отрицали содержание фторида в зубной пасте. Более половины респондентов не заботились о здоровом питании: каждый день ели сладкое (53,2%), крайне редко (35,4%) или почти никогда (3,8%) не употребляли твердые овощи и фрукты (морковь, яблоки и др.). У многих (43,1,3%) детей сохранились вредные привычки грызть твёрдые предметы (ногти, карандаши и др.). Большинство школьников не имели навыка регулярного посещения врача-стоматолога, обращались по крайней необходимости (60,7%) или совсем не обращались (6%).

Анализ представленных данных показал, что в целом уровень знаний и навыков по вопросам профилактики стоматологических заболеваний у исследуемых детей недостаточный. Чтобы заинтересовать учащихся и повысить уровень стоматологических знаний, была разработана и проведена игра «Гигиена рта и здоровое питание человека». Ученики, разделившись на 2 команды, постигали азы стоматологического здоровья и уясняли некоторые вопросы, оставшиеся после анкетирования. После игры прошла разъясняющая беседа в виде классного часа.

Затем на образовательной платформе Joyteka были созданы следующие интерактивные ресурсы:

- теоретическое занятие с выбором ответов на знание стоматологических терминов[4].: «Гигиена рта»;

- интерактивное тестирование «Стоматологическое здоровье и профилактика кариеса у подростков» для проверки знаний и формирования культуры стоматологического здоровья школьников;

- квест-игра «Чистота зубов – залог здоровья!», в ходе которой учащиеся находили предметы с вопросами, отвечали на них; пройдя такой квест, дети ещё раз вспомнили и закрепили правила гигиены рта.

По результатам интерактивных занятий детьми были сделаны буклеты, плакаты, закладки и т.д., которые они разместили в Telegram-канале

«Школьные перемены» для информирования учащихся других классов.

После комплекса интерактивных мероприятий было проведено повторное анкетирование, которое выявило значительное улучшение информированности у 77 (97,5%) из 79 школьников. Это подтвердило значимость интерактивных занятий в игровой форме для формирования стоматологической грамотности детей[3].

Выводы: уровень стоматологической грамотности школьников 10-12 лет можно улучшить путем использования интерактивных ресурсов, что должно повлиять на качество выполнения ими индивидуальных мер профилактики и, в конечном итоге, улучшить стоматологическое здоровье.

Список использованных источников:

1. Леус, П. А. Оптимизация программ стоматологической помощи детям школьного возраста / П. А. Леус // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2007. – № 2. – С. 59–64.
2. Никандров В.В. *Экспериментальная психология. Учебное пособие*. – СПб.: Издательство «Речь», 2003. – 480 с. ISBN 5-9268-0217-2
3. Персин, Л.С, Елизарова В.М., Дьякова СВ. *Стоматология детского возраста*. — Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 640 с: ил. (Учеб.лит. Для студентов мед.вузов.) ISBN 5-225-04354-2
4. Улитовский, С. Б. Пути профилактики кариеса / С. Б. Улитовский // *Новое в стоматологии*. – 2002. – № 2. – С. 32–36.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НАЗАЛЬНЫХ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Калинина Надежда Алексеевна
Нурисламова Маргарита Романовна
Руководитель: Григорьева Наталия Сергеевна
Волжский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Волжский

Заболеваемость, перепись населения, продажа автомобилей, банкротство, браки— без анализа данных сегодня не принимается ни одного серьезного решения, будь то политика, экономика, медиа или наука. Статистические характеристики и исследования играют значительную роль в нашей жизни и используются не только в математике, но и в других науках. Статистические методы исследования дают возможность раскрыть количественные характеристики изучаемых явлений. По сути, статистика — это способ общества изучить себя и то, что происходит вокруг.

Несмотря на поговорку "леченый насморк длится неделю, а нелеченый — семь дней", средства от него остаются популярной группой препаратов, представленных в аптеках. Ежегодные продажи сосудосуживающих препаратов в России достигают сотен миллионов упаковок, прибыль от их продажи исчисляется десятками миллиардов рублей. В весенне-осенний сезон ни один рекламный блок на телевидении не обходится без ролика, где какой-нибудь бравый профессор, блогер или спортсмен капает в нос себе или другим. Более того, лечение насморка становится все более сложным и наукоемким процессом — сейчас насморк все чаще лечат не одним, а двумя средствами [1].

Целью данной работы является подробное изучение статистики и её роли в фармации, а также исследование зависимости населения от сосудосуживающих препаратов.

Для достижения поставленной цели определены следующие задачи:

1. рассмотреть математическую статистику как отдельную науку и статистику в целом;
2. изучить симптомы и причины появления зависимости от назальных препаратов;
3. изучить динамику аптечных продаж при ЛОР-заболеваниях;
4. провести анкетирование по данной теме, проанализировать результаты анкетирования и дать рекомендации правильного применения сосудосуживающих средств.

Объект исследования: статистические данные зависимости населения от назальных сосудосуживающих препаратов.

Предмет исследования: зависимость населения от назальных сосудосуживающих капель.

Методы исследования: анализ, сравнение, обобщение, анкетирование.

Перед тем как приступить к выполнению исследования по данной теме, мы изучили несколько основных вопросов: математическая статистика, методы сбора и обработки информации, разновидности сосудосуживающих капель и их состав, причины появления зависимости, симптомы зависимости (главные и косвенные), осложнения болезни, лечение, правильное применение капель. А также проанализировали статистику аптечных продаж препаратов при ЛОР-заболеваниях за 2021-2023 годы (динамика продаж в денежном количественном выражении рис. 1, рис. 2). Из рисунков 1 и 2 видно, что с каждым годом увеличивается количество продаж упаковок разных медикаментов и денег, которые затрачивают люди на их покупку [2; 3; 4].

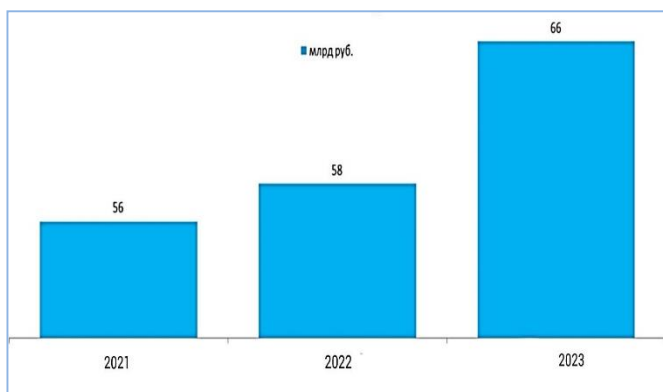


Рис. 1. Динамика аптечных продаж при ЛОР-заболеваниях за 2021-2023 гг. (млрд. руб.)

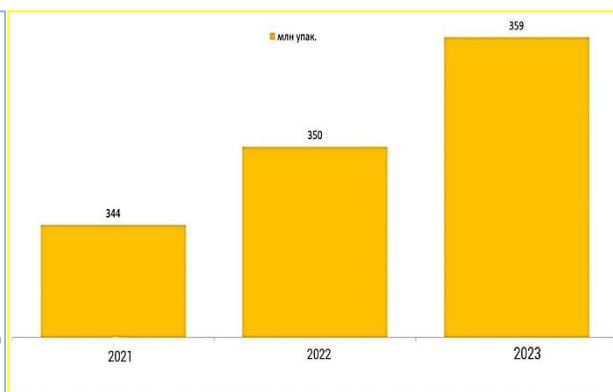


Рис. 2. Динамика аптечных продаж при ЛОР-заболеваниях за 2021-2023 гг. (млн. упаковок)

Затем нами была разработана анкета и проведено анкетирование. Опрос проводился среди жителей города Волжского. Всего было опрошено 50 человек.

Вопросы анкеты:

1. Ваш пол:
 - жен
 - муж
2. Ваш возраст: _____
3. Есть ли у Вас зависимость от ежедневного использования назальных сосудосуживающих препаратов?
 - да
 - нет

Результаты исследования

1. Ваш пол (таблица 1, рис. 3)

Таблица 1

Пол опрашиваемых	
Пол	Количество, чел.
Мужской	13
Женский	37

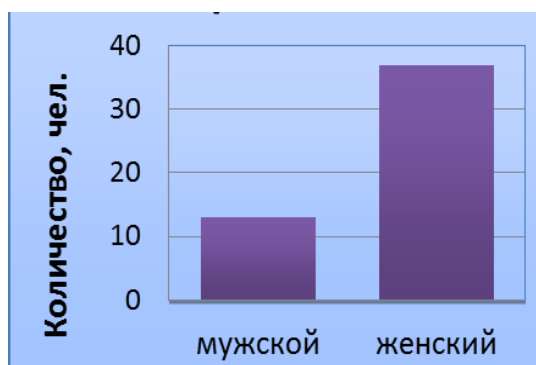


Рис. 3. Пол опрашиваемых

2. Ваш возраст (таблица 2, рис. 4)

Таблица 2

Возраст опрашиваемых	
Возраст опрашиваемых	Количество, чел.
14-18	35
18-24	15

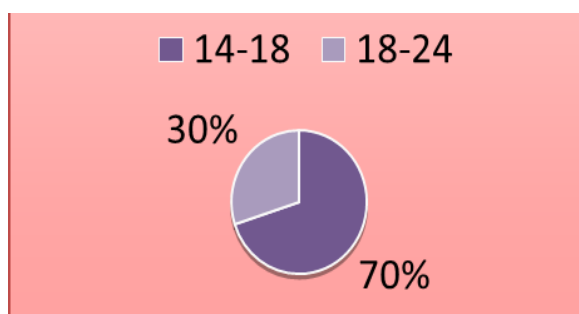


Рис. 4. Возраст опрошиваемых

3. Наличие зависимости от ежедневного использования назальных сосудосуживающих препаратов (таблица 3, рис. 5; таблица 4, рис. 6).

Таблица 3

Зависимость использования назальных сосудосуживающих препаратов (по возрасту)

	14-18 лет	18-24 года
Зависимы	34	13
Независимы	1	2

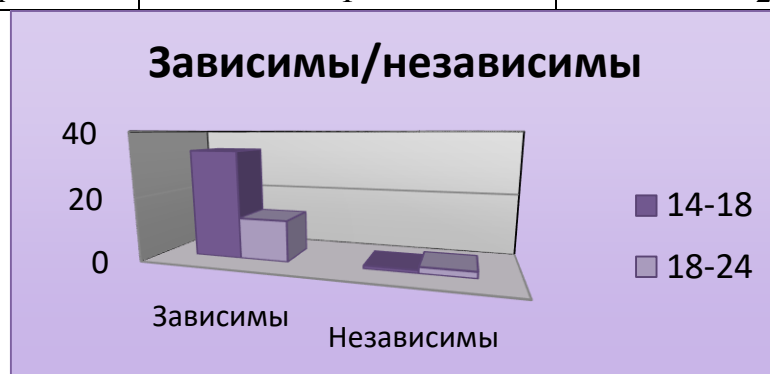


Рис. 5. Зависимость использования назальных сосудосуживающих препаратов (по возрасту)

Таблица 4

Зависимость использования назальных сосудосуживающих препаратов (по половому признаку)

	Зависимость, %
Женский	72,34%
Мужской	28%

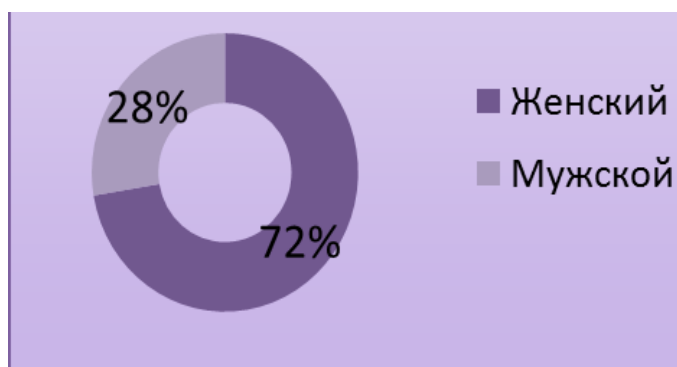


Рис. 6. Зависимость использования назальных сосудосуживающих препаратов (по половому признаку)

Как же правильно применять капли, чтобы не вызывать привыкание?

Сегодня производители достаточно часто утверждают, что их продукт не вызывает привыкания. Однако это не совсем верно. В действительности современные капли просто не так агрессивно действуют на слизистую и сосуды. В результате этого привыкание развивается, но только не очень быстро. Обычно от таких лекарств негативного эффекта не возникает при использовании их до 10 дней, чего вполне достаточно в случае с ринитом. Устаревшие же препараты вызовут зависимость уже через несколько дней, серьезно пересушивая слизистую, что значительно ухудшает ситуацию и состояние больного.

Выбирать для снятия заложенности носа надо только спреи, имеющие увлажняющее действие. Одного закапывания должно хватать на 10-12 часов, чтобы получалось применять препарат 2, максимум 3 раза за сутки. В идеале постараться использовать его только вечером перед сном, чтобы лишний раз не перегружать слизистую. Днем лучше брать для облегчения дыхания эфирные масла.

Резко бросать использование сосудосуживающих капель также не желательно. Если одномоментно прекратить применение препарата, это легко может стать причиной усиления отека слизистой. Чтобы не спровоцировать такое явление, надо в течение 3 дней поочередно закапывать то одну, то другую ноздрю. Это позволит слизистой восстановить нормальное естественное регулирование тонуса сосудов.

Данные, полученные в результате статистического исследования, подтверждают зависимость населения от сосудосуживающих препаратов. Исходя из результатов анкетирования, можно сделать вывод о том, что медикаментозный ринит не зависит от пола и возраста [5].

Общество всё глубже начинает изучать себя и стремится сделать прогнозы о самом себе и о явлениях природы, которые требуют представлений о вероятности. Каждый человек должен хорошо ориентироваться в потоке информации.

Мы должны научиться жить в вероятной ситуации. А это, значит, извлекать, анализировать и обрабатывать информацию, принимать обоснованные решения в разнообразных ситуациях со случайными исходами.

На основе проделанной работы мы выяснили, что статистика является важнейшей составляющей интеллектуального багажа современного человека. Мы приобрели опыт работы по сбору и обработке информации, научились анализировать и делать выводы.

Список использованных источников:

1. *Общая теория статистики: конспект лекций / С. Л. Логинова. - Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2011. - 9 с. (Дата обращения: 03.02.24).*
2. *Почему статистические данные так важны [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.businessgazeta.ru/article/502011?ysclid=lnx9t9s8o1317046659> (Дата обращения: 06.02.24).*
3. *Зависимость от капель в нос: как избавиться от привыкания, список препаратов, не вызывающих зависимость [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://больница-2.pf/info/kak-izbavitsya-ot-kapelnoj-zavisimosti#i-4> (Дата обращения: 07.02.24).*
4. *Зависимость от капель: описание болезни, симптомы и лечение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sinai-clinic.ru/diseases/zavisimost-ot-kapel.html> (Дата обращения: 10.02.24).*
5. *Зависимость от сосудосуживающих капель - как побороть и чем опасна? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://lorlor.ru/articles/zavisimost-ot-sosudosuzhivayuschikh-kapel/> (Дата обращения: 14.01.24).*

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНФАРТА МИОКАРДА

*Баранова Дарья Владимировна
Руководитель: Кошкалда Светлана Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями это одна из самых актуальных задач современной медицины, т.к. Данная патология занимает первое место среди других причин смертности населения. Не секрет, что любое заболевание системы кровообращения ведет к нарушению функции органов и систем, нарушается кислородо-транспортная система, сердечная мышца и головной мозг, как самые чувствительные и чувствительные к дефициту кислорода органы начинают на это реагировать. На начальном этапе это проявляется снижением физической активности и работоспособности человека[1].

Принцип действия программы реабилитации

Лечебное и профилактическое действие лечебной гимнастики или лечебной физкультуры при сердечно-сосудистых заболеваниях обусловлено ускорением лимфо- и кровотока, увеличением объема циркулирующей крови (ОЦК), ускорением метаболизма в тканях, улучшением микроциркуляции, нормализации артериального давления, улучшением когнитивных функций, ускорением регенерации поврежденных тканей и как следствие-нормализации функционального и психоэмоционального статуса человека (сон, настроение и т.д.)[2].

Этапы реабилитации после инсульта

Процесс восстановления пациентов разделяется на несколько периодов:

I этап. Начинается с момента госпитализации. Острый период длится 21 день, когда пациент проходит интенсивное лечение. Врачи нормализуют его артериальное давление и сердечную деятельность, назначают кортикостероиды, антикоагулянты, противосудорожные препараты. По показаниям может быть проведено оперативное вмешательство – трепанация черепа. Период с 3 недель до 3 месяцев после инсульта называют ранним восстановительным периодом. На первом этапе необходимо вернуть пациенту способность занимать вертикальное положение. Ему показана кинезитерапия – вариант лечебной физкультуры, а также дыхательная гимнастика. Первый этап занимает 3 месяца[3].

II этап. Продолжается с 3 до 6 месяцев. Его цель – достижение максимальной активности парализованных конечностей и мышц. Реабилитация может проходить в домашних условиях или в специализированном центре[3].

III этап. Длится с 6 месяцев до 1 года. В поздний восстановительный период необходимо вернуть пациенту бытовые навыки, восстановить его психологический комфорт. Если пациенту предстоит проживать в квартире одному – он должен быть в состоянии самостоятельно себя обслуживать, готовить пищу, совершать гигиенические процедуры. В этот период большое значение имеет поддержка родственников.

На всех этапах важен организованный подход, непрерывность, последовательность и интенсивность действий[3].

Реабилитация должна проводиться по нескольким направлениям. Восстановление мозга после инсульта невозможно без приема ряда медикаментов. Также необходимо восстанавливать двигательную функцию, бытовые навыки, поработать над психоэмоциональным состоянием[3].

Медикаментозная реабилитация

Цель медикаментозной реабилитации – восстановление функций пострадавших зон головного мозга, улучшение мозгового кровообращения, стимуляция метаболических процессов между нейронами. Для этого используют: ноотропы – вещества, стимулирующие работу нейромедиаторов; биогенные стимуляторы – препараты растительного происхождения, обладающие биологической активностью; антихолинэстеразные препараты –

они улучшают нервно-мышечную проводимость; миорелаксанты – препараты для снятия спастичности в мышцах; антигипертензивные препараты – препятствуют повышению давления; витамины группы В. Курс лечения может быть рассчитан как на несколько недель, так и на 6–12 месяцев[3].

Восстановление двигательных функций (ЛФК)

ЛФК улучшает кровообращение в органах и тканях, улучшает обмен веществ. Гимнастика начинается с выполнения элементарных упражнений, постепенно они становятся сложнее. Первые тренировки желательно проводить с инструктором по лечебной физкультуре. В дальнейшем упражнения после инсульта для восстановления ходьбы и прочих двигательных навыков можно повторять в домашних условиях. Некоторые медицинские центры предлагают пациентам занятия на тренажерах, которых могут быть механическими или роботизированными. Многофункциональные тренажеры подходят даже лежачим больным. На что делается упор при проведении ЛФК: восстановление двигательной активности кистей рук, моторики пальцев; разработка плечевого сустава; разработка нижних конечностей; занятие сидячего и полусидячего положения; ходьба. Самые простые упражнения для восстановления после инсульта – это сборка пазлов, рисование простых фигур, застегивание пуговиц. С помощью ЛФК можно восстановить даже зрительную функцию. Зрительная гимнастика необходима при параличе глазодвигательного нерва[3].

Восстановление после инсульта в домашних условиях

Некоторое время после инсульта человек должен провести в стационаре. Этот период продлится минимум 21 день – примерно столько длится интенсивная терапия и ранний реабилитационный период. Только после ее окончания можно забрать больного домой.

Пребывание в частном реабилитационном центре не всегда представляется возможным, поэтому многие пациенты проходят реабилитацию в домашних условиях. При выписке из лечебного учреждения им выдают выписной эпикриз, где описаны все рекомендации по уходу. Также там должны быть сведения о необходимом оборудовании и инвентаре[3].

Только в совокупности с современными методами лечения проведение лечебной физкультуры может быть эффективной и привести к желаемому результату[1].

Таким образом, анализ литературы показал, что ЛФК значительно влияет на выздоровление людей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Оптимальные дозированные физические нагрузки на определённой стадии течения заболевания способствуют улучшению адаптивных возможностей организма, совершенствуют функции физиологических систем, регулирующих кровообращение, нормализуют координацию деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем при физических нагрузках, а значит и в покое.

Список использованных источников:

1. Ариффулина Ю.А. Реабилитация после инсультов: этапы восстановления / [Электронный источник] / <https://polyclin.ru/articles/reabilitaciya-posle-insulta/> (дата обращения 01.02.2023).
2. Внутренние болезни: Учебник для студ. мед. вузов / Под ред. Л.А. Иваевой. - 3-е изд. - М.: Медицина, 1993. - 640 с.
3. Физиология человека: Учебник для вузов физ. культуры и факультетов физ. воспитания педагогических вузов / Под общ. ред. В.И. Тхоревского. - М.: Физкультура, образование и наука, 2001. - 492 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОХРАНЕНИЮ И УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Безрукавая Дарья Ивановна
Руководитель: *Куфтерина Татьяна Робертовна*
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск

На сегодняшний день бронхиальная астма является серьезной глобальной проблемой здравоохранения. Люди всех возрастов во всех странах мира страдают от хронических расстройств дыхательных путей, что ставит жесткие ограничения на их повседневную жизнь, качество жизни становится ограниченным, а иногда и минимальным.

Бронхиальная астма (БА) - хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением дыхательных путей, характеризующимися измененной реактивностью бронхов, обязательным признаком, которого является приступ удушья или астматический статус [1, с. 53].

Актуальность проблемы бронхиальной астмы обусловлена тем, что бронхиальная астма является одним из самых распространенных хронических заболеваний, которому подвержены все люди, вне зависимости от пола и возраста. К сожалению, несмотря на все усилия медицины, как отечественной, так и мировой заболеваемость бронхиальной астмой растет с каждым годом и особенно стремительно среди детей, а смертность среди больных бронхиальной астмой остается достаточно высокой. Тот факт, что в последние двадцать лет заболеваемость постоянно растет, делает бронхиальную астму не просто болезнью, а социальной проблемой, на борьбу с которой направляется максимум сил. Несмотря на сложность, бронхиальная астма хорошо поддается лечению, благодаря которому можно добиться стойкой и длительной ремиссии [3].

Одним из основных аспектов в лечении пациентов с бронхиальной астмой является поддержание адекватного контроля над течением заболевания, то есть достижение состояния, позволяющего больному чувствовать себя практически здоровым. Уровень контроля над течением заболевания в свою очередь влияет на психоэмоциональную сферу пациента, возможность выполнения физических нагрузок, на социальную адаптацию пациента в целом, то есть на качество жизни больного с астмой [4]. Контролируемая бронхиальная астма в современных реалиях не является тяжелым и инвалидизирующим заболеванием, а длительность и качество жизни полностью зависят от настроения, организованности пациента и проведения различных мероприятий по сохранению и улучшению качества жизни пациентов с бронхиальной астмой, что и обусловило выбор данной темы.

Цель работы: выявить особенности проведения мероприятий по сохранению и улучшению качества жизни пациентов с бронхиальной астмой при осуществлении сестринской помощи.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические основы учения о бронхиальной астме.
2. Провести сестринское исследование пациентов с бронхиальной астмой, находящихся на лечении в ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК.
3. Проанализировать результаты исследования по выявлению особенностей проведения мероприятий по сохранению и улучшению качества жизни пациентов с бронхиальной астмой при осуществлении сестринской помощи.

Объект исследования: патологический процесс у пациентов с бронхиальной астмой.

Предмет исследования: особенности проведения мероприятий по сохранению и улучшению качества жизни пациентов с бронхиальной астмой при осуществлении сестринской помощи.

На основании изучения теоретических основ учения о бронхиальной астме, выявлено, что бронхиальная астма - это распространенное, аллергическое и длительно текущее

заболевание дыхательных путей, основным клиническим проявлением которого является приступ удушья, с постоянной тенденцией к распространению и прогрессирующему росту в крупных городах, связанному с постоянным контактом с аллергенами, которые в значительной мере влияют на качество жизни пациентов.

Индукторами заболевания могут быть различные аллергены, такие как домашняя пыль, шерсть животных, пыльца растений, экологические факторы, физическая нагрузка, вредные привычки, лекарственные вещества, продукты питания, консерванты [2, с.36]. Для предупреждения рецидивов и прогрессирования процесса, инвалидизации и смертности, для повышения качества жизни пациентов, важно постоянно проводить элиминацию аллергенов, самоконтроль бронхиальной астмы, коррекцию образа жизни, минимизацию условий возникновения и развития бронхиальной астмы, регулярно выполнять пикфлоуметрию и заносить показания в дневник самоконтроля.

Базой для организации практической части работы была выбрана ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач проведено сестринское исследование пациентов в количестве 9 человек, которым предложено оценить качество своей жизни с учетом имеющегося заболевания.

Качество жизни - это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного с бронхиальной астмой, основанная на его субъективном восприятии. Объективными показателями, отражающими качество жизни, являются уровень образования, трудовая занятость, доход, жилищные условия, питание и другое. Но само понятие «качество жизни» всегда подразумевает субъективность восприятия и характеризует удовлетворённость человека уровнем своего благополучия, то есть степень комфортности как внутри себя, так и в рамках своего общества при бронхиальной астме.

Всем пациентам в исследуемой группе было предложено оценить качество своей жизни по пятибалльной системе по своему субъективному восприятию. Все девять пациентов отметили снижение качества жизни от 4 до 2 баллов. Полученные данные показали видимую связь субъективного восприятия качества жизни пациентами со степенью тяжести бронхиальной астмы. Три человека с легкой степенью тяжести отметили незначительное снижение качества жизни, проявляющееся чувством неудовлетворенности в результате постоянного лечения и самоконтроля, который необходимо проводить по назначению врача. Четыре пациента со средней тяжестью оценили свое качество жизни на три балла, а два человека пациента - в два балла. Основными проблемами, снижающими качество жизни при бронхиальной астме по субъективному восприятию пациентов в исследуемой группе были названы такие как постоянный прием гормональных препаратов, из-за беспокойства по поводу побочных действий и осложнений; тревога и депрессия; снижение повседневной активности; нарушение передвижения; нарушенный сон; невозможность работать и внезапность возникновения приступов удушья. Полученные результаты представлены в диаграмме (рис. 1).

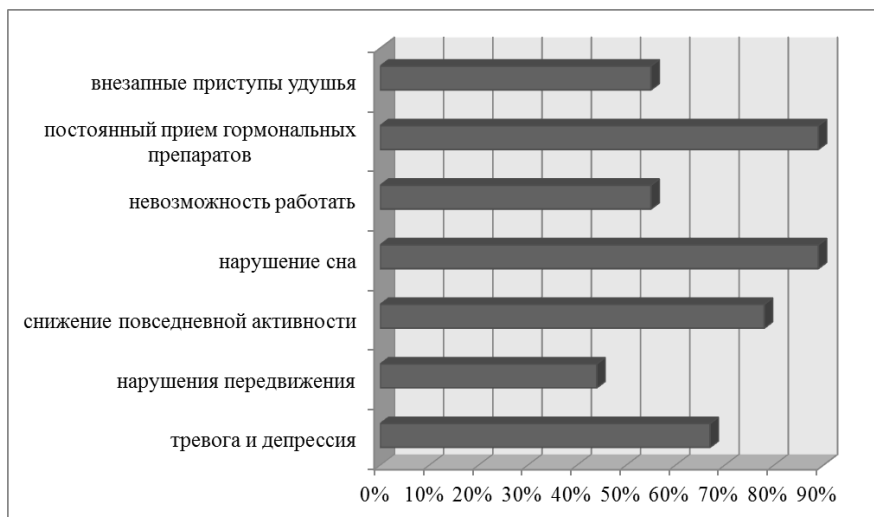


Рис. 1. Проблемы, влияющие на качество жизни при бронхиальной астме у пациентов в исследуемой группе

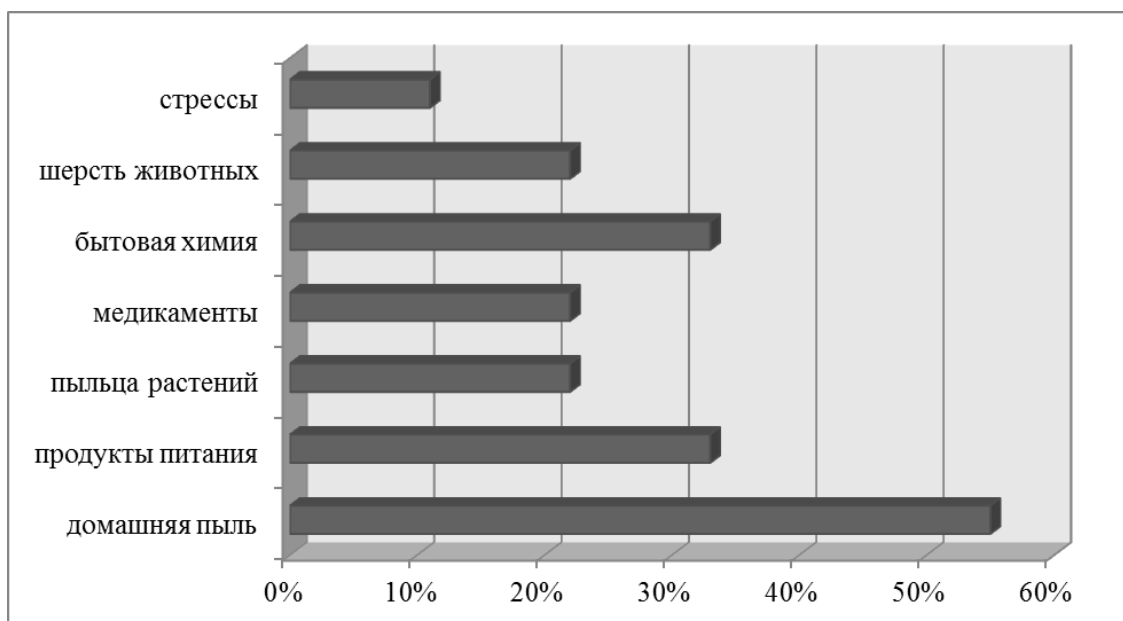
Анализ результатов проведенного исследования качества жизни с учетом мнения пациентов в исследуемой группе показал, что чем выше степень тяжести течения бронхиальной астмы и чаще возникают приступы удушья, нарушающие сон, повседневную активность, настроение, работоспособность, тем хуже качество жизни пациентов.

Для повышения качества жизни важно оградить пациента от причинных факторов, которые называются индукторами и выявляются при субъективном обследовании и проведении аллергологических проб.

Проведенные исследования показали, что у всех пациентов в исследуемой группе выявлены по несколько аллергенов. Изучив медицинские карты стационарных больных, можно утверждать, что из девяти опрошенных пациентов у пяти причиной заболевания бронхиальной астмой стала именно домашняя пыль (что составляет пятьдесят пять процентов), так как приступы бронхиальной астмы в виде удушья у них всегда начинаются при попадании пыли в дыхательные пути, что и подтвердили аллергологические тесты. Три пациента страдают пищевой аллергией (что составляет тридцать три процента). По два пациента страдают аллергией на пыльцу растений, шерсть животных и бытовую химию (двадцать два процента). Один пациент из девяти исследуемых, у которого приступы удушья возникают при стрессах (одиннадцать процентов). Наиболее частыми причинами обострений в данной исследуемой группе, являются индукторы, представленные в диаграмме (рис. 2).

Рис. 2. Факторы, провоцирующие обострение бронхиальной астмы у пациентов в исследуемой группе

Так как обострения бронхиальной астмы часто несут угрозу физическому здоровью и создают высокий уровень эмоциональной нагрузки у пациентов, что снижает качество жизни,



очень важно проводить немедикаментозную терапию для элиминации аллергенов.

Более сорока процентов пациентов в исследуемой группе характеризуются недостаточной информированностью о своем заболевании и элиминационной терапии, низким уровнем самоконтроля над симптомами бронхиальной астмы, сниженной приверженностью к систематической противоастматической терапии, нерегулярностью проведения пикфлоуметрии, с регистрацией показаний в дневнике самоконтроля, что способствует усилению обструктивного компонента, ограничению уровня физической активности, повышению количества обострений, требующих госпитализации и сопровождается снижением показателей качества жизни.

На основании анализа полученных результатов исследования при осуществлении сестринской помощи выявлены особенности проведения мероприятий для сохранения и

улучшения качества жизни пациентов с бронхиальной астмой в исследуемой группе такие, как формирование активного, ответственного отношения пациентов к своему здоровью, повышение информированности пациента о заболевании при регулярном посещении Астма-школы, постоянное наблюдение за своим состоянием повышение приверженности пациентов к медикаментозному и немедикаментозному лечению, а также осознанное мотивированное проведение пациентом элиминационной терапии, соблюдение правильной техники ингаляций и формирование у пациентов умений и навыков самоконтроля, включающим постоянное проведение пикфлоуметрии с ежедневной записью в дневнике самоконтроля.

Список использованных источников:

1. Баширова С.Б. Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой // *Качественная клиническая практика*. 2019. №3. - С.53-55.
2. Парахонский А.П., Цыганок С.С. Качество жизни больных бронхиальной астмой // *Современные наукоемкие технологии* - 2020. № 11. С.104-110; URL: <http://top-technologies.ru/ru/article/view?id=25647> (дата обращения: 23.01.2024).
3. Полков К. С. Рекомендации для медицинских сестер по совершенствованию сестринской помощи пациентам с заболеваниями легких [Электронный ресурс] // *Пульмонология. Электронный журнал*. 2020. № 7. URL.: <http://www.allbest.ru> (05.02.2024).
4. Чучалин А.Г., Белевский А.С. Качество жизни больных бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового популяционного исследования // *Пульмонология*. 2020, №5. - С. 35-37.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Белая Елизавета Анатольевна
Руководитель: Сергиенко Евгений Геннадьевич
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Остеопороз (лат. osteoporosis) – полиэтиологическое заболевание, характеризующееся снижением плотности костей, нарушением их микроархитектоники и повышением хрупкости костей.

Актуальность исследования состоит в том, что такое заболевание, как остеопороз – это одно из самых наиболее распространенных заболеваний среди лиц пожилого возраста. В ходе лечения данного заболевания важную роль играет не только назначенное врачом медикаментозное лечение, но и грамотно организованная сестринская помощь, поэтому знание и учет всех факторов риска является одним из главных аспектов при выявлении их влияния на осуществление сестринской помощи [3, с. 28].

Цель: выявить влияние факторов риска на возникновение и течение остеопороза у пациентов пожилого возраста при осуществлении сестринской помощи.

Гипотеза – предполагалось, что при выявлении факторов риска развития остеопороза и при своевременном их исключении, можно уменьшить или снизить их влияние на развитие заболевания и нивелировать влияние на уже развившийся остеопороз.

Объект исследования: патологический процесс у пациентов с остеопорозом.

Предмет исследования: влияние факторов риска на возникновение и течение остеопороза у пациентов пожилого возраста при осуществлении сестринской помощи.

Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить теоретические основы учения об остеопорозе.
2. Провести сестринское исследование пациентов с остеопорозом в условиях травматологического отделения ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК.

3. Проанализировать влияние факторов риска на возникновение и течение остеопороза у пациентов пожилого возраста при осуществлении сестринской помощи.

4. Создать памятки по профилактике остеопороза для населения

Практическая значимость: разработанные памятки по профилактике остеопороза могут быть использованы пациентами пожилого возраста.

Научная новизна: научно обоснована связь влияния факторов риска на возникновение и течение остеопороза у пациентов пожилого возраста.

В результате изучения теоретических основ об остеопорозе и проведенного научного обзора литературных источников, можно сделать вывод, что данная патология является полиэтиологическим заболеванием, характеризующимся снижением плотности костей, нарушением их микроархитектоники и повышением хрупкости костей. Сестринская помощь необходима для улучшения качества жизни, предупреждения развития осложнений у пациентов пожилого возраста [6, с. 17].

Для проведения сестринского исследования привлечены 12 пациентов пожилого возраста от 60 до 84 лет с остеопорозом, находящиеся на стационарном лечении в травматологическом отделении ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК и состоящих на учете в поликлиниках по месту жительства. Среди респондентов было опрошено 5 мужчин (42 %) и 7 женщин (58 %). По результатам исследования выявлено, что женщины имеют более высокую склонность к заболеваемости остеопорозом, чем мужчины. Полученные данные подтверждают большинство литературных источников о том, что к возникновению остеопороза склонны в большей степени женщины.

Также среди пациентов исследуемой группы проведена антропометрия. Для расчета ИМТ использовалась следующая формула: масса тела / рост (м) в квадрате. В ходе определения ИМТ у 12 пациентов пожилого возраста с остеопорозом, были получены следующие результаты, которые представлены в таблице.

Таблица

Величина ИМТ у пациентов в исследуемой группе

ИМТ (кг/м ²)	Количество пациентов (чел.)
18	3
18,7	2
19,1	1
19,3	2
20,5	1
21,3	2
22,5	1

Из данных, приведенных в таблице, следует, что у 8 пациентов (66%) отмечается низкий ИМТ (менее 20 кг/м²), что в свою очередь является подтверждением данных большинства литературных источников о влиянии низкой массы тела на развитие остеопороза.

Изучив медицинские карты стационарных больных, можно утверждать, что из 12 опрошенных пациентов, у 5 пациентов (женщин) причиной заболевания остеопороза стала именно постменопауза, что составляет 42%, у 4 пациентов развился остеопороз после долгого приема гормональных препаратов (глюкокортикоиды) (что составляет 33%). Так же у 3 пациентов остеопороз развился в следствии наследственности (что составляет 25%). Выявленные данные о причинах развития остеопороза отражены в диаграмме (рис. 1).

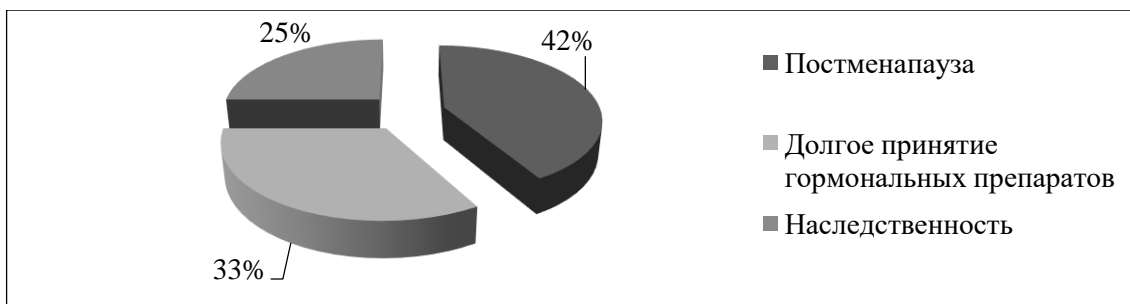


Рис. 1. Причины развития остеопороза у пациентов в исследуемой группе

При опросе пациентов выявлено влияние и других факторов риска возникновения остеопороза. Одной из таких причин является питание со злоупотреблением кофе, шоколадом, растительной клетчаткой и нехваткой в рационе кальция, фосфора, витамина D. Данная причина выявлена у одиннадцати респондентов (92%) и лишь один пациент соблюдал рациональные принципы питания при остеопорозе (8%). В ходе анализа проведенного опроса выявлено, что шестеро опрошенных не знают, в каких продуктах содержится кальций и другие необходимые микроэлементы (50%); пять опрошенных считают невкусными продукты, содержащие витамин D (42%), а двое имеют на них аллергию (17%); четверо пациентов не могут отказаться от кофе, газированной воды и шоколада (33%). Полученные результаты представлены в диаграмме (рис.2).

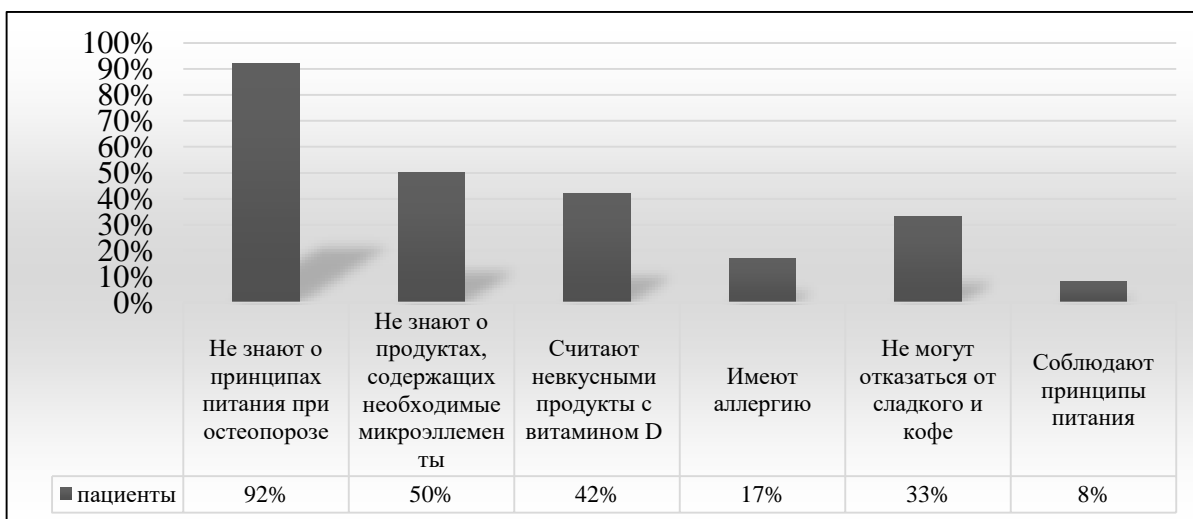


Рис. 2. Соблюдение принципов питания пациентами исследуемой группы

Необходимое количество витамина D содержится не только в продуктах питания. Необходимое количество витамина можно получить, совершая прогулки на свежем воздухе в солнечную погоду с открытыми участками тела. Но при опросе пациентов в исследуемой группе выяснилось, что только 2 пациента из двенадцати опрошенных (17%) получают витамин D данным способом, совершая ежедневные прогулки. Пятеро пациентов не совершают прогулок, предпочитая оставаться дома (42%), трое предпочитают пасмурную погоду для прогулок (24%), а двое во время прогулок стараются держаться в тени (17%).

Немаловажным фактором риска является низкая физическая активность. На вопрос: «Выполняете ли Вы систематически комплексы физических упражнений?», пять опрошенных пациентов (42%) ответили, что ведут пассивный образ жизни, четверо (33%) занимаются физической нагрузкой не регулярно, а еще двое (17%) хоть и выполняют физические упражнения ежедневно, выполняют их в недостаточном объеме. И лишь один пациент (8%) ведет активный образ жизни.

Наличие вредных привычек, таких как употребление алкоголя и длительное табакокурение, повлекли за собой возникновение остеопороза у девяти из двенадцати

пациентов (75%). Выяснилось, что два пациента курят на данный момент и не собираются бросать (17%), трое пациентов находятся в процессе отказа от курения (24%), двое пациентов хотят бросить, но не хватает мотивации (17%), а двое недавно отказались от вредной привычки (17%). Также было выявлено, что трое пациентов употребляют алкоголь чаще раза в неделю (24%), двое выпивают по праздникам (17%), а четверо употребляют алкоголь раз в неделю (33%).

Несоблюдение диеты, наличие большого количества факторов риска развития остеопороза грозит различными осложнениями данного заболевания. Осложнения в виде переломов костей различной локализации были выявлены у семи пациентов (58%): переломы лучевых костей, шейки бедра, тел позвонков. Из них, у пятерых пациентов (42%), это привело к инвалидизации, а у двоих пациентов (17%) к частичной потере трудоспособности. И лишь только у 5 пациентов не наблюдалось осложнений со стороны опорно-двигательного аппарата (42%). Результаты исследования представлены в диаграмме (рис. 3).



Рис. 3. Осложнения остеопороза у пациентов в исследуемой группе

Таким образом, в результате проведенного сестринского исследования среди пациентов пожилого возраста с остеопорозом, находящихся на лечении в условиях травматологического отделения в ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК, а также состоящих на учете в поликлиниках по месту жительства выявлено, что у пациентов исследуемой группы имеется дефицит знаний относительно своего заболевания и факторов риска, приводящих к развитию заболевания и возможным его осложнениям. Наиболее важными являются модифицируемые факторы риска: гиподинамия, несоблюдение принципов питания, пренебрежение прогулками в солнечную погоду, наличие вредных привычек, дефицит массы тела, бесконтрольное употребление лекарственных препаратов, и наличие сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта [2, с. 326]. При осуществлении сестринской помощи были учтены возрастные особенности течения остеопороза, влияние образа жизни на возникновение заболевания. Сестринская помощь включает в себя рекомендации по изменению образа жизни, помощь в соблюдении мер личной безопасности больного и безопасности его жилища, создание условий для предупреждения падений и переломов костей, осуществлений контроля за правильностью питания и соблюдением рекомендаций по питанию. Пациенты были обучены принципам питания, восполнен дефицит знаний о заболевании, сформировано негативное отношение ко вредным привычкам с помощью проведенных бесед. Пациенты пожилого возраста обучены жить со своим заболеванием, необходимостью осуществления контроля за соблюдением фармакотерапии по поводу сопутствующих заболеваний, обучены приемам самоконтроля и самопомощи для предупреждения ухудшения состояния и развития осложнений, рекомендованы прогулки на свежем воздухе и ведение активного образа жизни, что в значительной мере положительно скажется на продолжительности и качестве жизни пациентов с остеопорозом, уменьшит их травматизацию и инвалидизацию. А осуществление сестринской помощи в сочетании с адекватной медикаментозной терапией при остеопорозе способствует выздоровлению пациента, предупреждает прогрессирование процесса и развитие осложнений.

Список использованных источников:

1. Арутюнян, М.Ю. *Остеопороз. Этиология, диагностика, лечение: учебное пособие / под ред. В.А. Насонова.* – Москва; ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 206 с.
2. Беневоленская, Л.И. *Клинические рекомендации. Остеопороз: диагностика, профилактика и лечение / Л. И. Беневоленская.* – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 827 с.
3. Буланов, Л.А., Лопатко, Д.Н. *Общие принципы профилактики остеопороза и переломов / Л. А. Буланов, Д. Н. Лопатко.* – Москва: Медицина, 2019. – 231 с.
4. Гаус, В.В., Строк, Н.Ю. *Международный медицинский журнал // Применение лечебной физкультуры для лечения остеопороза.* 2018. № 13. – С. 7-13.
5. Гулова, С.А. *Медицинская реабилитация больных с остеопорозом: учебник / под ред. М. В. Девятова.* – Москва: Лонгман, 2019. – 215 с.
6. Комарова, М. С. *Основные этиологические факторы и патогенез остеопороза / М. С. Комарова, Д. Т. Топрова // Молодой ученый.* – 2022. - № 32 (427). – С. 17-18. – URL: <https://moluch.ru/archive/427/94345/> (дата обращения: 21.01.2023).
7. Ломов, Б. И. *Факторы риска развития остеопороза / Б. И. Ломов.* – Санкт – Петербург: Питер, 2018. – 160 с.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ НЕФРОПТОЗА

*Белая Елизавета Анатольевна
Ковалина Екатерина Александровна
Руководитель: Кошкалда Светлана Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Нефроптоз - патологическое состояние, характеризующееся чрезмерной подвижностью почки со смещением ее книзу в вертикальном положении тела, почка из поясничной области может смещаться в живот и таз, при этом она может, как возвращаться на свое обычное место, так и не возвращаться туда.

Нефроптоз довольно часто встречающееся заболевание, возникающее у людей в молодом возрасте (20-40 лет). В структуре урологических заболеваний оно идет вслед за мочекаменной болезнью, гиперплазией предстательной железы и воспалительными заболеваниями мочевыделительных путей. Проблема нефроптоза с каждым годом становится все более актуальной в связи с ростом выявляемости данной патологии и потерей трудоспособности у 20-35,2% больных. Женщины составляют большую часть данной категории больных (в среднем 80%). Нефроптоз выявляется у 1,54% женщин и 0,12% мужчин, преимущественно в возрасте 20-40 лет. Частота встречаемости правостороннего нефроптоза среди пациентов с опущением почки составила 73,5%, левостороннего - 19,3%, двустороннего - 7,2%.

Причинами нефроптоза являются факторы, приводящие к изменениям связочного аппарата почки (инфекционные болезни, похудание и другие) и к снижению тонуса мышц передней брюшной стенки (беременность и другие), а также травмы, сопровождающиеся перерастяжением или разрывом связочного аппарата почки (резкое поднятие тяжестей, падение с высоты и другое).

Существует множество факторов, приводящих к возникновению нефроптоза, которые чаще всего взаимно сочетаются. Во-первых, важна роль резкого уменьшения объема окологочечной клетчатки в результате нарушения питания и общего исхудания. Другая причина - снижение мышечного тонуса брюшной стенки, что особенно актуально для женщин в послеродовом периоде. Третья важная причина, способствующая развитию нефроптоза, - травма вследствие однократного сильного воздействия на почку, а также длительная или периодически повторяющаяся травматизация. В качестве примера острой травмы можно привести падение с высоты, прыжки в воду, удар по поясничной области. Важную роль в

развитии нефроптоза играют ситуации, приводящие к хронической травме, - часто повторяющиеся толчки (прыжки, сильный кашель), поднятие и ношение тяжелых предметов, длительное нахождение в вертикальном положении тела, особенно в сочетании с тяжелой физической работой. При этом ослабляется связочный аппарат почки вследствие постоянного давления на него почкой, смещающейся под своей тяжестью.

Причин для нестабильности много. Каждый возраст чреват своими опасностями. Даже внутриутробно, когда биологические часы еще не возвестили о рождении, может формироваться такая предрасположенность в виде аномалии органов мочеполовой системы и скелета, недоразвития или отсутствия ребра, нарушения поясничных позвонков. И как следствие - нарушение фиксирующего аппарата почки.

В юности - свои проблемы. Астенический тип конституции способствует опущению почки. А быстрое изменение пропорций туловища во время роста - тоже провоцирующий фактор.

Подростковый возраст - это еще и период физической активности, увлечения подвижными видами спорта и не всегда дозированными нагрузками. Оказалось, что бесконтрольное занятие спортом, силовые упражнения, спортивные игры, связанные с резкими изменениями положения тела и «прыжками» внутрибрюшного давления (баскетбол, волейбол, футбол, легкая атлетика), здоровья не прибавляют, растягивают и рвут связочный аппарат почки, и в результате почка становится чрезмерно подвижной.

Взрослые чаще страдают из-за вредностей выбранной трудовой деятельности: когда она связана с тряской и вибрацией (водители транспортных средств), с физическим напряжением (грузчики), с длительным нахождением в вертикальном положении (парикмахеры, хирурги).

Резкая потеря веса (например, после перенесённого инфекционного заболевания) и как следствие - истощение жировой клетчатки вокруг почки также приводят к нефроптозу.

Избыточный вес и ожирение также являются важными факторами риска при нефроптозе. При наличии лишнего веса, особенно в области живота, увеличивается давление на внутренние органы, в том числе на почки. Это может способствовать их смещению и ухудшению кровоснабжения, что в конечном итоге может привести к развитию нефроптоза.

Кроме того, избыточный вес связан с нарушениями обмена веществ и функции почек. Ожирение может приводить к повышенному выделению белка с мочой и развитию хронических заболеваний почек.

Изменение положения органов во время беременности при нефроптозе играет значительную роль в влиянии факторов риска на здоровье женщин. Беременность сама по себе является значительным стрессом для организма, и при наличии нефроптоза это может сказаться на функционировании почек и мочевыводящих путей.

Одной из причин изменения положения органов во время беременности является изменение гормонального фона женщины. Увеличение уровня прогестерона приводит к расслаблению гладкой мускулатуры, включая мышцы почечных сосудов и мочевыводящих путей. Это может способствовать дальнейшему снижению положения почек и ухудшению их функциональности.

Кроме того, увеличение размеров матки во время беременности может оказывать дополнительное давление на органы брюшной полости, включая почки. Это может приводить к дополнительному смещению почек и нарушению их нормального положения. При нефроптозе это может усугубить уже существующие проблемы, связанные с патологическим опущением почек.

Рожавшие женщины - еще одна группа риска по нефроптозу. После родов происходит резкое падение внутрибрюшного давления, что ослабляет фиксирующий аппарат почки. Развитие нефроптоза более вероятно у тех женщин, у которых живот во время беременности был больше. Чем больше родов, тем больше риск и больше степень опущения.

Одной из наиболее распространенных причин травматических повреждений почек является травма живота, которая может возникнуть вследствие автомобильных аварий, падений с высоты или ударов. Вследствие таких травм может произойти смещение или

повреждение почки, что способствует возникновению нефроптоза. Кроме того, оперативные вмешательства на органах малого таза, такие как гистерэктомия, аппендэктомия или операции на органах мочеполовой системы, могут также вызвать нефроптоз.

Травматические повреждения почек и оперативные вмешательства могут привести к изменению анатомического положения почки и понижению ее фиксации. Это может привести к подвижности почки и ее спуску вниз, что становится основной причиной развития нефроптоза. Кроме того, повреждение сосудистых структур, нервных волокон и системы кровотока в почке при травме или хирургическом вмешательстве может привести к нарушению ее функционирования.

Генетическая предрасположенность и наследственность играют значительную роль в развитии нефроптоза. Несмотря на то, что точные гены, отвечающие за возникновение этого состояния, не были полностью идентифицированы, исследования показывают, что существует генетическая составляющая, которая может увеличить риск развития нефроптоза у людей.

У многих пациентов с нефроптозом наблюдается семейный анамнез этого состояния. Исследования генетической предрасположенности показывают, что родственники первой степени у пациентов с нефроптозом имеют повышенную вероятность также иметь это заболевание. Это свидетельствует о наследственном факторе в развитии нефроптоза.

Некоторые исследования показывают, что определенные гены, связанные с соединительной тканью, могут играть роль в возникновении нефроптоза. Нарушение структуры и функции соединительной ткани может привести к ослаблению крепления почки к ее опорным структурам, что способствует ее опущению. Эти гены могут передаваться от одного поколения к другому, увеличивая риск развития нефроптоза у детей.

Пол и возраст пациента играют значительную роль в развитии и проявлении нефроптоза – патологического состояния, при котором почки смещаются ниже своего обычного положения. Исследования показывают, что пол представляет собой фактор риска, влияющий на вероятность возникновения данного заболевания.

У женщин нефроптоз диагностируется гораздо чаще, чем у мужчин. Это связано с особенностями анатомии и строения женского организма. У женщин почки находятся ниже, ближе к тазовым органам, что делает их более подверженными смещению. Кроме того, у женщин также часто наблюдается снижение тонуса мышц брюшного пресса, что способствует развитию нефроптоза.

Возраст также оказывает влияние на появление нефроптоза. С возрастом связки и мышцы, поддерживающие почки в их нормальном положении, становятся менее эластичными и слабыми. Это может привести к смещению почек вниз, особенно при наличии других факторов риска, таких как ожирение или физическая нагрузка.

На основании выявленных факторов риска, медицинская сестра рекомендует пациентам проводить профилактические мероприятия: избегать травм поясницы и незамедлительно обращаться к урологу в случае появления хоть малейших болевых ощущений; стараться придерживаться режима питания и работы-отдыха, чтобы не допустить резких скачков веса в любую сторону; поддерживать иммунитет любыми подходящими способами: закаливание, курсы витаминов, умеренные занятия спортом, лечебная физкультура, плавание и т.д.; не реже раза в год посещать уролога для профилактического осмотра; не реже раза в год сдавать анализ мочи и провести УЗИ почек.

Для профилактики нефроптоза женщинам после беременности рекомендуют следить за своим здоровьем и выполнять ежедневные легкие физические упражнения, направленные на развитие мышц брюшного пресса. После полученных травм (удар в живот или поясничную область, ушиб, падение), следует внимательно прислушиваться к своему состоянию. При появлении тянущих болей в пояснице появляющихся в положении стоя, следует незамедлительно обратиться к врачу.

Список использованных источников:

1. Авдошин В.П. Руководство по урологии; по ред. Н.А. Лопаткина. - М.: Медицина, 2018. - 206 с.
2. Андрейчиков А.В. Нефроптоз (возрастные аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, профилактики и лечения). - М.: Медицина, 2020. - 21 с.
3. Белый П.М. Нефроптоз [Электронный ресурс] <https://studfile.net/preview/1823302/> (дата обращения: 02.02.2024)
4. Лопаткин Н.А. и соавт.: Чернецова Г.С., Гафуров М.У. М.: Медицина, 2022. - 40 с.
5. Нестеров С.Н., Ханалиев Б.В., Мамедов Х.Х. Современный взгляд на проблемы нефроптоза [Электронный ресурс] <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-vzglyad-na-problemy-nefroptoza/viewer> (дата обращения: 02.02.2024)

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Белова Дарья Сергеевна
Руководитель: Сергиенко Надежда Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск

Несмотря на успехи в диагностике, лечении осложнений язвенной болезни, это заболевание продолжает поражать всё более молодое население, не обнаруживая тенденций к стабилизации или снижению показателей заболеваемости. Это связано с широким распространением этого заболевания. В России язвенной болезнью страдают до 5% взрослого населения. Известно, что язвенная болезнь опасна своими осложнениями, частота которых достигает 25-30%. От осложнений этого заболевания ежегодно в России погибают до 30 000 пациентов трудоспособного возраста [1, с. 63].

Цель: проанализировать особенности сестринского ухода за пациентами с осложнениями язвенной болезни желудка в условиях хирургического стационара.

Задачи работы:

1. Изучить теоретические основы учения об осложнениях язвенной болезни желудка.
2. Провести обследование пациентов с осложнениями язвенной болезни желудка в условиях ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК.
3. Проанализировать особенности сестринского ухода за пациентами с осложнениями язвенной болезни желудка в условиях хирургического стационара.

Объектом исследования выбран патологический процесс у пациентов с осложнениями язвенной болезни желудка, а предметом исследования - особенности сестринского ухода за пациентами с осложнениями язвенной болезни желудка в условиях хирургического стационара.

Язвенная болезнь желудка – это хроническое рецидивирующее заболевание, при котором возникают дефекты в слизистой оболочке желудка. При отсутствии или несвоевременном лечении может стать причиной инвалидности или гибели человека.

Диагностика осложнений язвенной болезни затруднена, так как пациенты поздно обращаются за медицинской помощью из-за отсутствия знаний по данной проблеме и возможных осложнений, поэтому первая встреча пациента с медицинским работником может произойти по случаю тяжелого состояния и/или тяжёлых осложнений. Лечение осложнений язвенной болезни требует немедленной госпитализации в хирургическое отделение и, в большинстве случаев, проведение экстренного оперативного вмешательства. Для предотвращения осложнений рекомендуют придерживаться систем рационального питания, с осторожностью принимать противовоспалительные средства из-за возможности развития гастродуоденальных изъязвлений, придерживаться профилактической терапии, состоять на диспансерном наблюдении и проводить санацию хронических очагов инфекции [4, с. 288].

Базой для проведения научно-исследовательской работы было выбрано хирургическое

отделение ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК, где пациенты получили экстренную помощь и хирургическое лечение.

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач в качестве объекта исследования были привлечены пациенты с осложнениями язвенной болезни желудка, находящиеся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК. Было проведено субъективное и объективное сестринское обследование пациентов, изучение анамнеза, проанализирована необходимая информация, полученная из медицинской документации, опроса самих пациентов, а также проведено анонимное анкетирование пациентов.

В основу исследования была взята анкета, состоящая из двадцати двух вопросов, при ответе на которые были получены данные об особенностях образа жизни пациентов, особенностях возникновения заболевания и его течения, а также влияние факторов риска на возникновение и течение осложнений.

При проведении исследования одиннадцать пациентов с осложнениями язвенной болезни желудка 64% (7 человек) составляют мужчины, а 36% (4 человека) - женщины в возрасте от 30 - 40 лет. Данные, полученные при проведении анализа полового и возрастного состава пациентов представлены в диаграмме (рис. 1).

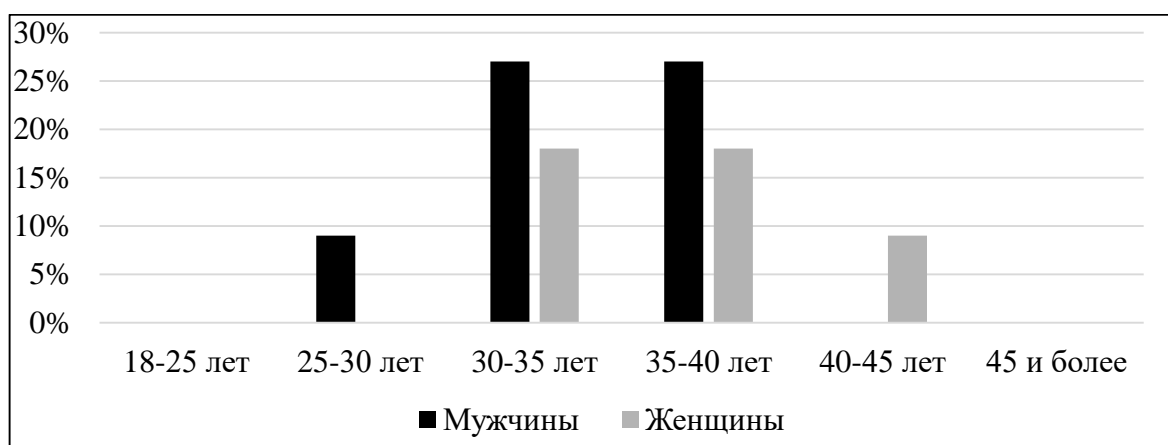


Рис. 1. Частота заболевания в исследуемой группе в зависимости от возраста и пола

Мужчины от 25 до 40 лет болеют в 5-6 раз чаще женщин по той причине, что мужские половые гормоны косвенно повышают кислотность и агрессивность желудочного сока, а женские – понижают. В целом, возрастная группа 30-40 лет, имеет место заболеваемости, как и среди мужчин, так и среди женщин.

При изучении медицинской документации (история болезни форма 003/у), выявлено, что пациенты поступили в хирургическое отделение с такими осложнениями, как: желудочное кровотечение - четыре (36%) пациентов, перфорация – два (18%) пациента, пенетрация – один (9%) пациент, перитонит – два (18%) пациента, стеноз привратника – один (9%) пациент и малигнизация (рак желудка) – два (18%) пациента. Результаты изучения медицинской документации представлены в диаграмме (рис. 2).

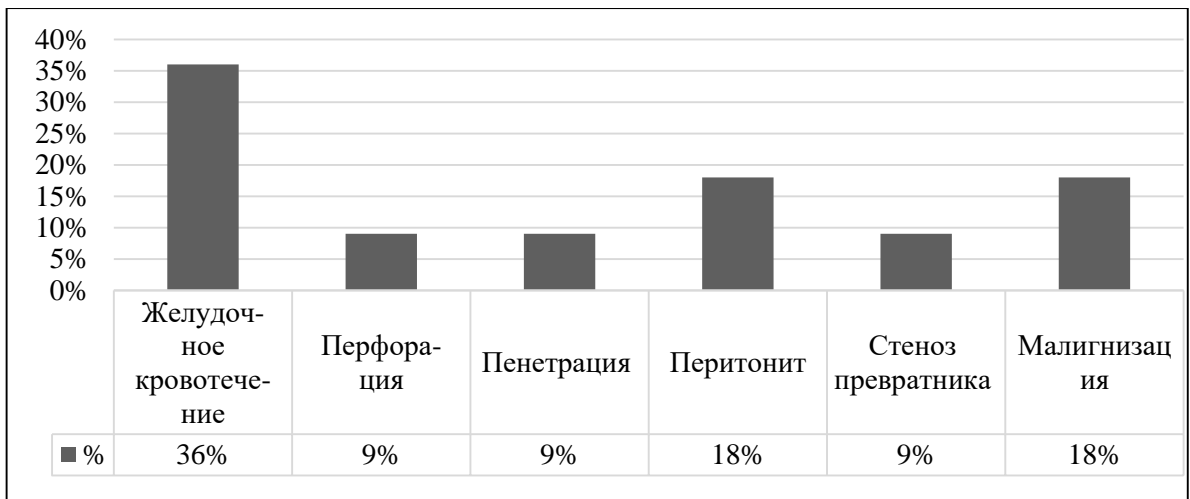


Рис. 2. Виды осложнений язвенной болезни желудка у пациентов исследуемой группы

При поступлении пациенты жаловались на рвоту кофейной гущей, им была оказана помощь при рвоте. Пациенты указали на боль в области живота, которая усиливается при покашливании, на область живота накладывали пузырь со льдом для снижения боли и остановки возможного кровотечения. При низком артериальном давлении, пациента укладывали на кровать с возвышенным ножным концом.

По результатам анкетирования и субъективного обследования (опроса, анамнеза) было выявлено, что пятеро пациентов (45%) считают, что на возникновение язвенной болезни и её осложнения повлияла их отягощенная наследственность, между тем, всего два пациента (18%) считают, что данная патология возникла в связи с возрастом. В свою очередь, семь пациентов (63%) склонны предполагать, что виной тому неправильное питание, и так же шесть других пациентов (55%) думают, что могло развиваться заболевание из-за наличия вредных привычек. Так же было выявлено, что одиннадцать (100%) пациентов считают одним из немало важных факторов – стресс, который в свою очередь действительно играет немало важную роль. Ведь зачастую из-за стресса и возникают многие заболевания. Было выявлено, что не имеют вредных привычек трое пациентов (27%), имеют хоть одну вредную привычку восемь пациентов (73%). Среди пациентов с осложнениями язвенной болезнью желудка, имеющих вредные привычки, в три раза больше, чем пациентов без вредных привычек. Результаты анкетирования представлены в диаграмме (рис. 3).

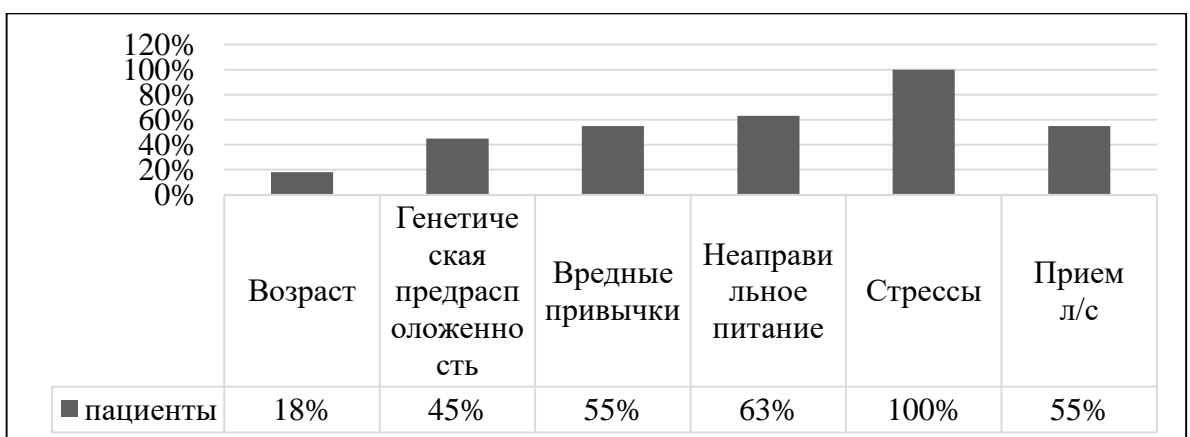


Рис. 3. Субъективное мнение пациентов исследуемой группы о причинах возникновения своего заболевания и осложнений

При выявлении информированности пациентов исследуемой группы о знании и соблюдении диетотерапии при язвенной болезни желудка, выявлено, что все одиннадцать пациентов (100%) указали, что знают о диете. В свою очередь, диету соблюдают лишь пять

пациентов (45%), а остальные шесть пациентов (55%) не считают важным соблюдать ее. Пациентом и их родственникам было подробно разъяснены правила соблюдения диеты, рассказано, какие продукты необходимо исключить (жирная, жареная пища, специи, копчености и соления). Указано, что при соблюдении диетического питания можно исключить не только развитие повторных болевых приступов при язвенной болезни, но и также тяжелых осложнений [2, с. 318].

Для повышения эффективности лечения и улучшения качества жизни при осложнениях язвенной болезни желудка пациенты должны быть информированы о развитии осложнений. Было проанализировано, что два пациента (18%) не информированы о том, какие могут развиваться осложнения, четверо пациентов (36%) указали – кровотечение. Так же пять пациентов (27%) указали в своей анкете перфорацию и перитонит. Так как имеются пациенты, не знающие, какие могут быть осложнения при ЯБЖ и чем они опасны. Проведены профилактические беседы, в которых акцентируется внимание на необходимость прохождения диспансеризации. Данные анкетирования предоставлены в диаграмме (рис.4).

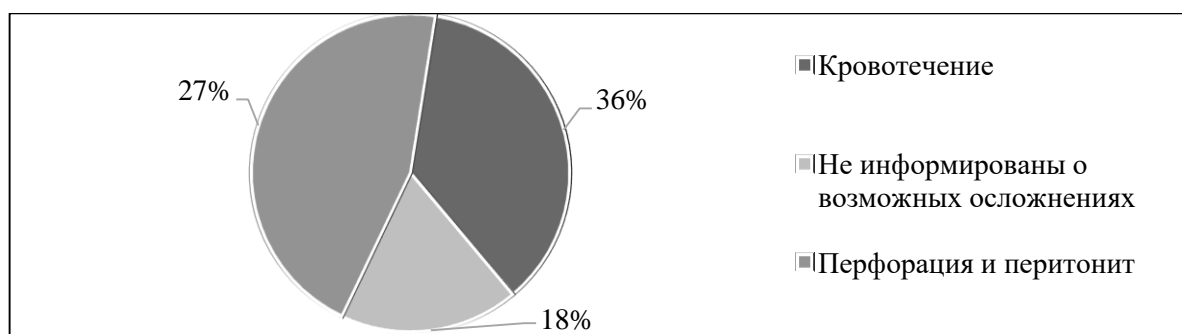


Рис. 4. Результаты информированности пациентов исследуемой группы о возможных осложнениях ЯБЖ

В соответствии с поставленной целью исследования и на основании анализа полученных результатов проанализированы особенности сестринского ухода за пациентами с осложнениями язвенной болезни желудка в условиях хирургического стационара.

В процессе осуществления сестринского ухода за пациентами необходимо знать не только все правила ухода, но и уметь выполнять лечебные процедуры, а также ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм пациентов [3, с. 42]. Профилактика осложнений заключается в предупреждении заболеваний, которые могут служить причиной развития данных осложнений. Необходимо ежегодно посещать терапевта для раннего выявления язвенной болезни, других заболеваний ЖКТ, системы крови. Пациентам с язвенной болезнью желудка рекомендуется проходить своевременные курсы антихеликобактерной и антисекреторной терапии. Проведено обучение пациентов и членов их семьи в правильности организации режима, питания и рассказано о профилактическом лечении пациента, Пациентам были разъяснены принципы первичной и вторичной профилактики образования и рецидивов язвенной болезни и ее осложнений.

Работа с пациентами в абдоминальной хирургии подразумевает собой ответственность за жизни людей. Нужно не только помогать пациенту, но и, в первую очередь, не навредить ему. При язвенной болезни у пациентов нередко возникают неотложные состояния, поэтому медицинская сестра должна действовать профессионально, четко и быстро выполнять сестринские вмешательства, так как от этого порой зависит не только здоровье, но и жизнь пациента.

Список использованных источников:

1. Голофеевский, В. Ю. Введение в клиническую морфологию желудка и двенадцатиперстной кишки / В. Ю. Голофеевский. – Москва: Фолиант, 2020. - 112 с.
2. Маев, В.И. Болезни желудка / В. И. Маев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 456 с.
3. Малышева, И.С. Болезни желудка и кишечника. Клиника, диагностика, лечение,

профилактика / И. С. Малышева. - Москва: Вектор, 2020. - 160 с.

4. Трухан, Д.И. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие / Д. И. Трухан. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2021. - 622 с.

5. Щеголев, А. А. *Helicobacter Pylori* и хирургия язвенной болезни / А. А. Щеголев, Б. Е. Тутков. - Москва: Мега Про, 2020. - 264 с.

6. Эмилио, И. Атлас абдоминальной хирургии: Том 2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки / И. Эмилио. - Москва: Медицинская литература, 2021. – 231 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЯМИ

Кравченко Ксения Евгеньевна

*Руководитель: Шевцова Наталия Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Ежегодно в мире 450 млн человек заболевает пневмонией. В России ежегодно более 1,5 млн человек наблюдаются врачами по поводу данного заболевания, из них 20% в связи с тяжестью состояния госпитализируется. Ежегодно регистрируется более 60 000 фатальных исходов от пневмонии и ее осложнений. Особенно летальность возрастает в несколько раз в период эпидемии вирусных инфекций. Наличие у пациентов пожилого и старческого возраста сопутствующих заболеваний, низкий уровень физической активности утяжеляет течение пневмонии, это требует от медработников повышенного внимания к данной категории пациентов [3].

Цель работы: изучить роль медицинской сестры в осуществлении сестринской помощи пациентам пожилого возраста с пневмониями.

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

1. Изучить теоретические основы учения о пневмонии.
2. Провести сестринское исследование пациентов пожилого возраста с пневмонией в условиях пульмонологического отделения ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК.
3. Проанализировать результаты исследования особенности осуществления сестринской помощи пациентам пожилого возраста с пневмониями.

Объект исследования: патологический процесс у пожилых людей с пневмонией. Предмет исследования: сестринская помощь пациентами пожилого возраста с пневмонией.

Пневмония – это заболевание, объединяющее большую группу воспалительных, чаще инфекционных, процессов в легких с преимущественным поражением их респираторных отделов. Основными возбудителями пневмонии являются пневмококки, стрептококки, микоплазмы, гемофильные палочки, вирусы гриппа, могут вызвать быстрое развитие пневмонии, особенно в пожилом возрасте [1].

Пожилым и старческим возрастом относятся к факторам риска затяжного течения пневмоний, способствует развитию антибиотикорезистентности. Пневмония в пожилом и старческом возрасте протекает тяжелее из-за снижения силы сокращения дыхательных мышц и эластичности легочной ткани, а также увеличения переднезаднего размера грудной клетки, что способствует уменьшению силы откашливания [2].

Проведено сестринское исследование 10 респондентов в возрасте от 60 до 75 лет, из них 4 женщины и 6 респондентов мужского пола. У 80% респондентов заболевание развилось после перенесенной ОРВИ, а у двоих мужчин после переохлаждения обострилась хроническая пневмония. 6 из 10 респондентов (60%) заняты профессиональной деятельностью, связанной с контактом с людьми и переохлаждением, что способствовало развитию пневмонии. Со всеми

пациентами была проведена беседа о важности своевременного лечения вирусных инфекций, одеваться по погоде, не допускать переохлаждение организма, соблюдать температурный режим в жилых помещениях, не переохлаждаться на работе.

При сестринском обследовании все респонденты отмечали следующие жалобы малопродуктивный кашель с небольшим выделением слизисто-гноной мокроты, лихорадку (70%), боли в грудной клетке (60%), немотивированная слабость (90%), сильное потоотделение по ночам (80%), снижение аппетита (50%). Данные представлены в диаграмме (рис.1).

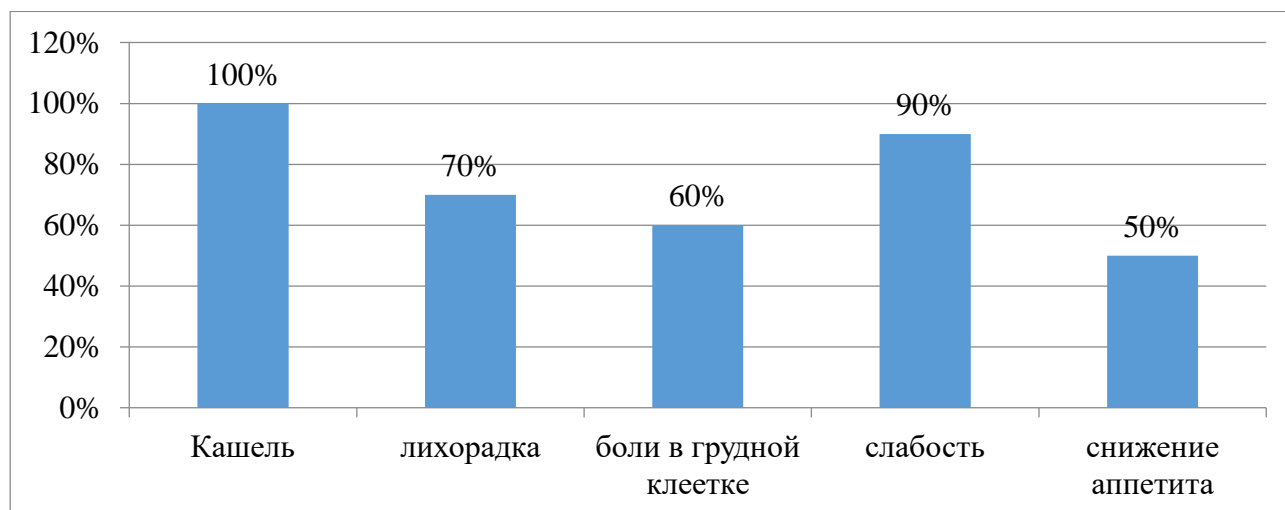


Рис.1. Основные клинические проявления пневмонии в исследуемой группе

Основной проблемой всех пациентов был малопродуктивный кашель. Ингаляционная терапия применялась всем респондентам для улучшения дренажной функции бронхов, вентиляционной функции легких, а также с противовоспалительной целью. Использовались ингаляции через небулайзер с учетом индивидуальной переносимости. В палате создается лечебно-охранительный режим. Положение в постели должно быть с возвышенным головным концом для облегчения дыхания. Было рекомендовано всем респондентам чаще поворачиваться в постели, во избежание застойных явлений. На высоте лихорадки медицинской сестре необходимо выполнить влажное обтирание кожи, положить холодный компресс на лоб. При ознобе укрыть одеялом, приложить грелки к конечностям. Нательное и постельное белье обязательно меняется часто. Диета при пневмонии чаще всего базируется на диетическом ЩД и направлена на повышение иммунитета, снижение интоксикации, разрешение воспалительного процесса, предотвращение возможного побочного действия лекарственных препаратов. Питание при пневмонии у пожилых людей может быть вкусным и разнообразным, но при этом диетическим, и не наносящим вреда для всего организма в целом. Все это способствует скорейшему выздоровлению.

При анализе медицинской документации установлено, что у всех респондентов наблюдаются различные сопутствующие заболевания.

Основные сопутствующие заболевания у пациентов исследуемой группы - это гипертоническая болезнь у всех респондентов (100%), ишемическая болезнь сердца у 6 пациентов (60%); с сахарным диабетом наблюдаются 3 респондента (30%), хронической обструктивной болезнью легких страдает один пациент (10%).

Данные представлены в диаграмме (рис.2).

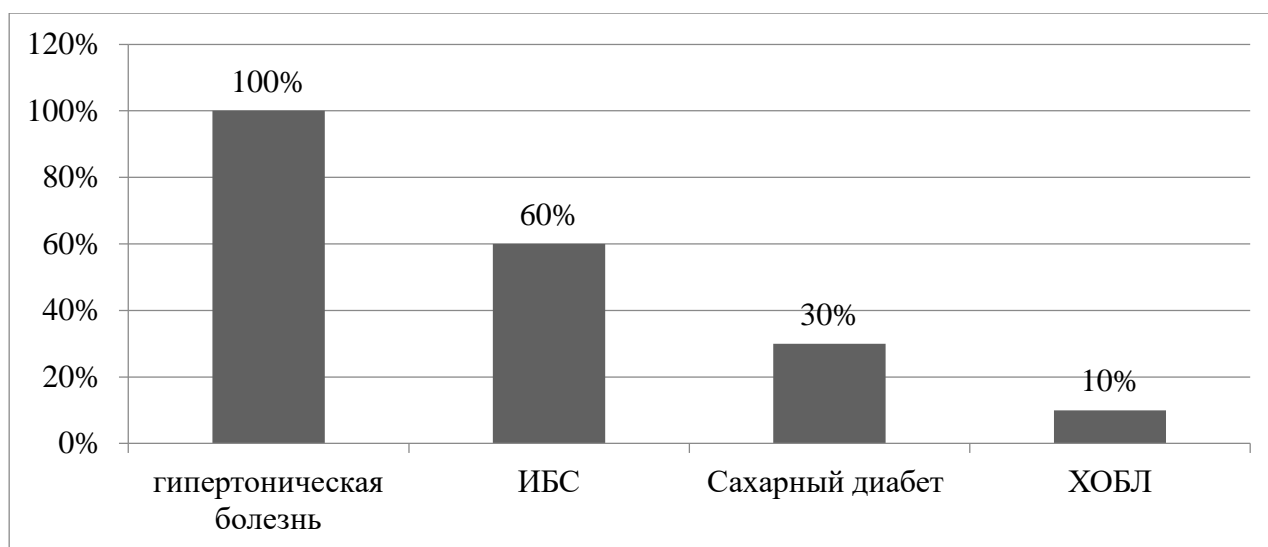


Рис. 2. Сопутствующая патология у пациентов в исследуемой группе

Сопутствующие заболевания удлиняют период выздоровления и утяжеляют течение основного заболевания. При любых ухудшениях самочувствия пациента необходимо срочно доложить врачу.

Таким образом, особенностями осуществления сестринской помощи пациентам пожилого возраста с пневмониями являются:

- соблюдение режима, диеты,
- адекватной медикаментозной терапии основного и сопутствующих заболеваний,
- своевременное выявление осложнений,
- проведение реабилитационных мероприятий,
- консультирование пациента и его окружение по основным вопросам связанным с заболеванием, фармакотерапией;
- важной рекомендацией является использование дренажных положений, дыхательных упражнений, ЛФК и массажа из-за снижения силы дыхательных мышц и кашлевого рефлекса;
- проведение бесед по искоренению вредных привычек;
- обучение дыхательной гимнастике и профилактики ОРВИ.

Правильная организация сестринского ухода будет способствовать скорейшему выздоровлению и улучшению качества жизни пожилого пациента.

Список использованных источников:

1. Смолева Э.В. *Сестринский уход в терапии: МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях.* Рн/Д: Феникс, 2019. - 366 с.
2. Сединкина Р.Г. *Сестринский уход за пациентами пожилого возраста – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 608 с.*
3. Хамитов Р.Ф., Пальмова Л.Ю., Якупова З.Н., Сулбаева К.Р., *Внебольничные пневмонии у пожилых [Электронный ресурс]. Электронная статья. 2020. <https://cyberleninka.ru/article/n/vnebolnichnye-pnevmonii-i-pozhilyh/> (дата обращения 19.11.2023).*

ПРОВЕДЕНИЕ АКУШЕРКОЙ ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ И МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

*Лысенко Анна Вячеславовна
Руководитель: Кошкалда Светлана Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Роды – это естественный физиологический процесс в женской репродуктивной системе, завершающий беременность человека и заключающийся в появлении схваток, отхождении околоплодных вод, раскрытии шейки матки, конфигурации головки плода, продвижении плода по родовому каналу и в его выходе вместе с последом.

Создание комфортных условий для пациента во время оказания ему медицинской помощи – приоритетное направление современной медицины. В этом плане беременность, роды и послеродовый период – очень популярное направление. Для каждой женщины и семейной пары в целом – это новый, ни на что не похожий этап жизни, который является неизведанным и очень ответственным. Уже в период планирования беременности молодые пары активно обращаются к акушеру – гинекологу за советами и рекомендациями, основной целью которых является создание условий для физиологичного и гладкого течения беременности. При наступлении беременности перед будущими родителями возникает новая цель и стремление – сделать так, чтобы процесс родов оказался нестрашным, предсказуемым и комфортным. В решении этого вопроса есть несколько составляющих: компетентность врачей, оснащение клиники и психопрофилактическая подготовка беременной к родам.

Психоземциональная стабильность будущей мамы, отсутствие страха и тревоги перед родами способствуют формированию доминанты беременности и нормальному физиологическому течению родового процесса, улучшая акушерские и перинатальные исходы. У 70% первобеременных женщин выявляются нарушения психического состояния. Ведущую роль в возникновении токсикозов, гестозов, невротических расстройств в период беременности играют психологические факторы, которые выводят женщину из состояния покоя и ее зоны комфорта. Согласно данным ВОЗ, лишь 10% рожениц нуждаются в применении стимулирующих и болеутоляющих лекарственных средств, остальные 90% женщин способны самостоятельно благополучно родить здорового ребенка. Психологические расстройства в последнем триместре наблюдаются в 60 – 80 % случаев.

Проведение психопрофилактической подготовки к родам позволяет адаптироваться женщине и осознать свою роль в процессе беременности, выработать теоретические и практические навыки поведения в родах, подготовить отца будущего ребенка к участию в родах. Неоспоримым преимуществом психопрофилактической подготовки к родам является то, что она может быть применена ко всем беременным. Несмотря на это заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации кровообращения, хронический аппендицит, заболевания печени и почек, токсикозы беременных, маточные кровотечения, предлежание плаценты, многоводие, гнойные процессы любой локализации. Компенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь I и II стадии, варикозные расширения вен нижних конечностей (без изъязвления) — не противопоказания для занятий физкультурой. Однако при этом должны быть использованы специальные (щадящие) комплексы упражнений.

Таким образом, ведущим звеном психопрофилактической подготовки является предупреждение и устранение основных причин, вызывающих такие нарушения физиологического дисбаланса высших отделов нервной системы, при которых возникает родовая боль. Несмотря на современные достижения в области медицины и психологии, повышение научного и технического уровня родовспоможения психологические проблемы в период беременности не уменьшаются.

Одной из актуальных проблем современного здравоохранения является охрана здоровья матери и ребенка. При этом вопросы профилактики заболеваний, а именно предупреждения осложнений беременности и родов относятся к наиболее важным и перспективным.

XVIII век в истории медицины России характеризуется появлением первых русских ученых медиков, наиболее яркими представителями которых являются Зыбелин Семен Герасимович (1735-1802 гг.), Амбодик Нестер Максимович (1744-1812 гг.) и Мудров Матвей Яковлевич (1776-1831 гг.). Эти русские ученые впервые высказали мысли о возникновении ряда заболеваний в результате воздействия на организм неблагоприятных условий окружающей среды. Они не увлекались лекарственной терапией, а призывали использовать средства природы.

Метод психопрофилактической подготовки беременных, направленный на облегчение родовой боли и базирующийся на учении И.П. Павлова, впервые был предложен известным отечественным психиатром и психотерапевтом К.И. Платоновым и разработан его учеником российским акушером – гинекологом И.З. Вельвовским в 40-х годах XX века. При этом основной задачей данного метода являлось облегчение родовой боли путем устранения страха у женщины перед родами. Метод психопрофилактической подготовки основывается на теории возникновения родовой боли и направлен на активирование коры головного мозга, повышение порога возбудимости для активного торможения раздражений, идущих из подкорковых структур. Преимущество данной методики заключается в том, что она может быть применена ко всем беременным и не имеет противопоказаний.

На протяжении беременности перестройка деятельности организма женщины затрагивает практически все органы и системы, начиная с центральной нервной системы и кончая опорно – двигательным аппаратом. Изменяются все виды обмена веществ. Развивающийся плод получает от матери все необходимые питательные вещества. Благополучие плода полностью зависит от здоровья матери, условий её труда, отдыха, режима питания, состояния нервной и эндокринной систем. Иногда организм женщины не справляется с повышенными требованиями со стороны растущего плода в связи с выраженным увеличением нагрузки на сердечно – сосудистую, мочевыделительную и другие системы, и тогда беременность протекает с различными осложнениями.

Роль психологической подготовки беременной к родам включает в себя:

1. Помощь в обработке эмоциональных и психологических аспектов беременности и родов. Беременность и роды могут вызвать разные эмоции, от радости и волнения до страха и тревоги.

2. Повышение самоуверенности и самоэффективности. Психологическая подготовка помогает беременным развить уверенность в своих способностях справиться с родами и верить в свою способность быть хорошей мамой.

3. Участие супруга или партнера. Психологическая подготовка может также включать поддержку и вовлечение партнера в процесс родов. Это может помочь создать поддерживающую и доверительную атмосферу для беременной и укрепить отношения между родителями.

4. Подготовка к послеродовому периоду. Психологическая подготовка помогает беременной быть готовой к вызовам, с которыми она может столкнуться после родов, включая изменения в ее теле, гормональные колебания, сон, восстановление и уход за новорожденным.

Справиться с психологическими расстройствами беременной женщине позволяет психологическая работа и психологический настрой на роды, появление и воспитание ребенка. Часто именно осознание материнства останавливает ее, не позволяет заходить в своих переживаниях слишком далеко. Умение расслабляться – это один из наилучших способов отвлечься от дурных мыслей и сконцентрироваться на хорошем.

Для многих будущих мам страх и ожидание боли, которая сопряжена с процессом родов, является настоящей большой темой. Кочуют из уст в уста «страшилки» бабушек и подруг. Дело в том, что, когда беременная томится неизвестностью в ожидании «смертных

мук», в кровь выбрасываются гормоны стресса – адреналин, кортизол. Под их воздействием развивается ишемия – спазм сосудов и мышц, нервы матки сдавливаются, возникает дефицит питательных веществ и кислорода в крови. Эти процессы и приводят к возникновению боли.

Есть много простых и естественных методов обезболивания. В наш век придумано множество средств, чтобы облегчить любую работу, любой путь. Эффективно обезболить естественными способами можно только естественные роды, то есть те, что не «вызваны» искусственно и идут без медикаментозных вмешательств.

1. Удобная поза.

Расслабиться поможет правильно выбранная поза. В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сказано, что женщина при отсутствии противопоказаний вправе свободно решать, какое положение ей принять во время родов. Удачно выбранная поза снимает большую часть болезненных ощущений. Как правило, будущие мамы предпочитают во время схваток ходить, сидеть на специальном резиновом мяче или стоять, опершись на спинку кровати, стол или подоконник. Можно совершать покачивающие движения бедрами, не возбраняются и танцы. Это способствует расслаблению промежности, снимает неприятные ощущения, помогает раскрытию шейки матки.

2. Теплая вода.

Вода обладает замечательным обезболивающим и расслабляющим действием. При отсутствии противопоказаний и наличии в роддоме соответствующих условий можно принять теплый душ. Водные процедуры (не путать с родами в воде) уменьшают болевые ощущения, помогают расслабиться и отдохнуть между схватками.

3. Музыка и пение.

Доказано: музыка влияет на наше настроение. Роды, особенно первые, – процесс довольно длительный. Главные силы понадобятся в самом конце, во время потуг. Поэтому между схватками нужно использовать любую возможность, чтобы расслабиться самой и дать отдохнуть малышу. Хороший эффект может оказать музыка. Во время родов можно включить песни любимых исполнителей и подпевать им.

4. Массаж.

Массаж способен значительно облегчить боль. Большинству женщин приятно прикосновение во время схваток. Делать его может сама женщина, кто-то из медицинского персонала или близких. Во – первых, эта процедура помогает расслабиться, во – вторых, отвлекает. В результате болезненные ощущения уменьшаются. Крестец – это область, откуда исходят нервы, идущие к матке. Присмотревшись к нижней части спины, вы увидите ромб, который образуют мышцы спины и ягодиц. Часто поглаживание сверху вниз, либо энергичное растирание в точках по бокам ромба существенно меняет ощущения. Некоторым помогает просто сильное надавливание на эту область. Делать массаж собственноручно женщина может только в начальной стадии родов, в дальнейшем это иногда приходится делать мужу или тому, кто помогает в родах. Можно осторожно массировать ладонью нижнюю часть живота, двигаясь от центра к периферии. Ты сама должна выбрать, какой из приемов массажа принесет облегчение.

5. Контрастное расслабление.

Во время схваток одновременно сжимайте одну руку в кулак или напрягайте одну стопу, а остальные мышцы старайтесь расслабить.

6. Дыхание и звук.

Инстинктивно задерживать дыхание и напрягаться – естественная реакция человека на беспокоящий раздражитель. Обезболивающим эффектом обладает правильное дыхание. Если дышать правильно, раздражитель удивительным образом станет меньше беспокоить.

Список использованных источников:

1. *Акушерство, под ред. В.Е. Радзинского [Электронный ресурс], М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022 г.*
2. *Гинекология, под ред. В.Е. Радзинского, Л.Р. Токтар [Электронный ресурс], М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022 г.*

3. Дзигуа М.В. Физиологическое акушерство [Электронный ресурс], М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022 г.
4. Захарова Т.А., Крапивина Е.А., Христенков А.С. и др. Оценка эффективности комплекса функциональной подготовки беременных к родам // Международный журнал экспериментального образования. – 2020 г.
5. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869)
6. Смольяникова Н.В., Фалина Е.Ф., Сагун В.А. Анатомия и физиология человека [Электронный ресурс], М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

*Павленко Анастасия Юрьевна
Руководитель: Куфтерин Сергей Михайлович
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

В последние годы практически во всех странах мира отмечается неуклонный рост заболеваемости и распространенности сахарного диабета, что позволило зарубежным авторам квалифицировать эти процессы как новую эпидемию XXI века [3, с.212].

Сахарный диабет (СД) I типа - тяжелое заболевание, которое поражает молодых, социально активных людей. Заболевание характеризуется развитием серьезных осложнений, затрагивающих все органы и системы, что может привести к снижению качества жизни и ранней инвалидизации. Вопросы приверженности к лечению в системе оказания эндокринологической помощи становятся все более актуальными на фоне повышения внимания к быстро прогрессирующему развитию осложнений СД I типа [2, с. 146].

Таким образом, актуальность проблемы определяется медико-социальной значимостью сахарного диабета, характеризующуюся возрастающими уровнями трудовых потерь и экономического ущерба вследствие заболеваемости, инвалидности и смертности населения, расходов государства и общества, направленных на лечение заболевания и его осложнений, требующих совершенствования и повышения эффективности системы специализированной квалифицированной помощи.

Цель работы: выявить особенности фармакотерапии по назначению врача пациентам с сахарным диабетом I типа при осуществлении сестринской помощи.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические основы учения о сахарном диабете I типа.
2. Провести сестринское исследование пациентов с сахарным диабетом I типа, находящихся на диспансерном учете и лечении в ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК.
3. Проанализировать полученные результаты исследования особенности фармакотерапии по назначению врача пациентам с сахарным диабетом I типа при осуществлении сестринской помощи.

Объект исследования: патологический процесс у пациентов с сахарным диабетом I типа.

Предмет исследования: особенности фармакотерапии по назначению врача пациентам с сахарным диабетом I типа при осуществлении сестринской помощи.

При проведении научного обзора теоретических источников выявлено, что сахарный диабет I типа - это аутоиммунное заболевание, характеризующееся абсолютным или

относительным дефицитом инсулина вследствие повреждения бета-клеток поджелудочной железы на фоне наследственной предрасположенности, с дебютом в детском и молодом возрасте до 25-30 лет, единственным способом лечения которого является регулярное введение инсулина извне в сочетании со строгой диетой и режимом питания [1, с.119].

При неадекватной инсулинотерапии, на фоне которой не достигаются критерии компенсации СД I типа и пациент находится в состоянии хронической гипергликемии, начинают развиваться и прогрессировать поздние осложнения, такие как диабетическая микроангиопатия (нефропатия и ретинопатия) и нейропатии (синдром диабетической стопы), при этом макроангиопатия на первый план выходит существенно реже [5]. Современная концепция лечения пациентов с сахарным диабетом I типа определяется необходимостью пожизненной инсулинотерапии на фоне обязательного многоаспектного изменения образа жизни, включающего соблюдение принципов здорового стиля питания и адекватной физической активности, проведение самоконтроля гликемии, а также прохождение регулярного медицинского обследования с целью своевременного выявления и лечения поздних осложнений.

Базой для организации практической части работы была выбрана ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК. При проведении сестринского исследования восьми пациентов с установленным сахарным диабетом I типа 63% (пять человек) составляют женщины, а 37% (три человека) - лица мужского пола в возрасте от 18 до 36 лет. Результаты исследования показали, что заболевание чаще встречается у пациентов молодого трудоспособного возраста, чаще женского пола, получающих заместительную пожизненную инсулинотерапию.

В исследуемой группе пациенты вводят инсулин подкожно, с помощью инсулинового шприца, шприц-ручки или специальной помпы-дозатора. Наиболее распространён способ введения инсулина с помощью шприц-ручек. Это связано с большим удобством, менее выраженным дискомфортом и простотой введения по сравнению с обычными инсулиновыми шприцами. Шприц-ручка позволяет быстро и практически безболезненно ввести необходимую дозу инсулина, что подтверждают результаты проведенного исследования.

В исследуемой группе только 50% пациентов придерживается рекомендованной диеты, вторая половина соблюдает не регулярно и допускает различные нарушения. Для повышения эффективности лечения и сохранения компенсации все пациенты обязательно должны посещать «Школу диабета», а в исследуемой группе только половина выполняет это условие, хотя как показывает опрос, пациенты, посещавшие «Школу», строже соблюдают рекомендации. Более 70% допускают нарушения при проведении инсулинотерапии, а именно, не всегда точно соблюдают методику выполнения инъекции, часто забывают проводить ротацию мест инъекций, допускают повторное использование игл. Результаты проведенного исследования, свидетельствующие о том, что у пациентов с сахарным диабетом в исследуемой группе невысокая приверженность к лечению, отражены в диаграмме (рис. 1).

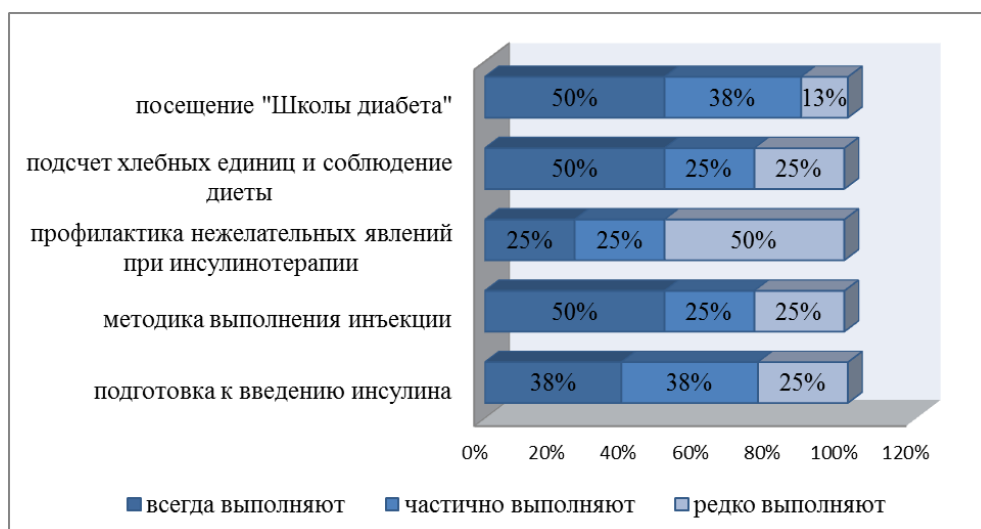


Рис. 1. Приверженность к лечению у пациентов в исследуемой группе

Проведенный опрос и анкетирование показали, что сами пациенты имеют различные точки зрения на факторы, снижающие мотивацию и выполнение всех медицинских рекомендаций. Результаты исследования представлены в диаграмме (рис.2).



Рис. 2. Факторы, снижающие приверженность к лечению сахарного диабета у пациентов в исследуемой группе

Осознанное участие пациента в процессе лечения, сотрудничество с медицинскими работниками, посещение «Школы диабета», ознакомление с принципами действия препаратов, методикой выполнения инъекций, - необходимые условия для повышения приверженности пациентов к лечению и формированию у них необходимого «поведения, связанного с диабетом» [4].

В исследуемой группе у пациентов наблюдаются нежелательные явления при проведении инсулинотерапии, которые связаны с нарушением техники ее проведения, такие как кровотечения и образования гематомы (25%), вытекание лекарственного препарата (38%), ощущение боли во время инъекции (25%), а также липодистрофия (38%).

Полученные данные подтверждают наличие взаимосвязи между возникновением липогипертрофий и применением старых, плохо очищенных препаратов инсулина, отсутствием чередования участков инъекций, использованием для инъекций ограниченных зон, повторным введением препарата в одну и ту же область, а также многократным применением игл, т.е. нарушение методики выполнения инсулинотерапии.

Более 70% пациентов в исследуемой группе получают интенсифицированную инсулинотерапию, которая является оптимальным вариантом лечения для больного с СД I типа, эффективна и возможна лишь при определенных условиях, к которым относятся наличие у пациента средств самоконтроля, высокий уровень знаний пациента о принципах терапии СД I типа и тактике поведения при неотложных состояниях.

Современная концепция достижения компенсации углеводного обмена включает в себя не только использование высококачественных препаратов инсулина, но и обязательное консультирование пациентов проведению инсулинотерапии: медицинская сестра проводит обучение пациентов правильному выполнению процедуры в зависимости от используемого устройства для введения инсулина, подсчету хлебных единиц и расчету необходимого для введения перед едой количества инсулина короткого типа действия, что позволяет повысить эффективность лечения, а также сделать его более удобным и безопасным.

Комплексный подход к лечению пациентов с сахарным диабетом, необходимость пожизненного соблюдения диеты и нормализации стереотипа питания, а также четкое соблюдение техники инсулинотерапии позволяет избежать возникновения осложнений,

улучшить качество жизни.

Список использованных источников:

1. Всемирная Организация Здравоохранения, Сахарный диабет. [Электронный ресурс]. // Электронная статья 2018. URL.: <http://www.who.int/diabetes/ru/> (дата обращения 04.02.2024).
2. Друк Н.В. Сахарный диабет в цифрах: действительность и прогнозы. [Электронный ресурс] // Электронный портал 2019. URL.: <http://xn-80achgm7d.xn-p1ai/about-diabetes> (дата обращения: 13.02.2024).
3. Захаров Ю. М. Лечение инсулинозависимого сахарного диабета первого типа. М.: Эксмо, 2016. - 321 с.
4. Обучение пациентов с сахарным диабетом как необходимое условие повышения эффективности лечебно-диагностического процесса: учеб. пособие / под ред. М. С. Шатохина. М.: ЭКСМО. 2015. - 342 с.
5. Организация сестринских программ профилактики сахарного диабета и его осложнений : учеб. пособие / под ред. С. В. Ланик. М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2020. - 224 с.

ОСОБЕННОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Падалко Валерия Сергеевна
Руководитель: Сергиенко Надежда Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Пациенты с патологией органов брюшной полости составляют значительную часть среди пациентов любого общехирургического отделения. Большинству из этих пациентов выполняются хирургические операции. Последние могут быть как экстренными, так и плановыми. Исход тех и других во многом зависит от качества ухода за оперированными больными [1, с. 126].

В отличие от других категорий хирургических больных течение послеоперационного периода у пациентов, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости, во многом определяется состоянием моторики желудочно-кишечного тракта. После операций, особенно экстренных, например, по поводу перитонита (воспаления брюшины), нередко наступает парез желудочно-кишечного тракта, или, по-другому, паралитическая кишечная непроходимость. Это состояние обусловлено угнетением моторики желудка и кишечника вплоть до полного ее отсутствия (паралича гладких мышц) [2, с. 172].

Актуальность темы состоит в том, что на сегодняшний день отмечается увеличение числа патологий органов брюшной полости и особенно количества осложнений после проведения операций. При отсутствии качественной, своевременной работы медицинских сестер, число случаев осложнений могло быть значительно выше.

Цель работы: выявить особенности осуществления сестринского ухода за пациентами в профилактике осложнений после операций на органах брюшной полости.

Для достижения поставленной цели по ходу исследования решались следующие задачи:

1. Изучить теоретические основы учения об операциях на органах брюшной полости.
2. Провести сестринское исследование пациентов после операций на органах брюшной полости в условиях хирургического отделения ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК.
3. Проанализировать результаты исследования особенностей осуществления сестринского ухода за пациентами после операций на органах брюшной полости.

Объектом исследования является патологический процесс у пациентов с патологиями органов брюшной полости.

Предмет исследования: особенности осуществления сестринского ухода за пациентами в профилактике осложнений после операций на органах брюшной полости.

Сестринское исследование пациентов после операций на органах брюшной полости проведено на базе хирургического отделения № 2 ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК. Для достижения цели проведено сестринское исследование 15 пациентов, находившихся на стационарном лечении.

Для достижения цели исследования пациентов была разработана анкета, состоящая из 20 вопросов, ответы на которые помогают раскрыть особенности осуществления сестринского ухода за пациентами после операций на органах брюшной полости. Из 15 пациентов исследуемой группы - 6 мужчин (40%) и 9 женщин (60%). Возрастной состав пациентов с проведенными операциями на органах брюшной полости, распределился следующим образом: 4 пациента (27%) в возрасте от 18 до 44 лет, 6 пациентов (40%) в возрасте от 45 лет до 60 лет, 5 пациентов (33%) в возрасте от 60 до 74 лет. Полученные результаты свидетельствуют о том, что число проводимых операций на органах брюшной полости увеличивается с возрастом, что находит отражение в большинстве литературных источников.

Острые хирургические патологии брюшной полости крайне опасны и требуют срочного хирургического вмешательства. К данным видам патологий относятся: острый аппендицит, удаление грыжи, панкреатит, холецистит, кишечная непроходимость, онкологические заболевания органов брюшной полости. По собранным данным можно составить общую статистику проведенных операций на брюшной полости. Пациентов в исследуемой группе распределили по заболеваниям следующим образом: 6 пациентов (40%) с острым аппендицитом, 3 пациента (20%) с грыжей, 2 пациента (13%) с панкреатитом, 2 пациента (13%) с онкологическими заболеваниями, 1 пациент (7%) с холециститом, 1 пациент (7%) с кишечной непроходимостью. Полученные данные наглядно отражены в диаграмме (рис. 1).

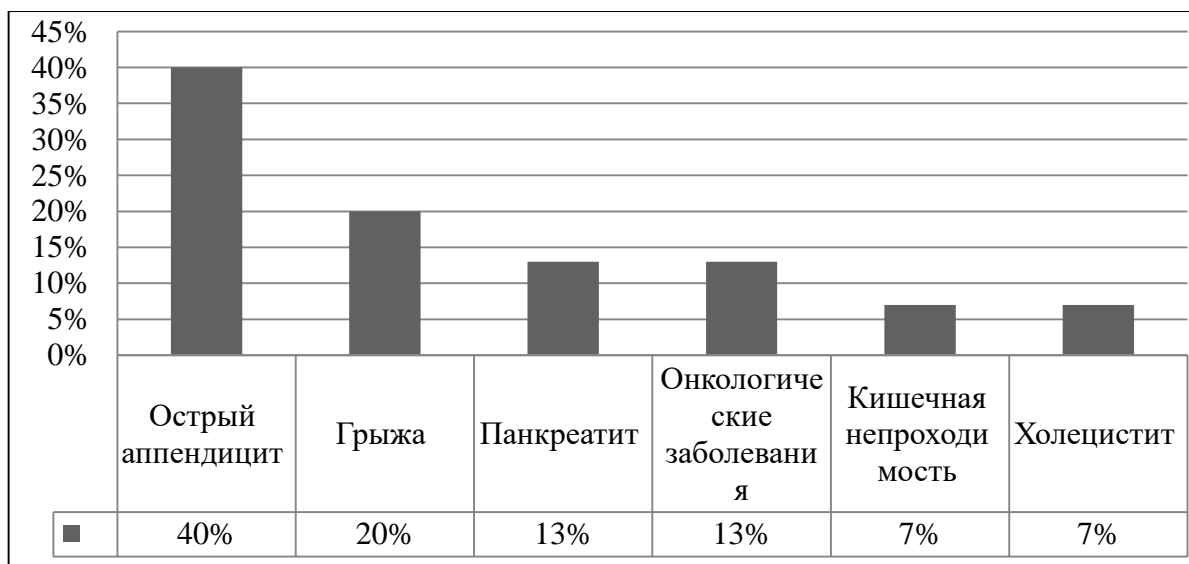


Рис. 1. Показания к оперативному вмешательству пациентов в исследуемой группе

В исследуемой группе проводилось больше полостных операций по сравнению с лапароскопическими операциями, так как пациенты поступали с синдромом острого живота, что является экстренным показанием к полостной операции. А экстренные операции влекут за собой большое количество осложнений и тяжесть в послеоперационном периоде, в том числе и более ярко выраженный болевой синдром. Состав пациентов с проведенными операциями на органах брюшной полости, распределился следующим образом: 6 пациентам (40%) проводилась лапароскопическая операция, 9 пациентам (60%) проводились полостные операции. Полученные данные наглядно отражены в диаграмме (рис. 2).

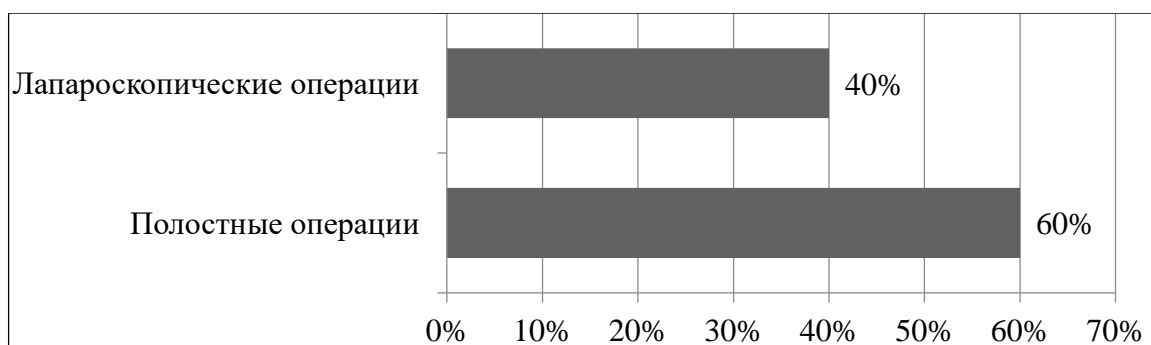


Рис. 2. Распределение пациентов в исследуемой группе по видам проведенных операций

Сестринский уход особенно важен в первые часы после операции. Чтобы не допустить развития осложнений у пациентов, медицинской сестре необходимо внимательно следить за показателями жизненно важных функций.

В процессе лечения хирургических пациентов наблюдение за органами дыхания имеет не менее важное место, чем наблюдение за системой кровообращения. Две системы - дыхание и кровообращение самым тесным образом связаны друг с другом, взаимозависимы и служат одной цели - обеспечить все клетки достаточным количеством кислорода. На вопрос: «Наблюдалось ли учащенное дыхание, выше 25 уд/мин?» 6 пациентов (40%) ответили: «Да», а 9 пациентов (60%) ответили: «Нет». Это связано с воздействием наркотических анальгетиков, препаратов, используемых для анестезии, и некоторых других лекарственных средств.

Огромное значение после операции имеет наблюдение за функцией органов мочевого выделения. Важным критерием обезвоженности организма является количество выделяемой мочи. Среди осложнений со стороны мочевыделительной системы чаще всего отмечается задержка мочи, что объясняется нарушением сложного нейрорефлекторного механизма мочеиспускания.

Во время анкетирования у пациентов был задан вопрос: «Наблюдается ли у Вас осложнения со стороны мочевыделительной системы?», выявлено, что 9 пациентов (60%) не отмечали нарушений со стороны мочевыделительной системы, 3 пациента (20%) отмечали задержку мочи в первые часы после операции, в течение суток после операции наблюдалась задержка мочи у 2 опрошенных (13%), 1 пациент (7%) ответил: «Более суток».

Наблюдение за органами пищеварения позволяет также оценить состояние пациента, выявить некоторые начинающиеся послеоперационные осложнения. Используя данные анкеты, было выявлено, что у 3 пациентов (20%) наблюдалось нарушение со стулом с преобладанием запора, у 1 пациента (7%) неустойчивый стул с преобладанием поноса, у 7 пациентов (46%) не отмечалось нарушений со стулом, а у 4 пациентов (27%) отмечался метеоризм.

Послеоперационная тошнота и рвота являются следствием реакции организма на анестезию. Рвотный рефлекс может привести к расхождению наложенных швов, возникновению кровотечения. Необходимо контролировать состояние пациента для профилактики послеоперационных осложнений, а в случае их появления оказать необходимый сестринский уход.

В ходе опроса пациентам был задан вопрос: «Испытываете ли вы диспепсические расстройства?» при этом, выяснилось, что 4 пациента (27%) жалуются на тошноту, 2 пациента (13%) на рвоту после операции, 5 пациентов (33%) на нарушение аппетита, 4 пациента (27%) не испытывают неприятных диспепсических расстройств.

Согласно данным проведенного анкетирования были выявлены, осложнения, которые развились у пациентов в послеоперационном периоде. Они распределились следующим образом: у 2 пациентов (13%) нагноение раны, у 1 пациента (7%) отметилась несостоятельность швов, у 2 пациентов (13%) обнаружили нарушение кишечной

непроходимости. У 3 пациентов (20%) исследуемой группы наблюдалось осложнение со стороны сердечно-сосудистой системы в виде повышения артериального давления (выше 130/80). У остальных 7 пациентов (47%) осложнений после операции не обнаружено. Данные анкетирования представлены в диаграмме (рис. 3).

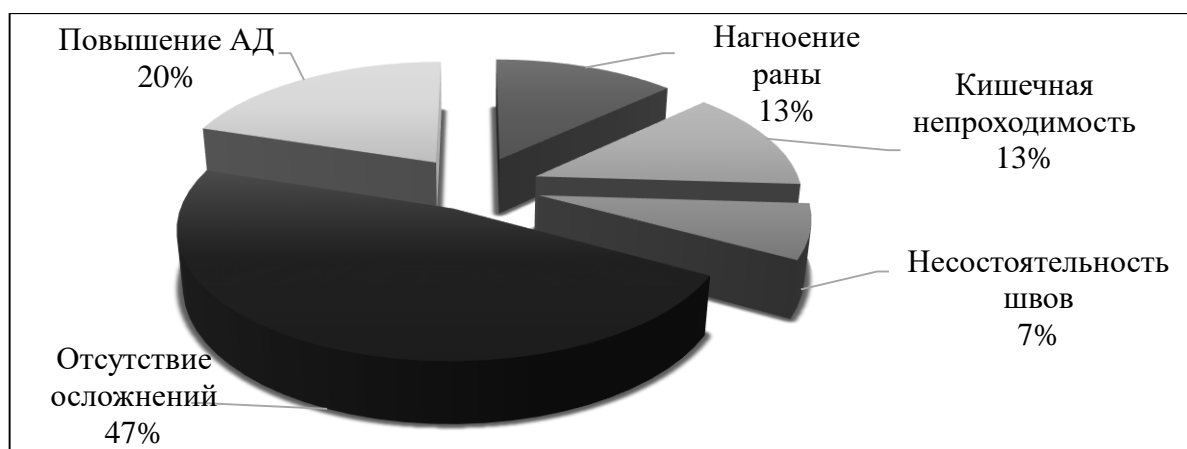


Рис. 3. Послеоперационные осложнения пациентов в исследуемой группе

Установлено, что основной жалобой хирургического пациента является болевой синдром. Боль различного характера в послеоперационном периоде, независимо от локализации, может оказывать влияние практически на все органы, увеличивая риск развития осложнений и летальность в послеоперационном периоде. Последнее положение доказывает, что лечение боли является не просто гуманным требованием, но и ключевым аспектом интенсивной терапии. Применение лапароскопии существенно снижает частоту послеоперационных осложнений, сокращает сроки восстановительного периода и упрощает сам процесс сестринского ухода, переводя тем самым целый ряд довольно сложных хирургических манипуляций в разряд процедур, не требующих длительной госпитализации. При осуществлении сестринского ухода следует помнить, что каждый пациент по-своему индивидуален и требует индивидуального к нему подхода.

На основании анализа результатов проведенного сестринского исследования пациентов следует, что сестринский уход за пациентом после операций на органах брюшной полости требует комплексного подхода. Сестринский уход включает в себя множество различных моментов, таких как осуществление ухода за послеоперационным швом, контроль за соблюдением диетотерапии, помощь пациенту в выполнении комплексов лечебной физической культуры, осуществление профилактики застойных явлений у пациента, соблюдение пациентом режима двигательной активности, выполнение рекомендаций врача по ношению специального бандажа, отказ от вредных привычек [5, с. 418]. Своевременный и правильно организованный сестринский уход за пациентом после операций на органах брюшной полости способствует быстрому восстановлению организма и улучшает качество жизни пациентов, а также предупреждает развитие послеоперационных осложнений.

Список использованных источников:

1. Барыкина, Н.В., Зарянская, В.Г. *Сестринское дело в хирургии: учебное пособие* / Н. В. Барыкина, В. Г. Зарянская. – Ростов-на-Дону.: Феникс, 2022. - 448 с.
2. Вавилов, А.Л. *Послеоперационные осложнения у больных с толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии* / А. Л. Вавилов, А. В. Бабич // *Молодой ученый*. - 2019. - № 28 (266). - С. 171-173. - URL: <https://moluch.ru/archive/266/61585/> (дата обращения: 18.01.2023).
3. Евсеев, М.А. *Уход за больными в хирургической клинике* / М. А. Евсеев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 192 с.
4. Лычев, В.Г., Карманов, В.К. *Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи* / В. Г. Лычев, В. К. Карманов. – Москва: ФОРУМ, 2019. - 544 с.

5. Обуховец, Т.П., Барыкина, Н.В. - Справочник: Сестринское дело / Т. П. Обуховец, Н. В. Барыкина. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2019. - 604 с.
6. Петров, С.В. Общая хирургия: учебник / С. В. Петров. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 832 с.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Пасечная Дарья Андреевна
Руководитель: Сергиенко Евгений Геннадьевич, преподаватель
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Болезни системы кровообращения в настоящее время являются наиболее значимой медико-социальной проблемой для населения планеты: их распространенность, особенности клинического течения и последствия во многом обуславливают снижение качества и продолжительности жизни человечества. При этом по оценке экспертов ВОЗ самым распространенным заболеванием периферических сосудов является варикозное расширение вен нижних конечностей. В отличие от многих заболеваний аорты и ее ветвей, варикозное расширение вен нижних конечностей не является столь частой причиной развития сердечно – сосудистых катастроф и летальных исходов. Вместе с тем преимущественное поражение варикозной болезнью лиц трудоспособного возраста и постоянное омоложение контингента заболевших, неуклонно прогрессирующее течение с развитием декомпенсированных форм хронической венозной недостаточности и, как следствие, снижение качества жизни и инвалидизация пациентов – все это определяет актуальность проблемы [4, с. 8].

Значительное увеличение пациентов с патологией вен, возрастающая медицинская грамотность населения, стремление к здоровому образу жизни делают в настоящее время проблему лечения варикозного расширения вен нижних конечностей очень актуальной. Патологический процесс носит непрерывно – прогрессирующий характер и, несмотря на доступность флебологической помощи и появление новых методов диагностики и лечения, неизбежно приводит к тяжелым трофическим расстройствам и развитию осложнений [1, с. 62].

Цель: выявить влияние факторов риска на возникновение и течение варикозного расширения вен нижних конечностей у пациентов при осуществлении сестринской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

Для достижения поставленной цели по ходу исследования решались следующие задачи:

1. Изучить теоретические основы учения о варикозном расширении вен нижних конечностей.
2. Провести сестринское исследование пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей в условиях хирургического и поликлинического отделений ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК.
3. Проанализировать результаты исследования особенностей влияния факторов риска на возникновение и течение варикозного расширения вен нижних конечностей у пациентов зрелого возраста при осуществлении сестринской помощи.

Объект исследования: патологический процесс у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.

Предмет исследования: влияние факторов риска на возникновение и течение варикозного расширения вен нижних конечностей у пациентов при осуществлении сестринской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

В результате проведенного научного обзора теоретических источников о варикозном расширении вен нижних конечностей, можно сделать вывод, что варикозное расширение вен

нижних конечностей является полиэтиологическим заболеванием в развитии которого выделяют модифицированные (ожирение, чрезмерное употребление алкоголя, длительное ортостатическое положение, подъем тяжестей, нерациональное питание, ношение тесного белья и обуви на высоком каблуке) и немодифицированные (пол, возраст, беременность, менопауза, генетическая предрасположенность, врожденные нарушения свертываемости крови, расстройство иннервации с потерей тонуса и первичной или вторичной недостаточностью клапанов вен) факторы риска развития заболевания.

Сестринское исследование пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей проведено на базе хирургического и поликлинического отделений ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач в качестве объекта исследования были привлечены 12 пациентов, находившихся на стационарном лечении с варикозным расширением вен нижних конечностей из них: 3 мужчин (25%) и 9 женщин (75%) в возрасте от 44 до 60 лет.

Варикозное расширение вен нижних конечностей является полиэтиологическим заболеванием, чаще всего возникающим под воздействием таких факторов риска, как наследственность, длительные статические нагрузки, беременность, ожирение, длительный прием гормональных препаратов, гиподинамия, нарушения питания, травма нижних конечностей, курение, употребление алкоголя [5, с. 144].

В связи с тем, что ожирение является одним из основных модифицируемых факторов риска возникновения варикоза, в исследуемой группе пациентов было проведено определение индекса массы тела (ИМТ).

Для расчета ИМТ использовалась следующая формула: масса тела / рост (м) в квадрате. Из полученных данных, следует, что у 4 пациентов (33%) ИМТ находилось в пределах нормы, у 3 пациентов (25%) – отмечалось предожирение (повышенная масса тела), у 3 пациентов (25%) было выявлено ожирение I степени и у 2 пациентов (17%) – ожирение II степени. Анализ полученных результатов позволяет наглядно проследить влияние повышенной массы тела (ожирения) на состояние венозной системы у пациентов в исследуемой группе, а в частности на развитие варикозного расширения вен нижних конечностей.

Среди многочисленных факторов, ведущих к развитию варикозного расширения вен нижних конечностей, ведущая роль отводится наследственной предрасположенности [2, с. 44]. Среди пациентов в исследуемой группе у 8 человек (67%) было установлено наличие такого немодифицированного фактора, как наследственная предрасположенность.

На вопрос анкеты, предназначенный для выявления основных этиопатогенетических модифицированных факторов у пациентов в исследуемой группе, 4 человека (33%) отметили длительные статические нагрузки, 4 человека (33%) в качестве этиопатогенетического фактора выделили нарушение питания и несоблюдение водного режима, 2 пациентки (17%) указали на длительный прием гормональных препаратов, 2 пациента (17%) отметили у себя малоподвижный образ жизни. Данные, полученные при анкетировании пациентов исследуемой группы, представлены на диаграмме (рис. 1).

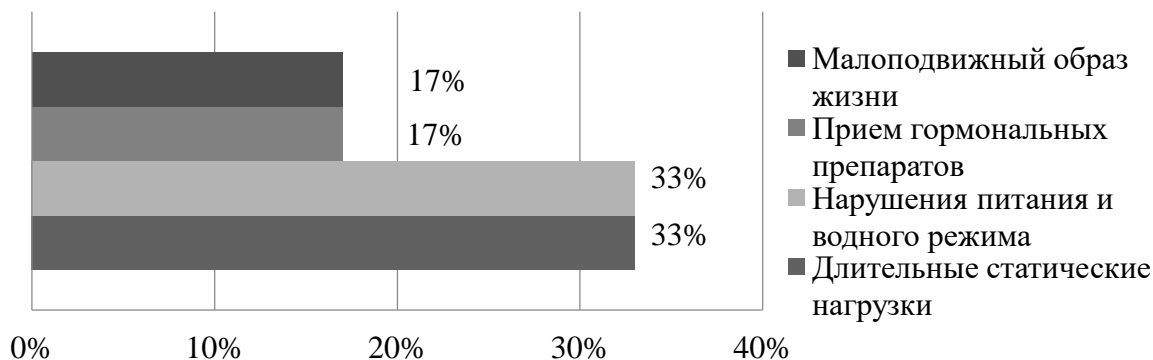


Рис. 1. Этиопатогенетические модифицированные факторы развития варикозного расширения вен нижних конечностей у пациентов в исследуемой группе

Несмотря на то, что курение не может стать единственной причиной варикозного расширения вен, но, оказывая отрицательное влияние на сосуды, несомненно, является дополнительным негативным фактором, способствующим развитию варикозного расширения вен нижних конечностей. В результате проведенного анонимного анкетирования было установлено, что курение было отмечено 5 пациентами исследуемой группы, что составило 42% от общего числа пациентов.

На вопрос анкеты «Какие из нижеперечисленных симптомов присутствуют у Вас?» пациенты ответили следующим образом: боль в нижних конечностях отметили 12 пациентов (100%), чувство тяжести в нижних конечностях и отек – 9 пациентов (75%), видимое увеличение поверхностных вен нижних конечностей отметили 12 человек (100%).

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что преобладающими клиническими проявлениями у пациентов в исследуемой группе являются боль и чувство тяжести в нижних конечностях. Это свидетельствует о том, что у большинства пациентов заболевание находилось в стадии субкомпенсации и проведение мероприятий, направленных на устранение этиопатогенетических факторов, может способствовать предупреждению прогрессирования патологического процесса и развития осложнений, что для данной категории пациентов может способствовать положительной динамике.

Среди множества факторов, выдвигаемых разными исследователями в качестве причин варикозного расширения вен нижних конечностей, - главным является все же наследственная предрасположенность к этому заболеванию, являющаяся немодифицируемым фактором риска. Анализ ответов респондентов показал, что у 6 пациентов (50%) из исследуемой группы отмечалась отягощенная наследственность в отношении варикозного расширения вен нижних конечностей – данная патология определялась у их родителей.

В ходе анализа результатов анкетирования был установлен низкий уровень информированности пациентов в исследуемой группе об особенностях питания и соблюдения питьевого режима при варикозном расширении вен нижних конечностей. Только лишь 33% пациентов (4 человека) осведомлены в полной мере об особенностях питания и употребления достаточного количества жидкости при варикозном расширении вен нижних конечностей.

В исследуемой группе только около 42% пациентов информированы о своем заболевании и стараются всегда выполнять все врачебные назначения и рекомендации. Около 33% пациентов недостаточно информированы об имеющейся патологии, но заинтересованы в получении дополнительной информации, стараются частично выполнять все назначения и рекомендации медицинского персонала, 25% пациентов в исследуемой группе мало информированы, безразличны к рекомендациям по исключению факторов риска и не стараются выполнять рекомендации по диетотерапии, умеренной физической нагрузке, уменьшению длительных статистических нагрузок.

Полученные данные по информированности пациентов в исследуемой группе представлены в диаграмме (рис. 2).

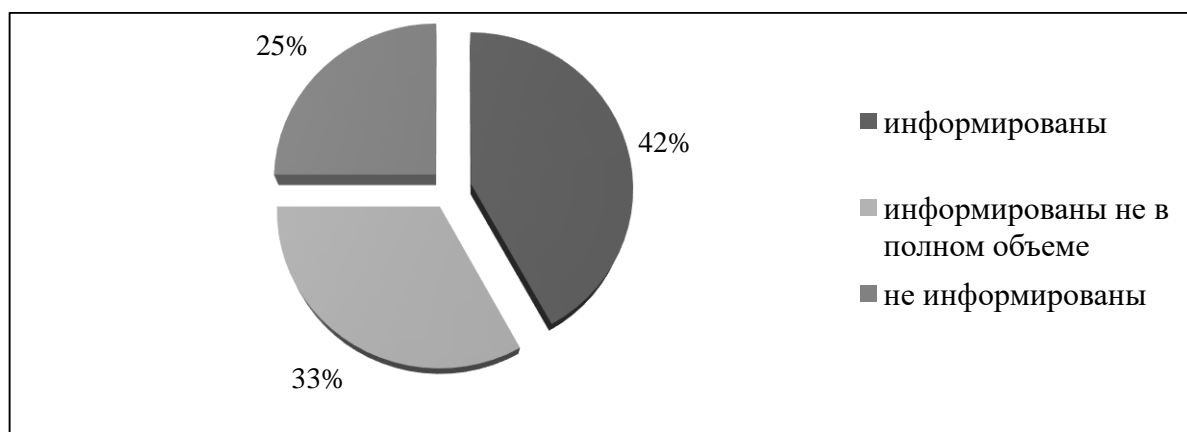


Рис. 2. Информированность пациентов в исследуемой группе о своем заболевании

Из данных, полученных при анкетировании пациентов, следует, что необходимо проводить их более планомерное и детальное консультирование о необходимости длительного лечения, а также о возможных необходимых изменениях в образе жизни с исключением факторов риска, приводящих к прогрессированию патологического процесса.

Полученные данные учтены при осуществлении сестринской помощи пациентам с варикозным расширением вен нижних конечностей. На основании анализа результатов проведенного сестринского исследования пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей и оказанной им сестринской помощи, следует, что при выявлении факторов риска, влияющих на возникновение и течение патологического процесса, проводятся мероприятия, направленные на коррекцию питания, снижение массы тела при ожирении, дифференцированный подход к приему гормональных препаратов, устранение гиподинамии, формирование негативного отношения к курению и полный отказ от него. Своевременная коррекция факторов риска в сочетании с медикаментозной терапией и применением компрессионного трикотажа могут предупредить прогрессирование патологического процесса при варикозном расширении вен нижних конечностей, уменьшить риск развития осложнений, а также оказать благоприятное влияние на качество жизни пациентов при данной патологии.

Список использованных источников:

1. Илюхин, Е.А. Варикоз, тромбоз, лимфостаз и другие заболевания вен, которые можно и нужно лечить / Е. А. Илюхин. – Москва: Эксмо, 2019. - 256 с.
2. Кухарев, Д. Ю. Использование лазерных технологий при лечении варикозной болезни нижних конечностей / Д. Ю. Кухарев, А. А. Сверчинская, Д. М. Ясенко // Молодой ученый. - 2018. - № 16 (202). – С. 43-45. - URL: <https://moluch.ru/archive/202/49478/> (дата обращения: 18.01.2023).
3. Профилактика тромботических осложнений в хирургической практике / Д. П. Хакимов, Ш. О. Ортикбоева, Ж. А. Фахриев [и др.] // Молодой ученый. - 2017. - № 21 (155). — С. 172-175. - URL: <https://moluch.ru/archive/155/43739/> (дата обращения: 22.01.2023).
4. Савельев, В.С., Кириенко, А.И., Золотухин, И.А., Селиверстов, С.Е. Проспективное наблюдательное исследование СПЕКТР: регистр пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей // Флебология. 2019. № 1. – С. 4-9.
5. Стойко, Ю.М., Кириенко, А.И., Затевахин, И.И. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен // Флебология. 2019. № 3. – С. 146-240.
6. Шевченко, Ю.Л., Стойко, Ю.М. Клиническая флебология / Ю. Л. Шевченко, Ю. М. Стойко. - Москва: ДПК Пресс, 2020. – 256 с.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИНЦИПАМ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Ризаева Бахар Баходировна
Руководитель: Куфтерина Марина Сергеевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Ожирение – это серьезная медико-социальная и экономическая проблема современного общества. Актуальность ее определяется в первую очередь высокой распространенностью, так как четверть населения экономически развитых стран мира имеет массу тела, на 20% превышающую норму [2, с.62] .

Широкое распространение ожирения за последние 20 лет является, в большинстве случаев, результатом влияния образа жизни. Главную роль играют как увеличение потребления энергии, так и недостаточная физическая активность.

Неблагоприятная ситуация в отношении здоровья населения в плане избыточного веса,

сложившаяся в нашей стране, подчеркивает необходимость проведения санитарно-просветительской работы среди населения по обучению принципам здорового образа жизни с целью улучшения этих показателей [1, с.11].

Цель работы: выявить особенности обучения населения принципам здорового образа жизни для профилактики ожирения при осуществлении сестринской помощи в условиях первичной медико-санитарной помощи населению.

Объект исследования: патологический процесс у пациентов с ожирением.

Предмет исследования: особенности обучения населения принципам здорового образа жизни для профилактики ожирения при осуществлении сестринской помощи в условиях первичной медико-санитарной помощи населению.

Ожирение представляет собой избыточные жировые отложения в подкожной клетчатке, органах и тканях, проявляется увеличением массы тела на 20 и более процентов от средних величин за счет жировой ткани, рассматривается как важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа. Развитию ожирения способствует малоактивный образ жизни, погрешности в характере и режиме питания. Избыточные калории, поступившие в организм и не израсходованные им, преобразуются в жир, который накапливается в жировых депо организма (преимущественно в подкожной клетчатке, сальниках, брюшной стенке, внутренних органах и т.д.). Увеличение запасов жира ведет к нарастанию массы тела и нарушению функционирования многих систем организма. Переедание приводит к ожирению более чем в 90%, еще около 5% случаев ожирения вызвано расстройством обмена веществ [3; 4].

В условии первичной медико-санитарной помощи медицинская сестра проводит обучение населения основным принципам здорового образа жизни для профилактики ожирения на основе рекомендаций ВОЗ: информирует пациента о необходимости самоконтроля массы тела в домашних условиях; консультирует по вопросам рационального питания и особенностей питания при избыточной массе тела; мотивирует на оптимизацию повседневной физической активности и самоконтроля адекватности индивидуальной нагрузки; регулярное прохождение диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, при необходимости диспансерного (динамического) наблюдения у врача и выполнения назначенных врачом исследований.

Базой для организации практической части работы была выбрана ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК», где в амбулаторно-поликлинических условиях проведено сестринское исследование пациентов с ожирением.

При проведении исследования четырнадцать пациентов с ожирением 36% (пять человек) составляют мужчины, а 63% (девять человек) - женщины в возрасте от 20 до 69 лет. При проведении анализа возрастного состава обследованных пациентов получены данные, свидетельствующие о том, что ожирение наблюдается преимущественно в возрасте 30-60 лет. В половом соотношении у женщин встречается чаще, примерное соотношение два к одному, что соответствует данным теоретических источников на современном этапе.

Большинство пациентов (72%) имеет вторую и выше степень ожирения, на фоне которого наблюдается нарушение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем. На первом месте по распространенности стоят заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и хроническая сердечная недостаточность, на втором месте сахарный диабет II типа, а третье место заняли заболевания пищеварительной системы или желудочно-кишечного тракта, представленные хроническим гастритом, язвенной болезнью, хроническим холециститом и хроническим панкреатитом. Несколько реже встречаются заболевания мочевыделительной системы, другие заболевания суставов.

Каждое из всех выявленных сопутствующих заболеваний требует не только медикаментозной терапии, но и коррекции образа жизни. В каждом случае необходимо проводить индивидуальное консультирование с учетом состояния пациента и тяжести заболеваний.

Во время сбора анамнеза и анкетирования выявлены особенности образа жизни, способствующие развитию ожирения, такие как недостаточная физическая активность, погрешности в характере и режиме питания (чрезмерное потребление углеводов, жиров, соли, сладких напитков, прием пищи на ночь и др.), вредные привычки (курение и злоупотребление спиртными напитками), хронический стресс. . Полученные результаты исследования отражены в диаграмме (рис. 1).

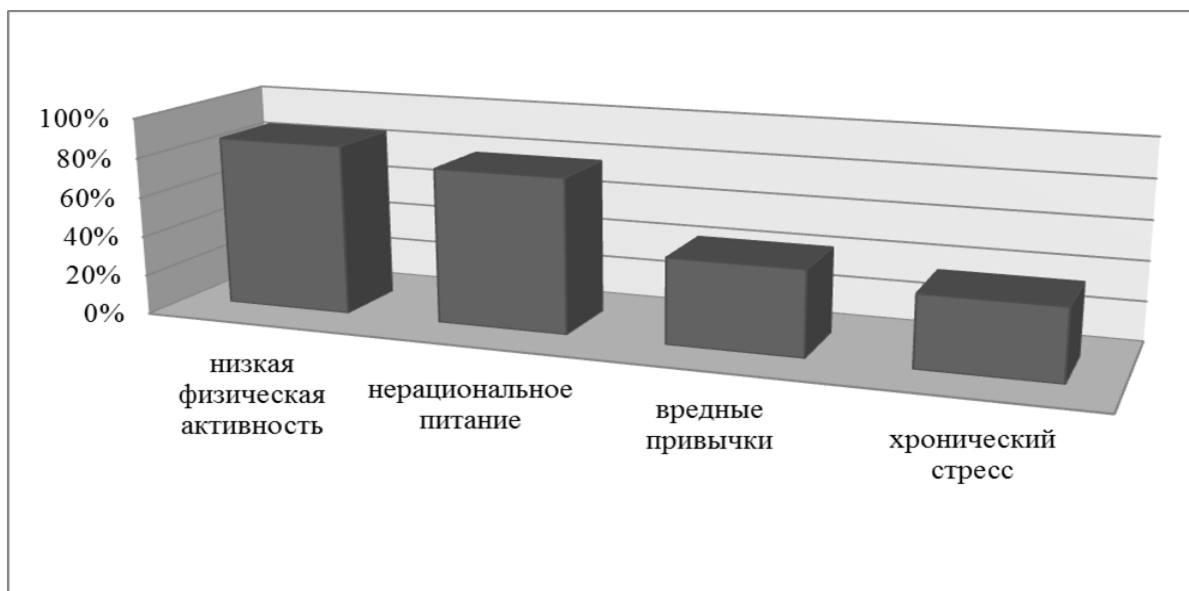


Рис. 1. Особенности образа жизни пациентов с ожирением в исследуемой группе

Анализ полученных результатов анкетирования и опроса показал, что практически все пациенты (80%) информированы об ожирении, знают о влиянии образа жизни на возникновение и течение заболевания, но не всегда адекватно оценивают свое состояние и не могут решиться на существенные изменения, такие как изменение в питании и адекватная физическая нагрузка для нормализации массы тела без должной мотивации. Около 50% (8 человека) продолжают жить прежней жизнью, так как не верят в благоприятный исход.

В исследуемой группе 21% (3 человек из четырнадцати) пытаются изменить образ жизни, изменили образ питания, есть результаты по коррекции массы тела, отказались от вредных привычек, ведут дневник самоконтроля, так как хотят улучшить качество жизни и верят, что можно улучшить прогноз по сопутствующим заболеваниям и продлить свою жизнь. Большая часть пациентов (78%) время от времени пытаются снизить вес, пробуя разные диеты в домашних условиях (кремлевскую, бессолевую, молочную), имеют положительный результат, но только непродолжительное время.

При возврате к прежнему рациону масса тела быстро возвращается к прежней, а чаще всего даже увеличивается. Шесть пациентов (43%) стараются заниматься спортом, посещают тренажерный зал, групповые занятия фитнесом, но нерегулярно, часто позволяют себе продолжительные периоды отдыха от спорта, периоды интенсивных ежедневных тренировок сменяются длительным отдыхом, в результате чего вес тела снижается очень медленно, а чаще всего вообще нет результата по коррекции массы тела.

В результате анкетирования выявлена низкая мотивация пациентов к изменению образа жизни для снижения массы тела. Большинство из них (71%) считают лишний вес только косметическим дефектом. Данные об информированности и мотивации пациентов представлены в диаграмме (рис.2).



Рис.2. Информированность и мотивация пациентов по коррекции образа жизни в исследуемой группе

Конечно, у каждого пациента с ожирением, может быть своя мотивация снижения массы тела: косметический эффект, уменьшение риска для здоровья, улучшение работоспособности, желание носить одежду меньших размеров, стремление хорошо выглядеть. Однако, цели в отношении снижения веса и его темпов должны быть реальными и направленными, прежде всего, на уменьшение риска возникновения сопутствующих ожирению осложнений.

Таким образом, при проведении обучения населения принципам формирования здорового образа жизни необходимо рассматривать ожирение как основной фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний, информировать пациента о способах и методах модификации образа жизни, мотивировать к оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций с учетом сопутствующих патологий; а также проводить углубленное консультирование по рациональному питанию; необходимости адекватной физической нагрузки, полного отказ от алкоголя, курения, снижения уровня стрессов; информировать о методах самоконтроля за массой тела. Данные мероприятия, направленные на модификацию образа жизни, оказывают благоприятное влияние на качество жизни пациентов, способствуют предупреждению прогрессирования патологического процесса и увеличению продолжительности жизни.

Список использованных источников:

1. Березина М.В., Михалева О.Г., Бардымова Т.П. Ожирение: механизмы развития [Электронный ресурс] // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2012. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ozhirenie-mehanizmu-razvitiya> (дата обращения: 23.01.2024)
2. Дэниел Г. Бессесен Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение. - М.: Бином, 2019. - 240 с.
3. Несват В.А. Проблема ожирения и индивидуально-психологические особенности больных ожирением // Новая наука: От идеи к результату. 2016. №3. - С. 61-64.
4. Разина А.О., Ачкасов Е.Е., Руненко С.Д. Ожирение: современный взгляд на проблему [Электронный ресурс] // Ожирение и метаболизм. 2018. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ozhirenie-sovremennyy-vzglyad-na-problemu> (дата обращения: 13.01.2024)

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Рыбалкина Виктория Владимировна
Руководитель: Гнучевская Екатерина Вячеславовна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Мочекаменная болезнь - это урологическое заболевание, проявляющееся формированием камней в различных отделах мочевыводящей системы.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время мочекаменная болезнь является вторым по распространенности урологическим заболеванием в мире и встречается в среднем не менее чем у 3-4% населения, причем наиболее чаще у пациентов трудоспособного возраста от 30 до 60 лет, две трети при этом составляют пациенты мужского пола. В Российской Федерации распространенность мочекаменной болезни также прогрессивно увеличивается, что отображается в увеличении числа пациентов, страдающих мочекаменной болезнью [1, с.3]. Ежегодно их число увеличивается на 0,5 - 5,3%. Несмотря на то, что с каждым годом появляются новые методы диагностики и лечения мочекаменной болезни, количество пациентов не уменьшается.

По прогнозу ученых, это заболевание будет иметь тенденцию к росту в связи с увеличением неблагоприятных экологических факторов и ухудшением социальных условий, оказывающих прямое воздействие на организм человека. Так же увеличению частоты заболеваемости способствуют особенности современной жизни - гиподинамия, ведущая к повышению избыточной массы тела и нарушению фосфорно-кальциевого обмена и характер питания - предпочтение белковой пище, избегание овощей и фруктов, плохое качество воды.

Все эти обстоятельства обуславливают актуальность изучения особенности образа жизни пациентов с мочекаменной болезнью при осуществлении сестринской помощи.

Цель работы: выявить особенности образа жизни пациентов с мочекаменной болезнью при осуществлении сестринской помощи.

Задачи:

1. Изучить теоретические основы учения о мочекаменной болезни.
2. Провести сестринское исследование пациентов с мочекаменной болезнью в ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК и проанализировать результаты исследования особенности образа жизни пациентов с мочекаменной болезнью при осуществлении сестринской помощи.

Объект исследования: патологический процесс у пациентов с мочекаменной болезнью.

Предмет исследования: особенности образа жизни пациентов с мочекаменной болезнью при осуществлении сестринской помощи.

Камни, образующиеся при мочекаменной болезни можно разделить на уратные, оксалатные, фосфатные в зависимости от их состава. К ведущим проявлениям уролитиаза относятся боль, дизурия, гематурия, пиурия и отхождение кристаллов мочевых солей и конкрементов [2, с.6]. Грозным и неотложным состоянием при мочекаменной болезни является почечная колика, которая сопровождается олигурией, анурией, дизурией, потрясающим ознобом и брадикардией. Основными диагностическими методами исследования являются анализы мочи и ультразвуковое исследование органов мочевой системы. Лечение пациентов при заболевании проводится консервативным и оперативным методом. Консервативные методы включают в себя: нормализацию водно-пищевого режима в зависимости от состава камней, коррекцию массы тела при наличии лишнего веса, профилактику малоподвижного образа жизни, медикаментозную терапию по назначению врача.

Важно понимать, что образ жизни - это комплекс типичных характеристик деятельности людей, непосредственно воздействующих на их здоровье. Образ жизни пациента с мочекаменной болезнью характеризуется тем, в каких условиях пациент, имеющий диагноз,

проживает и трудится, какое качество имеет употребляемая им пища, состав и количество потребляемой воды, физическая активность и условия окружающей среды в целом.

Неблагоприятный образ жизни, повышающий риск возникновения и усугубляющий течение мочекаменной болезни включает в себя наличие вредных привычек, таких как употребление алкоголя в больших количествах и курение, прием медикаментов, способствующих камнеобразованию - антибиотиков, комбинированных оральных контрацептивов, цитостатиков, избыток в рационе высокобелковой пищи, употребление большого количества соли в пищу, недостаточный приём чистой свежей воды, злоупотребление минеральными и газированными водами, а также пакетированными соками, шипучими напитками. Кроме того, проживание в условиях повышенной запылённости и загрязнённости. Профессиональные вредности, работа с тяжёлыми металлами, солями и кислотами, щелочами, органическими загрязнениями, бытовой пылью, отходами, землей, опасный и вредный труд на заводах и фабриках. Плохие жилищные условия - отсутствие центрального водоснабжения и отопления. Малоподвижный образ жизни и сидячая работа, что приводит к застою мочи в мочеполовой системе, а также отсутствие возможности вовремя сходить в туалет, что также может быть связано с различными условиями.

Образ жизни - это также климатические и геохимические условия проживания, химический состав воды на данной территории и особенности питания. Заболевание носит эндемичный характер. Такими регионами в России являются: Северный Кавказ, Урал, Поволжье, бассейны Дона и Камы [2, с.4].

Так, высокие температура и влажность воздуха, состав питьевой воды и насыщенность ее минеральными солями влияют на образование камня из-за ограничения потребления воды, но особенно из-за усиления потоотделения и обезвоживания организма, что повышает концентрацию солей в моче и способствует их кристаллизации, как и недостаточное употребление воды в целом.

Большое значение в возникновении почечного камнеобразования имеет и характер питания, так как растительная и молочная пища способствует ощелачиванию мочи, а мясная - ее окислению. Среди факторов, способствующих камнеобразованию, следует отметить избыток в пище консервов, поваренной соли, сублимированных и восстановленных продуктов, недостаток витаминов А и С, а также избыток витамина D.

В качестве объекта исследования были привлечены пациенты с мочекаменной болезнью, находящиеся на лечении в ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК в количестве 20 человек.

В ходе исследования был проведен подробный сбор анамнеза и наблюдение, а также, учтена информация, полученная из медицинской документации, позволяющая выявить особенности образа жизни пациентов с мочекаменной болезнью при осуществлении сестринской помощи в исследуемой группе.

В основу исследования взята анкета, состоящая из 25 вопросов, при ответе на которые раскрываются особенности образа жизни, наличия факторов риска развития мочекаменной болезни, знание пациентами провоцирующих факторов, которые могут являться причиной развития мочекаменной болезни; информированность пациента о влиянии образа жизни на степень прогрессирования камнеобразования.

На основании полученных результатов сделан вывод, что наиболее подверженными к развитию мочекаменной болезни являются пациенты, ведущие следующий образ жизни, так как: 13 пациентов, 65% от общего количества исследуемых пациентов ведут малоподвижный образ жизни, 12 пациентов (60%) имеют избыточный вес, у 6 пациентов (30%) диагностировано ожирение, при этом только 7 пациентов (35%) исследуемой группы сообщили, что питаются нерационально.

Также 16 пациентов, что составляет 80% от общего количества исследованных, длительно курят, 8 человек (40%) злоупотребляют алкоголем, что непосредственно влияет на процесс камнеобразования.

Необходимым условием профилактики и борьбы с образованием конкрементов в мочевых путях является употребление чистой воды от 2 до 2,5 литров, но пациенты из

исследуемой группы пьют воды значительно меньше, 12 пациентов, что составляет 60% от общего количества исследуемых пьют меньше 1 литра воды в сутки, 5 пациентов (25%) пьют около 1 литра воды в сутки, и только 3 пациента (15%) выпивают 1,5 литра воды в сутки.

Возникновению мочекаменной болезни способствуют различные заболевания, которыми страдают исследованные пациенты: 4 пациента (20%) имеют сахарный диабет II типа, заболевания желудочно-кишечного тракта и билиарной системы выявлены у 3 пациентов (15%) и 3 пациента (15%) имеют хронический пиелонефрит. У 10 пациентов (50%) исследуемой группы были обнаружены оксалатные камни, у 6 пациентов (30%) были диагностированы фосфатные камни, у 4 пациентов (20%) уратные. С исследуемыми пациентами проведены индивидуальные беседы об особенностях образа жизни при заболевании и о его коррекции, так как образ жизни играет огромную роль в возникновении и прогрессировании мочекаменной болезни.

В соответствии с поставленной целью исследования и на основании анализа полученных результатов установлено, что особенности образа жизни пациента оказывают огромное влияние на возникновение и течение мочекаменной болезни. Поэтому при оказании сестринской помощи пациентам с мочекаменной болезнью, медицинской сестре важно повлиять на пациента с целью исключения, либо уменьшения воздействия установленных факторов риска развития заболевания.

Грамотное и своевременное осуществление сестринской помощи в сочетании с адекватной медикаментозной терапией, по назначению врача, коррекция образа жизни самим пациентом, способствует уменьшению клинических проявлений мочекаменной болезни, снижает вероятность осложнений и обострений, способствует увеличению продолжительности жизни пациентов и улучшает их качество жизни.

Список использованных источников:

1. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики. *Урология*. 2008;(3):3–9.
2. Клинические рекомендации. Мочекаменная болезнь - 2021-2022-2023 (31.08.2021) Утверждены Минздравом РФ URL: http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54 (дата обращения 12.02.2024)

ОСОБЕННОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ФЕЛЬДШЕРОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Фатеев Никита Ильич

*Руководитель: Поповская Тамара Семеновна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Пиелонефрит - это неспецифическое инфекционно - воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением чашечно - лоханочной системы и тубулоинтерстициальной ткани, особенно часто встречающееся у детей раннего возраста, характеризующееся лейкоцитурией и бактериурией, а также нарушением функционального состояния почек [3].

Пиелонефрит у детей занимает одно из ведущих мест среди проблем современной педиатрии. Актуальность проблемы пиелонефрита обусловлена в первую очередь его высокой распространенностью среди детей раннего возраста. По данным Всемирной организации здравоохранения, среди почечных заболеваний пиелонефрит занимает первое место в Российской Федерации, и составляет 60 – 65%. Данная патология относится к самой распространенной бактериальной инфекцией внутренних органов после заболеваний дыхательной системы. Очевидно, что проблема имеет большое медико - социальное значение,

за счет распространенности: пиелонефрит составляет 10 – 18 случаев на 1000 детского населения: в период - 1,4 – 2,4 %, у детей дошкольного возраста - 0,5 %, в препубертатном периоде - 0,1 % . На сегодняшний день все так же сохраняются трудности диагностики пиелонефрита, что определяет значимость изучения данной темы. Клинические проявления пиелонефрита у детей достаточно разнообразны. В последние годы отмечается увеличение количества латентных форм пиелонефрита, крайне затрудняющих своевременную диагностику заболевания. При своевременной диагностике и дальнейшем лечении пиелонефрита можно осуществить профилактику осложнений, которые в первую очередь связаны с развитием гнойных процессов и прогрессирующим нарушением функции почек. [3]. К ним относят: развитие хронической почечной недостаточности, артериальной гипертензии, гнойных осложнений, что подчеркивает важность диагностической деятельности фельдшера при работе с данным заболеванием. Вышеизложенное свидетельствует об актуальности, а также научной, практической и социальной значимости проблемы диагностики пиелонефрита у детей раннего возраста.

Возбудители инфекции - грамотрицательные бактерии кишечной группы - кишечная палочка 75%, протей 10 – 15%, различные виды энтерококков, энтеробактерий. Верификация диагноза происходит почти исключительно у пациентов с серьезными анатомическими аномалиями мочевыводящих путей, наследственной патологией обмена веществ; патологией смежных органов; поражением интерстиция медикаментозными, химическими, аллергическими агентами; наследственной и семейная предрасположенностью; снижением общей и местной резистентности - чаще заболевают гипотрофики, недоношенные, дети первых лет жизни, а также дети, ослабленные другими заболеваниями. При диагностике пиелонефрита фельдшером учитываются факторы риска развития заболевания, в особенности, новорожденные с аномалиями развития мочевыводящих путей, наследственной предрасположенностью к заболеванию, страдающие частыми инфекционными заболеваниями, а также недоношенные и гипотрофики. Тщательно изучается анамнез заболевания, клиническая картина, но для окончательной постановки диагноза пиелонефрита необходимы лабораторные, а также инструментальные данные, с обязательным исследованием возбудителя на чувствительность к антибиотикам. [3].

В исследовательской работе на базе педиатрического отделения ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК использовался статистический метод, проведен анализ медицинских карт стационарных больных - форма № 003/у, и были анонимно анкетированы родители 10 детей раннего возраста. Объектом исследования послужили дети раннего возраста, от 1 до 3 - х лет, проходившие лечение на базе педиатрического отделения. В исследуемой группе все исследования и анкетирование проводились с согласия законных представителей детей и заведующего педиатрическим отделением. При анализе результатов выяснилось, что в исследуемой группе пациенты с пиелонефритом в большей степени девочки - семь человек, мальчики - три человека. Девочки, за исключением детей первого года жизни, болеют чаще в силу анатомо - физиологических особенностей строения мочеполовой системы, особенностей их гормонального фона. Заболеванию способствуют извитость мочеточников и гипотоничность стенок, все это - предрасполагающие факторы к застою мочи и развитию воспалительных процессов в лоханке. Короткий мочеиспускательный канал способствует более легкому попаданию инфекции в мочевой пузырь; мочеиспускательный канал в период новорожденности у девочек 1–1,5 см, к 16 годам – 3,2 см. Широкая короткая уретра, близкое ее расположение к анальному отверстию создают у девочек предпосылки для внедрения и распространения инфекции в почки. У мальчиков после года заболевание чаще развивается на фоне аномалий мочевыводящих путей.

Проведен статистический анализ сведений по основным факторам риска развития пиелонефрита в детском возрасте. Исходя из анамнестических данных, являются: наследственный фактор - у троих детей, патологическое течение беременности у матери – у двух пациентов, частая заболеваемость респираторными вирусными инфекциями - один пациент, наличие механической или динамической обструкции мочеполовой системы – трое

детей, метаболические и эндокринные нарушения - один пациент. Полученные данные наиболее часто предшествуют возникновению пиелонефрита у детей раннего возраста. Фельдшеру важно так же не пропустить при выяснении анамнеза и наименее встречаемые факторы риска, они тоже могут предрасполагать к возникновению пиелонефрита. К факторам риска относят: профессиональную вредность у родителей до рождения ребенка, контакт матери с тератогенными факторами во время беременности, токсикозы беременных, нефропатии и угрожающий выкидыш, инфекционные заболевания и пиелонефрит во время беременности, прием лекарственных препаратов во время беременности, короткий период грудного вскармливания с ранним искусственным вскармливанием, неблагоприятные жилищные условия и вид жилья, непродуманную антибиотикотерапию. Одним из факторов риска развития пиелонефрита являлся ранний переход на искусственное вскармливание. В связи с этим выяснено, что четыре пациента находятся на грудном вскармливании, шесть - на искусственном вскармливании. Наряду с основными питательными веществами и жидкостью, грудное молоко содержит весь необходимый набор витаминов и минералов, а также иммунные клетки, антитела, защищающие ребенка от инфекций, и биологически активные компоненты. Они поддерживают работу иммунной системы, особенно в первые месяцы жизни. Молоко, вырабатываемое в первые дни после родов, молозиво, содержит максимальную порцию иммунных компонентов - антител, тем самым защищая ребенка от инфекций, в частности от пиелонефрита. Данный фактор риска важен в диагностической деятельности фельдшера при сборе анамнеза.

У шести детей возбудителем являлась *E. coli*, микроорганизмы рода *Streptococcus* у двух детей, *Staphylococcus* также привел к возникновению пиелонефрита у двух детей. Исходя из данных, можно сделать вывод что наиболее часто среди детей раннего возраста возбудителем пиелонефрита является *E. Coli*, или кишечная палочка. В диагностике фельдшера возбудитель инфекции играет немало важную роль для дальнейшего назначения антибиотикотерапии.

Клинические проявления пиелонефрита в исследуемой группе проявлялись в виде общепризнаваемого синдрома у троих пациентов, температурной реакцией у пяти детей, дизурических явлений у одного ребенка, болевого синдрома у одного ребенка, что представлено на следующей диаграмме.

Также были выявлены лабораторные исследования мочи при пиелонефрите: лейкоцитурия > 4000 по Нечипоренко, бактериурия >100 000 микробных тел в 1 мл, протеинурия > 0,1 г/л, эритроцитурия > 10 в поле зрения, снижение удельного веса 1,001 г/л, щелочная реакция pH >8.

Активность воспалительного процесса была оценена по количеству лейкоцитов, нейтрофильных гранулоцитов, скорости оседания эритроцитов, С -реактивного белка, креатинина и мочевины в периферической крови. Так у 7 детей отмечалось ускоренное СОЭ от 17 до 68 мм/ч и лейкоцитоз от $13 \cdot 10^9$ до $35 \cdot 10^9$ со сдвигом лейкоцитарной формулы – у 5 детей. Анемия легкой степени тяжести определялась – у 3 детей, у 8 пациентов отмечается повышение С - реактивного белка, у 10 пациентов отмечается повышение креатинина до 125 ммоль/л, у 9 пациентов отмечается увеличение концентрации мочевины до 8,5 ммоль/л. Была проведена экскреторная урография, с помощью этого метода выявлены следующие аномалии: у четырех пациентов обструкция мочевыводящих путей, у двух пациентов изменение контуров пораженной почки, и так же у четырех пациентов деформации чашечно-лоханочной системы.

Исходя из результатов исследования, выявлено, что в анамнезе у детей из обследуемой группы имеется патологическое течение антенатального периода среди них - наследственность, патологическое течение беременности, перенесенные ОРВИ беременной женщины, в постнатальном периоде – выявленные аномалии развития мочеполовой системы, частая заболеваемость респираторными вирусными инфекциями провоцирующих заболевание пиелонефрит. При осмотре 10 детей выявлены типичные признаки заболевания: обще – интоксикационный синдром у троих пациентов (30%), температурная реакция у пяти

детей (50%), дизурические явления у одного ребенка (10%), болевой синдром у одного ребенка (10%).

Данные экскреторной урографии, полученные из медицинской документации, позволили выявить и проанализировать результаты, которые напрямую вызывают пиелонефрит и непосредственно влияют на его течение: расширение лоханки, огрубление контура чашечек, неоднородность паренхимы с участками рубцевания. Экскреторная урография является наиболее информативным методом исследования при пиелонефрите у детей раннего возраста, поэтому взята за основу инструментальных исследований.

При лабораторном исследовании общего анализа мочи выявлены: бактериальная лейкоцитурия, протеинурия, щелочная реакция, снижение удельного веса мочи.

В лабораторных данных крови: ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы, свидетельствующий о тяжести процесса, биохимический анализ крови – повышение концентрации С - реактивного белка, повышение креатинина, увеличение концентрации мочевины.

От своевременной диагностики заболевания зависит вовремя начатая антибиотикотерапия, которая купирует воспалительный процесс в мочевыводящих путях и предупреждает развитие осложнений.

Таким образом, клинические особенности пиелонефрита у детей раннего возраста характеризуются преобладанием общетоксических проявлений, для подтверждения заболевания требуются дополнительные лабораторные данные, к факторам, оказывающим прогностическое влияние на сохранение воспаления относят: анатомо-физиологические особенности и аномалии развития почек, раннее искусственное вскармливание, отягощенная наследственность, перенесенная бактериальная и вирусная инфекции.

Список использованных источников:

1. Григорьев К. И. / под ред. Панченко Е. В. *Диагностика и лечение пациентов детского возраста / учебник.* - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 300 -316 с.
2. Капитан Т. В. *Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: учебник / Т. В. Капитан.* - 3-е изд., доп. - М.: МЕД. пресс-информ, 2019 - 896 с.
3. *Клинические рекомендации. Инфекция мочевыводящих путей у детей. Утверждены Минздравом РФ. Разработчик клинической рекомендации «Союз педиатров России». Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ 2021 - 33с.*
4. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.04.2012 г. N 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи». Редакция от 21.02.2020 года (Зарегистрировано в Минюсте РФ 29 мая 2012 г. N 24361)*
5. *Федеральный закон от 21.11.2011. N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года.*

СЛЫШУ ЗВОН, ДА НЕ ЗНАЮ ГДЕ ОН...

*Выпрецкая Анна Александровна
Руководитель: Шаповалова Елена Владимировна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Снижение слуха считается важным вопросом в нынешнем мире. Согласно сведениям Всемирной организации здравоохранения, приблизительно 466 млн людей (наиболее 5 % жителей Земли) сталкиваются с утратой слуха, из них 34 млн — младшее население мира. В случае не предпринятых мер, к 2030 г. людей с отклонением слуха будет почти 630 млн, к 2050 г. их количество способно превзойти 900 млн. [8, с.22]

Цель: Выяснить, как влияет на здоровье шум в ушах.

Задачи:

1. Изучить информацию по теме.
2. Провести анонимный опрос среди студентов.

Тиннитус (*Tinnitus*)— это синдром в виде шума в ушах, источник которого находится не во внешней среде, а внутри организма.[5,с.59]

Шум в ушах бывает объективным и субъективным:

-Объективный шум воспринимает как больной, так и его окружающие. Его источник находится в окружающем мире.

-Субъективный шум (тиннитус) тревожит только лишь больного, так как его источник находится внутри организма.

Однако в некоторых случаях тиннитус бывает объективным, к примеру, если источник звука способен услышать доктор с помощью фонендоскопа. Среди причин такого объективного тиннитуса выделяют:

-нейромышечные причины - миоклонус (неожиданное содрогание) мышц среднего уха, мягкого нёба и т. д.;

-мышечно-суставные причины - патология височно-нижнечелюстного сустава;

-сосудистые причины - различные стенозы, пороки и аневризмы.

Чаще всего, субъективный тиннитус - это не собственная болезнь, а лишь причина заболеваний [6, с.211].

Растолковывая звук, локализация которого может быть различной, пациенты зачастую приравнивают его к звону, свисту, гулу проводов, шуму листвы, и т.д. Помимо этого, звук может быть постоянным или периодическим, однокомпонентным или многокомпонентным. Однокомпонентный шум – присутствие шума, который носит постоянный или периодический характер, тон и звонкость которого неизменны или несущественно изменяются. Многокомпонентный шум – на фоне регулярно находящегося там либо время от времени появляющегося гула (сопутствующий звук), возникает звучание иных тональностей, а также громкости, продолжительность которых также разнообразна. Это или временное звучание, или звук, носящий пульсирующий характер [4, с.84].

Согласно определению А.И. Лопотко субъективный ушной шум был назван неэмиссионным, а объективный – эмиссионным [4, с.97].

Звук в ушах – болезнь, для развития которой необходим более чем один причинный фактор. Источниками объективного шума могут быть различные структуры органа слуха, полости черепа и шеи, в то время как субъективный шум связан с повышением фоновой активности на любом уровне слухового проводящего пути [3, 4]. Основные причины возникновения эмиссионных и неэмиссионных шумов приведены в таблице [4, с.131].

шум	причины
Объективный «эмиссионный» пульсирующий	Новообразования (гломерулы опухоли, менингиома, аденома, гемангиома); сосудистые поражения (приобретенные повреждения сонной и позвоночной артерий, врожденные аномалии, внутричерепные аномалии крупных вен шеи, черепа, приобретенные повреждения магистральных вен шеи и черепа, развитие интракраниальной гипертензии)
не пульсирующий	Клонус и спазм <i>m. tensor tympani</i> ; клонус глоточных мышц; дисфункция височно-нижнечелюстного сустава)
Субъективный, неэмиссионный	Пресбиакузис; шумовая травма; воздействие лекарственных препаратов (неототоксических и ототоксических); болезнь Меньера; опухоли мостомозжечкового угла (невринома слухового нерва, менингиома); заболевания среднего уха (острые средние отиты, серозные и экссудативные отиты, хронические средние отиты); опухоли височной кости

Имеются разнообразные концепции, поясняющие появление тиннитуса в связи с локализации патологий:

- изменения в периферическом отделе слухового анализатора: теория спонтанной отоакустической эмиссии, теория «края», дискордантная теория;
- изменения в центральном отделе слухового анализатора: теория дорзального слухового ядра, теория слуховой пластичности и теория перекрестных связей;
- изменения в соматосенсорной системе;
- изменения в лимбической и вегетативной нервной системе;
- нейротрансмиттеры.

Фактором субъективного звона может являться болезненное состояние наружного, среднего или внутреннего уха, изменения в различных отделах вегетативной нервной системы [8, с.22].

Звук в ушах может являться симптомом болезней ряда органов и систем: гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония, заболевания крови и эндокринной системы, инфекции, интоксикации, церебральный атеросклероз, остеохондроз шейного отдела позвоночника, патология височно-нижнечелюстного сустава, опухоли головного мозга [1,22], для этого необходимо многостороннее и продолжительное обследование больных.

И. Б. Солдатов в связи с переносимостью шума выявил его степени[7, с.7]:

- I степень — переносится без труда, никак не влияет на самочувствие организма;
- II степень — нервирует в тихой обстановке, во время сна, прерывает сновидения;
- III степень — тревожит регулярно, прерывает сновидения и портит настроение;
- IV степень — нестерпимый звук, лишаящий сна и уменьшающий работоспособность.

Тиннитус исследован не полностью. Появление тиннитуса зависит от множества факторов, но вполне определенно связано с нарушением функционирования слуховой системы и активностью определенных нейронов на каждом ее уровне, начиная от наружного уха и заканчивая корой головного мозга. Здоровый организм не воспринимает такие звуки, как шум кровообращения или другие акустические сигналы, которые не несут информационной нагрузки, однако пациенты, страдающие от тиннитуса, ощущают различные звуковые восприятия и акцентируют на них свое внимание. К патогенетическим факторам, способствующим возникновению шума, относятся физико-химические, сосудистые, метаболические и другие изменения в системах и органах. Они меняют привычный физиологический путь аудиальной системы и излишне стимулируют структуры всех частей уха.

При диагностике тиннитуса возможна консервативная и хирургическая терапия.

Консервативная терапия направлена на элиминацию самого шума и включает медикаментозную терапию, физиотерапевтические и психотерапевтические методы [1,24]. При медикаментозном лечении часто применяются препараты, способствующие улучшению кровообращения и выводу кислорода. Однако их использование должно осуществляться только по назначению врача, поскольку они могут вызывать побочные эффекты и их эффективность не подтверждена. [5, с.61]

Медикаментозная терапия оказывает наибольший эффект в случае, если тиннитус вызван психоневрологическими причинами. По данным исследований, их комбинация с когнитивно-поведенческой и звуковой терапиями дает положительные результаты, поэтому важно, чтобы пациент работал с психотерапевтом, помимо приема лекарств. [2, с.14]

Хирургия не может вылечить сам тиннитус, но используется для лечения основного заболевания. Хирургическое лечение показано только пациентам с патологией уха или других отделов слухового тракта, когда терапевтический эффект значительно перевешивает риск осложнений.

Статистика показывает, что в нелеченых случаях шумы уменьшаются или исчезают примерно через 3-5 лет. За это время развиваются другие осложнения, такие как тревожно-депрессивные расстройства, болевые синдромы и обострение хронических заболеваний, которые также требуют лечения. [5, с.62] Пациенты, которые обратились в больницу сразу

после шумового события и имели все необходимые условия для решения проблемы, сообщили, что шум перестал их беспокоить спустя 3-18 месяцев. После внедрения реабилитации тиннитуса частота сопутствующих осложнений снизилась в несколько раз.

Нами проведен опрос среди 100 студентов третьего и четвертого курсов. Мы обратили внимание на то, что у многих студентов бывает шум в ушах. В их возрасте пока тиннитус не оказывает большого влияние на жизнь, но в дальнейшем существует вероятность различных заболеваний. Опрос студентов привел к следующему результату:



Список использованных источников:

1. Бобошко, М. Ю. *Современные аспекты диагностики ушного шума и его лечения у лиц пожилого возраста*/ М.Ю. Бобошко, М.В. Ефимова, И.В. Савенко И. В.// *Вестн. оторинолар.* - 2011. - № 2. - С. 23–25.
2. Веселаго, О.В. *Алгоритмы диагностики и лечения шума в ушах*/ О.В. Веселаго// *Атмосфера. Нервные болезни.* 2006. № 2. С. 9-16.
3. *Дисфункция слуховой трубы как причина субъективного ушного шума* / Н. А. Дайхес [и др.] // *Оториноларингология Восточная Европа.* – 2019. - № 3. - С. 317–326.
4. Лопотко, А.И. *Шум в ушах*/ А.И. Лопотко, Е.А. Приходько, А.М. Мельник. – СПб.: 2006. – 278 с.
5. Петрова, Л. Г. *Особенности ушного шума при различной патологии* / Л. Г. Петрова, З. А. Хаммуда // *ARS medica. Искусство медицины.* — 2007. - № 1. - С. - 59–64
6. Солдатов, И. Б. *Шум в ушах как симптом патологии слуха*/ И.Б. Солдатов, А.Я. Маркин, Н.С. Храпко// *Медицина.* - 1984. - 231 с.
7. Хамуда, З.А. *Этиология и диагностика ушного шума*/ З.А. Хамуда, Л.Г. Петрова// *Медицинская панорама.* - 2004. - № 1. - С. 7.
8. Хоров, О. Г. *Тиннитус. Современное состояние проблемы у взрослого населения г. Гродно*/ О. Г. Хоров, Ю. М. Бондарчук // *Актуальные вопросы оториноларингологии: сб. тез. науч-практ. сателлитногосимп. оториноларингологов, посвящ. 60-летию Гродн. гос. мед. ун-та.* - Гродно, 2018. - С. 22

ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИИ У ЖЕНЩИН

*Кострюкова Вера Анатольевна,
Баркаева Наталья Сергеевна
Руководитель: Перевозчикова Татьяна Александровна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

В современном мире онкологические заболевания являются одними из главных причин смерти, при этом многие виды рака за последние годы "помолодели" и встречаются у людей в возрасте 25-35 лет. К сожалению, невозможно полностью защитить себя и своих близких от этой болезни, но существует профилактика от рака, цель которой - создание в организме таких условий, при которых он справится с заболеванием сам. На сегодняшний день наукой доказано, что раковые клетки появляются в организме любого здорового человека. Это общепризнанный факт. Однако здоровый организм вовремя распознает угрозы и принимает своевременные меры, изолирует и уничтожает раковые клетки [2, с.2]. У онкологических больных этого не происходит, и злокачественное образование разрастается, не встречая сопротивления со стороны организма.

Злокачественные новообразования половых органов женщины занимают ведущее положение в структуре заболеваемости всех раковых новообразований среди женского населения. В 2021 г. в Российской Федерации впервые выявлено 580 415 случаев злокачественных новообразований (в том числе 265 039 и 315 376 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Рост данного показателя по сравнению с 2020 г. составил 4,4 %. Рак молочной железы (22,1 %) является ведущей онкологической патологией у женского населения, далее следуют злокачественные новообразования кожи (кроме меланомы) (13,4 %), тела матки (8,1 %), ободочной кишки (7,2 %), шейки матки (4,9 %), прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса (4,6 %), лимфатической и кроветворной ткани (4,4 %), желудка (4,2 %), яичника (4,2 %), трахеи, бронхов, легкого (4,1 %). Таким образом, наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (40,1 %), при этом опухоли половых органов составляют 18,0 % всех злокачественных новообразований у женщин [1, с. 4].

Среднегодовой прирост в 2021 году по России составил: молочная железа – 1,72 %, шейка матки - 0,63 %, тело матки – 1,96 %, яичник – 0,29 % [1, с.5].

Современная наука говорит нам о том, что более трети онкологических заболеваний предотвратимы. Однако и частота этих болезней с каждым годом растет все больше [3, с.2].

К факторам риска развития онкозаболеваний относятся:

- частые воспаления;
- отягощенная наследственность;
- социальные воздействия такие как: длительный контакт с вредными веществами, работа в зоне воздействия высокой радиации, контакт с инфицированными животными;
- нарушение характера и режима питания (избыток жиров, дефицит витаминов, злоупотребление алкоголем, никотином, а так же кофеинсодержащими продуктами);
- сахарный диабет, болезни щитовидной железы, желудка, печени и других органов;
- малоподвижный образ жизни и ожирение.

Такие заболевания как эрозия шейки матки, гиперплазия эндометрия, полип эндометрия, эндометриоз, миома матки требуют пристального и постоянного наблюдения и лечения по показаниям врача.

Занимаясь в СНК "Здоровая женщина – здоровый ребенок", заинтересовались данной темой и помимо теоретических вопросов, нами было проведено анкетирование по теме: "Профилактика онкозаболеваний женской репродуктивной системы". В анкетировании

приняли участие 37 респондентов Камышина. Это представители женского пола в возрасте от 18 до 59 лет.

Мы выяснили, что у 7 респондентов (18,9 %) есть родственники, страдающие онкологическими заболеваниями женской репродуктивной системы.

Респонденты выделяют следующие причины возникновения онкологии в женских половых органах:

- наследственность – 33 респондента (89,2 %);
- экология – 21 (56,8 %);
- вредные привычки – 18 (48,6 %);
- нарушение менструального цикла – 17 (45,9 %);
- гормональные нарушения – 15 (40,5 %);
- нарушение гигиены половой жизни – 7 (18,9 %).

На вопрос "Перечислите профилактические мероприятия онкологии женских половых органов" были получены следующие ответы:

- регулярное профилактическое посещение врача-гинеколога – 37 (100 %);
- контроль за регуляцией менструального цикла – 33 (89,2 %);
- отказ от вредных привычек – 30 (81,1 %);
- самообследование груди – 26 (70,3 %);
- своевременное устранение нарушений гормонального фона – 18 (48,6 %);
- своевременное лечение доброкачественных новообразований в женских половых органах – 15 (40,5 %);
- избегать искусственного прерывания беременности – 8 (21,6 %).

Респонденты достаточно хорошо информированы по данным вопросам, указывали самостоятельно ответы и могли написать несколько вариантов. При этом необходимо продолжать пропаганду по профилактике онкологических заболеваний женских половых органов, так как они широко распространены в мире, на территории России и в районе исследования. Данной проблеме уделяется большое внимание, как в средствах массовой информации, так и среди медицинских работников. Ранняя профилактика - это предупреждение заболевания путем влияния на факторы риска, которые приводят к развитию данной патологии.

Профилактика онкологии имеет два направления:

- Изменение образа жизни на менее рискованный.
- Раннее выявление онкологических патологий, фоновых и предраковых заболеваний и их лечение.

Также имеет значение адекватный объем терапии при выявленном раке. Это позволит избежать рецидива или увеличит срок ремиссии.

Существенно снизит вероятность столкнуться со смертельной патологией здоровый образ жизни: отказ от вредных привычек, полноценный ночной сон, спокойное эмоциональное состояние, укрепление иммунитета, полноценное питание, активный образ жизни, чистота половых отношений, защита от ультрафиолетового излучения, регулярные медицинские осмотры. Состояние здоровья человека на 50 % зависит от его образа жизни. Во вторую половину факторов входят уровень медицины, экология и наследственность. Поэтому большую часть болезней можно предотвратить или снизить риск их возникновения. Профилактика онкологических заболеваний у женщин способна сократить вероятность возникновения опухолей, а также выявить их на начальной стадии, когда правильный подход позволит вылечиться полностью и избежать рецидива.

Список использованных источников:

1. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, А.О. Шахзадова. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ "НМИЦ радиологии" Минздрава России, 2022. – 252 с. – ISBN 978-5-85502-280-3. – Текст: непосредственный.

2. Скосарев, С.А. Профилактика рака, первые его признаки и проявления/ С.А. Скосарев// Профилактика рака. Советы онколога. — URL: <https://mcvm.ru/blog/profilaktika-raka-pervye-priznaki-proyavleniya/> (дата обращения: 01.02.2024). – Текст: электронный.

3. Череповицкая, Е.Н. Профилактика онкологических заболеваний женской репродуктивной системы / Е.Н. Череповицкая. – URL: <https://kobrincrb.by/profilaktika-onkologicheskikh-zabolevanij-zhenskoj-reproduktivnoj-sistemy/> (дата обращения: 01.02.2024). – Текст: электронный.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Майорова Дарья Александровна,
Кручинина Мария Алексеевна
Руководитель: Толстокорая Лидия Александровна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

***Будущее принадлежит медицине предупредительной.
Эта наука, идя рука об руку с лечебной,
принесет несомненную пользу человечеству.
Н. И. Пирогов***

Актуальность данной темы заключается в том, что население недостаточно информировано о "Школах здоровья", как о современной профилактической технологии. Люди имеют низкий уровень медицинских знаний, касающихся своего заболевания.

Объект исследования - деятельность медицинской сестры по профилактике ишемической болезни сердца.

Предмет исследования - роль медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках Школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца.

Цель работы: изучение роли медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках Школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца.

Для достижения поставленной цели была определена следующая задача - определить роль медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца.

Методы исследования: изучение и анализ теоретического материала, эмпирический (анкетирование), метод математико-статического анализа.

Заболевания сердца и сосудов, их осложнения в настоящее время являются актуальной проблемой здравоохранения всех цивилизованных стран мира. Ишемическая болезнь сердца - одно из самых распространенных заболеваний и одна из основных причин временной и стойкой утраты трудоспособности, ранней инвалидизации, смертности населения. Наиболее грозными осложнениями при ишемической болезни сердца являются инфаркт миокарда и инсульт. При этом современная кардиология рассматривает инфаркт миокарда не как осложнение, а как острую и наиболее тяжелую форму ИБС [2, с.5]. Ежегодно от болезней сердца умирают около 17 миллионов человек, от ишемической болезни сердца умирают 7,2 миллионов человек, а 5,7 миллионов - в результате инсульта [4, с.77]. По предварительной оценке Всемирной организации здравоохранения, 80% преждевременных смертей, вызываемых ежегодно сердечно-сосудистыми заболеваниями, можно избежать, если профилактическую работу с населением направить на ориентацию человека на здоровый образ жизни, соблюдение рекомендаций по питанию и двигательной активности, отказ от вредных

привычек, в первую очередь от употребления табака и злоупотребления алкоголем. В связи с этим проблема ИБС занимает одно из ведущих мест среди важнейших медицинских проблем XXI века. По статистике ВОЗ ишемическая болезнь сердца и инсульт головного мозга определяют 90 % от всех заболеваний сердечно - сосудистой системы, что характеризует ИБС как одно из самых часто встречающихся заболеваний [3].

Здоровье человека на 50% определяется образом жизни, поэтому формирование у населения навыков здорового образа жизни, ответственного отношения к собственному здоровью, в том числе и через школы здоровья, является важным звеном в решении данной задачи. Обучение пациентов и их родственников в школах здоровья – одна из перспективных интегрированных технологий профилактической и лечебной помощи [1]. Основная цель Школы – оптимизация, совершенствование доступности и улучшение качества оказания медицинской профилактической помощи населению.

В работе Васильева О.В., Королева И.П., Лаврова Е.А. и Алуф О.Б. "Школы здоровья для пациентов – одна из мер вторичной и первичной профилактики" [1] представлены достоинства школ здоровья для пациентов. Даны рекомендации по оказанию профилактической помощи населению и коррекции факторов риска, неблагоприятно влияющих на здоровье. В статье Новгородова К.А., Макашева З.Ж., Воробьёва М.Н. и др. Школы-здоровья для пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями [4] рассматриваются причины болезни, объем проведенного хирургического лечения и важность изменения образа жизни, а так же правила и необходимость приема медикаментозных препаратов в рамках работы Школы здоровья. Медицинские сестры, осуществляя свою профессиональную деятельность в системе первичной медико-санитарной помощи, выполняют большой объём профилактической работы по организации и проведению занятий в школах здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца. Медицинская сестра проводит обучение в школах здоровья индивидуально и группами по 6-8 человек. На занятиях она дает информацию о заболевании, акцентирует внимание на факторах, способствующих формированию ИБС и определяющих риск развития его осложнений, рассказывает правила измерения АД, отеков, определение свойств пульса, подсчета частоты дыхательных движений, измерения роста, определение массы тела, окружности талии. На занятии по теме: "Особенности питания при ИБС" слушатели узнают о правилах питания, используя пирамиду здорового питания, составляют примерное меню, учатся, как определять индекс массы тела. Очень важной является тема: "Курение и ИБС", так как такой фактор риска развития ИБС является модифицированным. Медицинская сестра акцентирует внимание слушателей на преимуществах отказа от курения.

В дальнейшем обучение проводит врач, преподавая более глубокие знания. Такое сочетание индивидуальных и групповых методик делают эту форму обучения наиболее удобной и наименее дорогой с экономической точки зрения. Медицинская сестра играет важную роль в профилактике и реабилитации сердечно - сосудистых заболеваний, так как именно медицинская сестра проводит с пациентами лечебную гимнастику, даёт рекомендации о здоровом образе жизни, о правильном и рациональном питании, о необходимости отказа от вредных привычек и стимулирует пациентов к выздоровлению. Участие медицинской сестры в проведении школ здоровья трудно переоценить. Считается, что медицинская сестра может гораздо легче наладить контакт с пациентом, чем врач, что сказывается на восприятии информации [4,с.80].

Для решения поставленных задач методом анонимного анкетирования нами было проведено исследование среди пациентов Школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца отделения профилактики поликлиники №1 ГБУЗ г. Камышина "Городская больница № 1". Для пациентов была составлена анкета из 10 вопросов. Ответы на вопросы мы просили давать однозначные, т. е. "Да" или "Нет", для более корректного вывода результатов, но так же был вариант "Не знаю". Всего было опрошено 60 респондентов.

Мы получили следующие результаты:

На вопрос №1 "Укажите свой возраст" ответили: "25 – 40 лет" – 15% (9 человек); "40 – 65 лет" – 60% (36 человек); "старше 60 лет" – 25% (15 человек). Анализ возрастной категории опрошенных респондентов показал, что пик заболевших ИБС приходится на возраст от 40 – 65 лет.

На вопрос №2 "Укажите свой пол" ответили: мужской 60% - 36 человек; женский - 40% - 24 человека. Анализ пола опрошенных респондентов: мы сделали вывод, что в группу обследуемых попали преимущественно мужчины. Заболеваемость среди женщин и мужчин в этом возрасте преимущественно одинаковая.

Вопрос №3. "Соблюдение рекомендаций по диете". Ответили: "Да, соблюдаю" – 60% (36 человек); "Нет, не соблюдаю" – 40% (24 человека).

Вывод: по результатам анкетирования пациентов с ИБС становится ясно, что 60% (36 человек) респондентов более сдержаны в диете; 40% (24 человека) позволяют себе нарушать диету и не хотят мириться с тем, что им нельзя употреблять жирную и острую пищу. Питание при ИБС играет большую роль. Необходимо соблюдать рекомендации по полноценному и рациональному питанию (диета №10, которая включает в себя пищу содержащую клетчатку и исключает большое количество соли и жиров). Не соблюдение диеты может привести к прогрессированию заболевания.

Вопрос №4. "Наследственное ли у Вас заболевание ИБС?". Ответили: "Да" – 60% (36 человек); "Нет" – 30% (18 человек); не знают – 10% (6 человек). Вывод: в большинстве случаев прослеживается наследственная предрасположенность к ИБС.

Вопрос №5. "Курили ли Вы до заболевания?" Результат анкетирования респондентов: "Да" – 60% (36 человек), "Нет" – 40% (24 человек). Вывод: таким образом, мы видим, что 60% опрошенных курили, что привело к развитию данного заболевания; большинство респондентов перед началом обучения в Школе здоровья имели низкий уровень информированности о факторах риска развития ИБС.

Вопрос № 6. "Где Вы научились измерять артериальное давление?". Мы получили следующий ответ: 100% респондентов (60 человек) ответили - на занятиях в Школе здоровья. Исходя из полученного результата мы сделали следующий вывод, что опрошенные до обучения в Школе здоровья имели дефицит знаний и умений о своем заболевании.

Вопрос № 7. "Проверяете ли Вы кровь на холестерин?" Получены следующие результаты: "Да" - 90% (54 человека), результат не узнают 10 человек (10%). Мы сделали вывод: большинство пациентов следят за уровнем холестерина в крови.

Вопрос № 8. "Занимаетесь ли Вы физической культурой и спортом (не менее 30 минут в день)? Мы получили следующий ответ: 20% (12 человек) ответили, что "Да" и 80% (48 человек) ответили "Нет". Проанализировав полученные результаты, мы пришли к выводу, что большинство опрошенных ведут подвижный образ жизни, что может привести к развитию осложнений ИБС.

Вопрос № 9. Имеются ли у Вас лишние килограммы? На этот вопрос 80% (48 человек) ответили "Да", 20% (12 человек) ответили, что лишнего веса у них нет. Вывод: лишний вес при ИБС может отрицательно сказываться на течение заболевания, а его выявили у большинства опрошенных (80%).

Вопрос № 10. "Получали ли Вы от медицинских сестер в Школе здоровья информацию о своем заболевании и методах его профилактики в виде памяток и буклетов, таблиц, схем и видеофильмов?". Получены следующие результаты: "Да" ответили 100% (60 человек) опрошенных. Исходя из анализа полученных данных, мы сделали вывод, что действенным способом повышения информированности пациентов о своем заболевании является обучение пациентов в рамках Школы здоровья.

Таким образом, в ходе проведенного исследования мы выяснили, что роль медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца очень важна, деятельность медицинской сестры способствует достижению оптимально возможного уровня жизни и социальной

адаптации пациентов с ишемической болезнью сердца, снижает риск возможности развития тяжелых осложнений полностью подтвердилась.

Список использованных источников:

1. Васильев, О.В. Школы здоровья для пациентов – одна из мер вторичной и первичной профилактики / О.В. Васильев, И.П. Королева, Е.А. Лаврова, О.Б. Алуф Санкт-ПетербургE-mail: fvso@mail.ru - 2013. № 4. С.8-12. — URL: <https://rucont.ru/efd/188640> (дата обращения: 14.02.2024). - Текст: электронный.
2. Захаров, В.Н. Профилактика и лечение ишемической болезни сердца / В.Н. Захаров. - Минск: Беларусь, 1990. – 224с.- ISBN 5-338-00543-3. - Текст непосредственный.
3. Лычев, В.Г. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Руководство по проведению практических занятий / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. - Москва: Форум, 2018. - 432 с. - URL: <https://ibooks.ru/bookshelf/361585/reading> (дата обращения: 14.02.2024). - Текст: электронный.
4. Новгородова, К.А. Школы-здоровья для пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями / К.А. Новгородова, З.Ж. Макашева, М.Н. Воробьева и др.// Медсестра. - 2019.- № 4.- С. 77-80. - Текст непосредственный.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕНТИЛЬНЫХ ТАБЛИЦ И ИМТ
ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
СТУДЕНТОВ 2 КУРСА КАМЫШИНСКОГО ФИЛИАЛА
ГАПОУ "ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"**

*Шведченко Карина Александровна,
Киснер Виктория Руслановна,
Руководитель: Ефимова Татьяна Владимировна,
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Ведущими параметрами, отражающими состояние физического развития детей и подростков, считают длину и массу тела, и сравнение измеренных показателей с нормами развития с использованием: таблиц и кривых роста, массы тела, индекса массы тела; центильных шкал.

Цель заключается в том, чтобы определить, нормально ли физически развивается подросток, имеет ли он аномалию развития или тенденцию к возникновению аномалии физического развития. Длина тела характеризует процессы роста детского организма, масса - свидетельствует о развитии костно-мышечного аппарата, подкожно-жировой клетчатки, внутренних органов.

Центильный метод - способ оценки физического развития, индивидуальные антропометрические показатели сравниваются со стандартными величинами, получаемыми при массовых обследованиях. Нормой развития по данным центильных таблиц считается попадание в средние коридоры, то есть в интервале 25–75 %. Если же показатель попадает в зону 3-10 или 90-97 % - это зона внимания, требующая дополнительных консультаций и врачебного обследования. Если же показатель исследуемого выходит за значения 3 или 97 %, вероятно, что есть какая-то патология, отразившаяся на показателях его физического развития.

Методика классификации веса по ИМТ является признанной во всем мире. Это величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста. Позволяет оценить, является ли масса недостаточной, нормальной, избыточной или же уже есть ожирение. Большинству людей ИМТ позволяет определить, необходимо ли им избавиться от лишнего веса, который отрицательно сказывается на их здоровье, увеличивая шанс

заболеваний сердечно - сосудистой системы, диабета, артрита, гипертонии и других болезней. ИМТ – зеркало здоровья человека.

Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

$$I = \frac{m}{h^2}, \text{ где } m \text{ — масса тела в килограммах, } h \text{ — рост в метрах и измеряется в кг/м}^2.$$

Тема данного исследования актуальна, потому что оценка физического развития при проведении профилактических медицинских осмотров дает возможность оценить состояние здоровья студентов.

Цель: освоить методику оценки индивидуального физического развития студентов с помощью центильных таблиц роста и массы; индекса, т. е. соотношения антропометрических показателей, полученных с помощью математических расчетов.

Мы провели исследование среди студентов 2 курса Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж". Всего было исследовано 85 человек. Оценка физического развития студентов заключалась в измерении массы тела и роста, для этого применяют разделение центильных таблиц по полу (юноши и девушки).

Рассмотрим алгоритм нахождения на примере первого испытуемого – 17-летней девушки с массой тела 53 кг и ростом 164 см.

Для оценки длины тела с помощью центильной таблицы необходимо определить паспортный возраст испытуемого, определить возрастную группу, провести измерение длины тела, найти полученное измерение в центильных интервалах по таблицам стандартов для длины тела в зависимости от возраста и пола.

Рост девушки 17 лет равен 164 см, что соответствует среднему показателю длины тела в этом возрасте - 4 и 5 коридоры (между 25 и 75 центилями).



Рис. 1

Проанализировав полученную диаграмму (рис. 1), мы пришли к выводу, что большинство студентов 2 курса соответствуют среднему уровню роста - 59 чел-70% студентов, 6 чел - уровень ниже среднего это составило 7%, выше среднего - 15 чел, 17%, и 5 чел высокий уровень роста- 6%.

Масса тела испытуемой девушки 17 лет равна 53 кг. Данная масса тела находится в 4 коридоре (между 50 и 75 центилями) и соответствует среднему показателю массы тела в этом возрасте.

На рисунке 2 можно увидеть результаты оценки по центильным таблицам массы тела студентов 2 курса Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

Физический уровень развития по массе тела норма у большинства студентов - 60 человек, это составило 70,5%, масса тела ниже среднего у 12 человек - 14,2%, избыточную массу тела по центильным таблицам имеют 9 человек - 10,5%, и очень высокий уровень по массе тела (ожирение) - 4 чел - 4,8%.

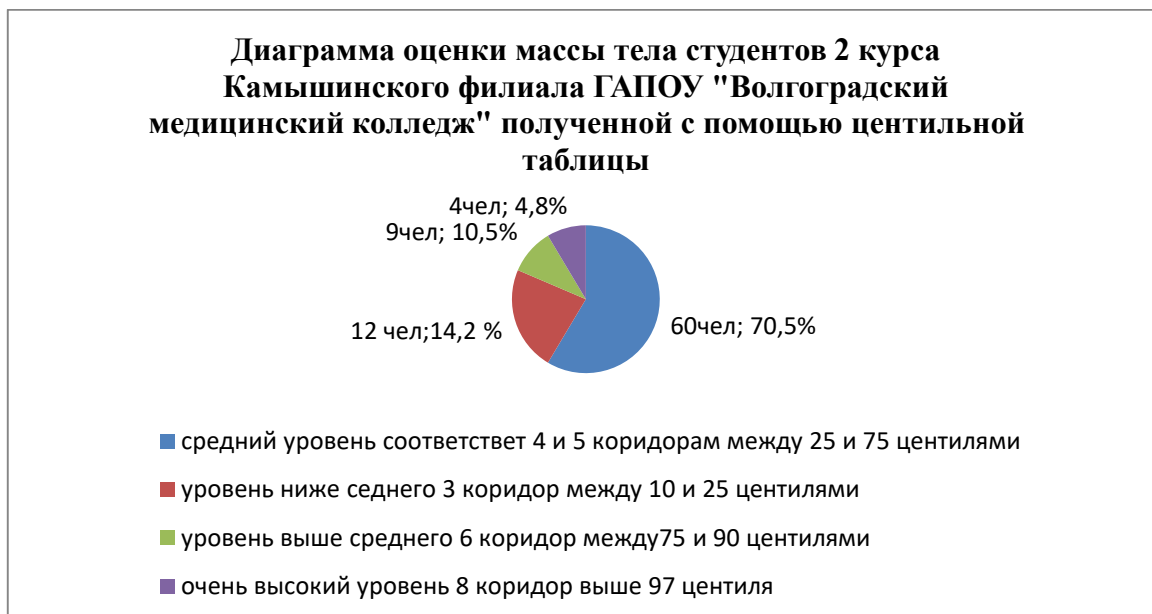


Рис. 2

Оценка физического развития с помощью ИМТ:

1. Рост испытуемого (в метрах) возводим в квадрат: $1,64 \times 1,64 = 2,6896$.
2. Массу тела (в килограммах) делим на получившееся число: $53 / 2,6896 = 19,705$
3. Округляем число до десятых, т.к. именно такой формат числа приведен в интересующих нас оценочных таблицах: $19,705 = 19,7$.
4. В соответствии с классификацией величина массы тела по ВОЗ, данный индекс указывает на нормальную массу тела, которой характерен обычный уровень риска возникновения заболеваний.



Рис.3

Результаты исследования ИМТ 85 студентов 16-18 лет: дефицит массы тела у 19 человек - 22,3%, нормальная масса тела у 57 человек - 67%, избыточная масса тела у 5 человек - 5,9%, ожирение имеют 4 человека - 4,8%.

Проведя анализ полученных данных студентов 2 курса по весоростовому показателю - ИМТ, центильным таблицам роста и массы тела можно сказать, что физическое развитие студентов 16-18 лет возраста среднее. Существует проблема отсутствия гармоничного развития у некоторых студентов – это дефицит массы тела- 22,3%, ожирение - 1 степени - 2,4%, ожирение 2степени - 2,4%, рост ниже среднего - 6 человек - 7%.

Выводы: возраст обследуемых студентов является благоприятным для сохранения нормальной конституции тела и совсем немного лиц с отклонениями в физическом развитии. Однако, принимая во внимание данные ВОЗ, приходится учитывать, что у некоторых студентов наблюдаются тревожные тенденции в превышении нормальной массы тела и снижение физической активности. Это говорит о том, что снижается уровень здоровья и возрастает восприимчивость к инфекционным и неинфекционным болезням, что также отражается на учебе, снижается успеваемость. Для решения этой проблемы мы можем предложить соблюдать основные принципы рационального питания: соответствие энергетического баланса; поступление в организм определенного количества пищевых веществ в оптимальных соотношениях; правильный режим питания; разнообразие потребляемых пищевых продуктов; умеренность в еде.

Для студентов с ростом ниже среднего: в любой сезон года стараться гулять на свежем воздухе: пешие прогулки, на велосипеде, с собакой, катание на коньках или лыжах на открытом воздухе. Таким образом, сохраняется достаточный уровень витамина Д, который играет важную роль в фосфорно-кальциевом обмене для обеспечения адекватного процесса костеобразования; регулирует обменные процессы в организме - синтез белков, ферментов, гормонов; способствует укреплению иммунитета; участвует в поддержании функции многих органов и систем: сердечно-сосудистой, желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, улучшает состояние кожи. [1]

Список использованных источников:

1.Архангельский, В.И. Гигиена и экология человека: учебник/ В.И. Архангельский –URL: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970430996> (дата обращения 9.12.2023г.)

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

*Неустроева Анастасия Викторовна
Руководитель: Комлева Светлана Игоревна
КОГПОБУ "Кировский медицинский колледж", г. Киров*

Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) являются одними из наиболее распространённых заболеваний детского возраста [1, 6, 13, 16] и занимают по частоте второе место после острой респираторной вирусной инфекции [1]. Показатель заболеваемости ИМВП составляет 18 на 1000 детей [11, 15]. В течение последних десятилетий у детей регистрируется неуклонный рост заболеваемости со среднегодовым темпом прироста – 6,1% [9]. Наиболее значительный рост заболеваемости наблюдается у детей первого года жизни – на 23% за 5 лет [13]. В связи с этим определена цель исследования – изучение факторов, способствующих развитию ИМВП у детей, поставлены задачи: 1) провести анализ нормативно-правовой базы, учебной медицинской и научной литературы по теме исследования; 2) изучить распространённость ИМВП у пациентов детского возраста и определить роль факторов, предрасполагающих к их развитию; 3) разработать информационные материалы в виде памяток по профилактике ИМВП у детей и подростков. Объектом исследования является ИМВП, предметом – факторы, способствующие развитию ИМВП у детей. Методы исследования: теоретические (анализ медицинской литературы, систематизация, обобщение, классификация); методы эмпирического исследования (анкетирование); количественный и

качественный анализ результатов исследования (расчёт процентного распределения показателей, ранжирование). Исследовательская работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

В теоретической части работы представлены общие сведения об ИМВП, систематизированы данные из различных источников по эпидемиологии, этиологии, патогенезу, особенностям клинических проявлений в зависимости от возраста. В тексте работы имеются ссылки на все представленные в перечне источники, в том числе актуальные клинические рекомендации по заболеваниям, учебники, учебные пособия, разработанные преподавателями колледжа и представленные в библиотеке, статьи из медицинских периодических изданий и т.д. Подробно рассмотрены классификации факторов, обуславливающих развитие данной патологии среди детского населения, представленные различными авторами [1, 5, 6-13, 16].

С целью изучения распространённости ИМВП у пациентов детского возраста и определения роли факторов, предрасполагающих к их развитию, была разработана анкета для родителей, включающая 4 блока вопросов: 1 блок – характеристика выборки; 2 блок – вопросы, направленные на выявление распространённости ИМВП в целом, определение структуры патологии и основных симптомов; 3 блок – вопросы, направленные на выявление роли факторов в развитии ИМВП; 4 блок – вопросы, направленные на выявление дефицита информации и предпочтительных методов повышения уровня осведомленности респондентов. Исследование включало 2 этапа. На первом этапе проведено онлайн-анкетирование на платформе «Google Формы». Выборка по анкетированию составила 118 человек. Респондентами являются женщины и мужчины, проживающие на территории Республики Коми и Кировской области и имеющие детей в возрастном диапазоне от 0 до 17 лет включительно. По результатам анкетирования проведён количественный и качественный анализ результатов. В практической части работы представлены 5 сводных таблиц и 21 диаграмма, отражающие характеристику выборки респондентов, распространённость ИМВП у пациентов детского возраста, особенности локализации воспалительного процесса и симптоматики в зависимости от возраста, факторы, способствовавшие развитию ИМВП. На втором этапе определили степень значимости факторов, способствующих развитию ИМВП методом прямого ранжирования по частоте их выбора / встречаемости в каждом конкретном случае. Упорядочивание объектов проводилось по критерию убывания значимости.

Результаты анкетирования (1 этап исследования). В исследовании приняли участие 94% женщин и 6% мужчин. Из числа анкетированных, 55,9% имеют высшее образование, 38,1% – среднее профессиональное, 3,4% – среднее общее и 2,5% - основное общее образование. Данные вопросы включены в анкету с целью получения информации о социально-демографическом портрете респондента. Выяснилось, что респонденты с высшим и средним профессиональным образованием более осведомлены по вопросам профилактики ИМВП у детей. Изучено и представлено в сводной таблице и на диаграмме распределение детей респондентов по возрасту и полу. В выборке преобладают дети раннего и младшего школьного возраста. 84,7% респондентов не сталкивались с ИМВП; 15,3% родителей подтвердили, что врач выявлял патологию у их детей, что превысило данные по распространённости патологии из клинических рекомендаций и других источников. Считаем, что это связано с нашей настроенностью на поиск детей с ИМВП. Респонденты, которые отметили наличие выявленной у их детей патологии, отвечали на вопросы всех 4 блоков анкеты, а респонденты, которые ответили отрицательно, отвечали на вопросы только 1, 3 и 4 блоков анкеты. Отвечая на вопрос анкеты: «Какой диагноз был поставлен врачом?» 27,8% респондентов указали, что их ребенку был диагностирован острый цистит, такая же доля заболеваемости приходится на инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации – 27,8%, у 22,2% была обнаружена бактериурия, у 11,1% – острый пиелонефрит, у 5,6% выявлены хронический пиелонефрит и хронический цистит. Из этого следует, что среди данной группы заболеваний преобладают инфекции нижних МВП, что соответствует теоретическим данным. По результатам исследования пики заболеваемости наблюдаются в

раннем (44%) и подростковом возрасте (39%), что связано с ошибками в осуществлении гигиены наружных половых органов детей и ранним началом половой жизни подростков. В структуре клинических симптомов преобладают: учащенное и болезненное мочеиспускание (61,1%), беспокойство и раздражительность (38,9%), вялость (27,8%), повышение температуры без видимого очага инфекции (22,2%). Это объясняется локализацией патологического процесса (мочевой пузырь и мочеиспускательный канал) и возрастными особенностями детей. 55,6% респондентов указали наличие болей, из них у 45,5% детей отмечались боли в надлобковой области или без чёткой локализации, 18,2% жаловались на боли в боку и пояснице. Это можно объяснить различной локализацией воспалительного процесса и возрастными особенностями. Вопрос о результатах исследования мочи у 44,4% родителей вызвал затруднения, а 33,3% указали, что в анализе мочи были обнаружены бактерии, чаще кишечная палочка. 33,3% респондентов отметили наличие других признаков воспаления - повышенное количество лейкоцитов и наличие нитритов. 55,6% связывают начало заболевания у ребенка с переохлаждением, 27,8% со снижением иммунитета, 11,1% с нарушением уродинамики (из них 75% указали фимоз, 25% – пузырно-мочеточниковый рефлюкс). Нарушения со стороны ЖКТ перед ИМВП не отмечались у 77,8%, т.к. они в меньшей степени предрасполагают к развитию данной патологии. Анализируя результаты анкеты, существенных нарушений вскармливания детей раннего возраста и поэтому значимых взаимосвязей между ними и развитием ИМВП не выявили. На диаграммах в работе представлено распределение ответов респондентов по основным положениям ЗОЖ и первичной профилактике заболеваний. 91,5% опрошенных стараются обеспечить ребёнку рациональное питание по возрасту, 80,5% – достаточное потребление жидкости. 70,3% проветривают помещение с исключением сквозняков, 53,4% поддерживают оптимальную температуру в помещении, 22% проводят регулярное закаливание и т.д. Соответственно, у части детей, переболевших ИМВП, эти правила ЗОЖ нарушались, что и способствовало развитию патологии. Выявлены нарушения в личной гигиене детей раннего возраста: 4,3% не отметили своевременную смену подгузника или пелёнок, 31,9% нарушают температурный режим воды при подмывании, 2,9% подмывают девочек неверно. Нарушениями личной гигиены детей старшего возраста являются: нарушения техники подмывания (57,7%), в том числе у девочек (70,4%), подмывания реже 1 раза в сутки (33,8%), отсутствие отдельного полотенца для интимной гигиены (29,6%); нательное бельё из ненатуральных материалов (29,6%), отсутствие контроля за ежедневной сменой нательного белья (9,9%). При этом только 39,8% (47 человек) отметили, что испытывают дефицит информации по отдельным вопросам. 61,4% предпочитают получить материал по коррекции факторов, влияющих на развитие ИМВП в электронном виде, 52,6% в форме индивидуальной консультации, 49,1% – в виде брошюры и 47,4% – памяткой.

На втором этапе исследования определена степень значимости факторов (из 14 изучаемых), способствующих развитию ИМВП методом прямого ранжирования по частоте их выбора респондентами / встречаемости в каждом случае: переохлаждение (1 ранг), пол (2 ранг), возраст (3 ранг) и нарушение правил личной гигиены (4 ранг) и т.д.

На основании изложенного в работе материала, можно сделать следующие выводы:

1. Проведен анализ нормативно-правовой базы, учебной медицинской и научной литературы по теме исследования, изучены причины и факторы, предрасполагающие к развитию ИМВП у детей. 2. В практической части работы представлены результаты анкетирования (распространенность, основные проявления заболеваний, проанализированы факторы, способствовавшие их развитию). Методом прямого ранжирования была определена степень влияния факторов на развитие ИМВП: переохлаждение (1 ранг), пол (2 ранг), возраст (3 ранг) и нарушение правил личной гигиены (4 ранг). 3. С целью повышения осведомлённости родителей о профилактике инфекций мочевыводящих путей у детей и подростков разработаны информационные материалы в виде памяток и проведена их рассылка родителям.

Список использованных источников:

1. *Инфекции мочевыводящих путей у детей: клинические рекомендации // Союз педиатров*

- России / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/281_2 (дата обращения: 02.02.2023) – 2021.
2. Гилёва И. А. [и др]. *Сестринские технологии: Технологии оказания медицинских услуг: учебное пособие для студентов и преподавателей.* – Киров: КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж», 2021. – Ч. 2.
 3. Капитан Т. В. *Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: учебник для вузов: изд. 6, исправленное и дополненное.* – Москва: МЕДпресс-информ, 2019. – С. 685.
 4. Комлева С. И., Соболева Н. В., к.м.н. Куимова М. Р. *Сестринский уход за здоровым ребёнком: методические рекомендации для студентов.* – Киров: Кировский медицинский колледж, 2022. – С. 21-23, 69-71.
 5. Маркданте К., Клигман Р. *Основы педиатрии по Нельсону / [перевод с английского Е. В. Кокаревой]: изд. 8.* – Москва: Эксмо, 2021. – С. 453, 455.
 6. Морозов С. Л., Длин В. В. *Пиелонефрит у детей. Современный взгляд на проблему // Практика педиатра.* – 2020. – №1. – С. 35.
 7. *Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник / Под ред. Калмыковой А. С.: изд. 2, переработанное и дополненное.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – С. 566-567.
 8. *Тактика врача-педиатра участкового: практическое руководство / Под ред. Школьниковой М. А., Мизерницкого Ю. Л.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
 9. Шабалов Н. П. *Детские болезни: учебник для вузов: изд. 9, переработанное и дополненное.* – СПб.: изд. «Питер», 2021. – Т. 2. – С. 253-254.
 10. Шапошникова Н. Ф., Давыдова А. Н. *Актуализация клинических рекомендаций по детской нефрологии: учебное пособие.* – М.: издательский дом Академии Естествознания, 2020. – С. 10.
 11. Шапошникова Н. Ф., Саломатина О. С. *Современные аспекты течения и методы профилактики рецидивов инфекций мочевыводящих путей у девочек дошкольного возраста // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета – 2021.* – С. 131.
 12. Шумилов П. В. *Детская нефрология: учебник.* – М.: МЕДпресс-информ, 2021. – С. 44.
 13. Эрман М. В. *Симптом – синдром – диагноз. Болезни почек и мочевыделительной системы у детей: руководство для врачей.* – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2020. – С. 161.
- Электронные ресурсы:*
14. *Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет по основным классам болезней в 2000–2019 гг. // Федеральная служба государственной статистики / URL: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 02.02.2023).*
 15. *Инфекции мочевыводящих путей у детей // Справочник MSD / URL: <https://clck.ru/33XfcL> (дата обращения: 12.02.2023).*
 16. *Инфекции мочевыводящих путей у детей: факторы риска, патогенез, этиология, симптомы, классификация, диагностика, обследование, лечение // Телемедицинский проект «Детская урология» / URL: http://disuria.ru/board/infekcii/infekcii_imvp/infekcii_mochevyvodjashhikh_putej_u_detej_factory_riska_patogenez_ehtiologija_simptomy_klassifikacija_testy Diagnostika_obsledovanie_lecheni/14-1-0-8 (дата обращения: 02.02.2023).*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

*Барчо Саида Руслановна
Пушкина Дарья Александровна
Руководители:
Иванова Виктория Ивановна
Панжинская Наталья Ивановна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Сколиоз как тяжелое заболевание опорно-двигательного аппарата имеет свою многовековую историю, он стал хорошо известен еще народам Древней Греции. В своих трудах «De fracturis» и «De articulis», знаменитый древнегреческий целитель, врач и философ Гиппократ дал описание искривлений позвоночника [2].

Сколиоз как один из видов искривления позвоночника является на сегодняшний день довольно распространенной проблемой, которая впоследствии будет встречаться еще чаще, констатируют врачи. А главной причиной все большей частоты, с которой наблюдается это заболевание, является урбанизация и гиподинамия уже в школьном возрасте, когда происходит активное формирование позвоночника [1].

Актуальность исследовательской работы обусловлена необходимостью предупреждения появления сколиоза и предоставления своевременного сестринского ухода и наблюдения за пациентами детского возраста в случае его наличия. При комплексном подходе к решению поставленных задач и в правильной организации профилактических мероприятий удаётся снизить рост заболеваемости и дальнейших осложнений.

Область исследования: сколиоз у пациентов детского возраста.

Объект исследования: современные аспекты сестринского ухода и наблюдения в профилактике сколиоза у детей.

Предмет исследования: статистические данные по сколиозу у детей в РФ и Краснодарском крае, алгоритмы сестринских манипуляций, результаты анкетирования пациентов/родителей, данные карт развития ребенка пациентов со сколиозом.

Гипотеза исследования: профессиональная, санитарно-просветительная и профилактическая деятельность медицинской сестры в осуществлении ухода и наблюдения за пациентом детского возраста со сколиозом позволяет предупредить заболевание, развитие его осложнений и улучшить качество жизни пациентов с данным заболеванием.

Цель работы: анализ особенностей сестринского ухода и наблюдения в профилактике сколиоза у детей на примере детской поликлиники города Краснодара.

Задачи исследования:

1. Провести анализ нормативной документации, литературных источников по проблеме заболеваемости гастритами.
2. Выполнить анализ статистических данных по заболеваемости сколиозом пациентов детского возраста в Российской Федерации и Краснодарском крае.
3. Разработать рекомендаций по оздоровлению детей и формированию правильной осанки в условиях школьного обучения.
4. Определить степень осведомленности пациентов и родственников о профилактике сколиоза у детей.
5. Разработать памятку/санбюллетень для пациентов/родителей «Правильная осанка», «ЛФК при сколиозе».

Методы исследования: теоретический, социологический, аналитический, статистический.

Проблема нарушений осанки и сколиозов у детей и подростков в возрасте до 17 лет на территории Российской Федерации приобретает в последние годы высокую актуальность. На

долю сколиоза в структуре всех нарушений осанки у детей и подростков в возрасте до 17 лет включительно в 2022 году приходится 16% (в 2016 году – 37%), т.е. наблюдается убыль по всем возрастным группам, за исключением группы детей перед поступлением в детское дошкольное учреждение, где наблюдается прирост в 4 раза (рис. 1).

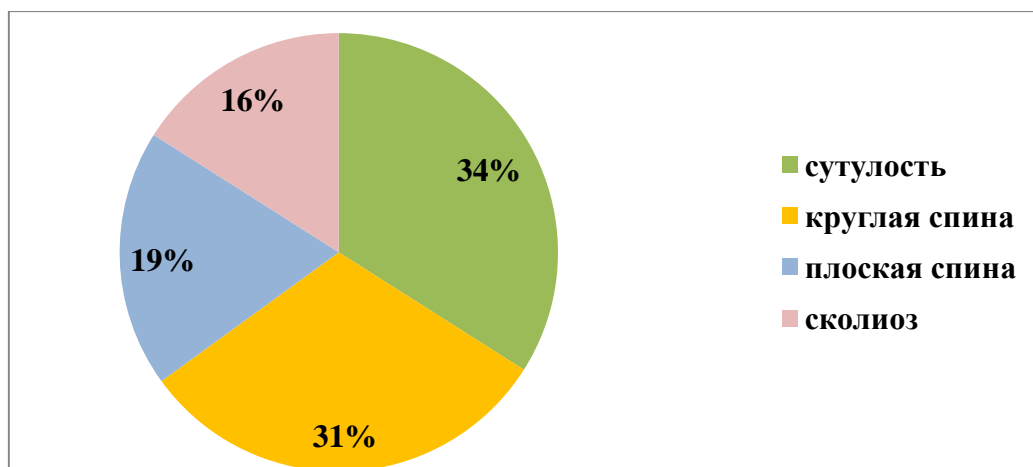


Рис. 1. Структура нарушений осанки у детей и подростков в РФ в 2022 году.

За последние 5 лет в Краснодарском крае наблюдается прирост показателей нарушений осанки почти во всех возрастных группах, за исключением группы детей перед поступлением в детское дошкольное учреждение и детей за год до поступления в школу.

С целью выявления и ранжирования факторов риска развития сколиозов среди детей проведен анализ карт развития ребенка детей со сколиозом, стоящих на учете в детской поликлинике.

В исследовании приняло участие 20 детей со сколиозом различных возрастных групп и их родителей, в 71% случаев это были дети от 12 до 18 лет

Основным факторам риска развития сколиоза у детей по данным карт развития ребенка явилось неправильное положение тела при сидении – 63% (рис. 2).

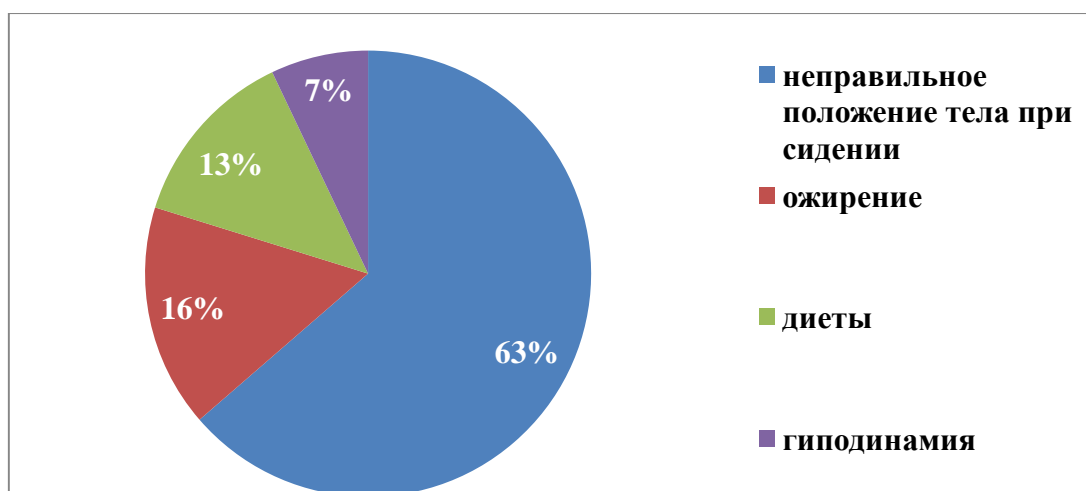


Рис. 2. Ранжирование факторов риска развития сколиоза у детей по данным карт развития ребенка.

В ходе исследования определена роль медицинской сестры в профилактике сколиоза у детей по результатам опроса медицинских сестер детской поликлиники. Для определения роли медицинской сестры в профилактике сколиоза у детей разработана анкета и проведен опрос.

В опросе приняло участие 12 медицинских сестер детской поликлиники.

100% респондентов ответили, что проводят профилактические мероприятия по борьбе со сколиозом.

На вопрос, какие именно мероприятия проводят респонденты 34% ответили, что это профилактические беседы с детьми. На вопрос: «Какие мероприятия для профилактики сколиоза вы проводите в школах?» 50% респондентов ответили, что это выступление во время родительского собрания. 84% медицинских сестер ответили, что пациенты обращаются с проблемой возникновения и для лечения сколиоза часто, 74% из них чаще всего сталкиваются со сколиозом I степени. При наблюдении со стороны действий, которые способствуют нарушению осанки, 100% респондентов делают замечания и рассказывают, как надо выполнить это действие правильно. На вопрос: «Какие манипуляции Вы можете проводить при лечении и профилактике сколиоза?» 90% опрошенных ответили, что это ЛФК (рис. 3).

На вопрос: «По Вашему мнению, для профилактики сколиоза проводится достаточное количество мероприятий?» 70% – ответили положительно, но хотелось бы больше.

90% медицинских сестер считают, что при профилактике и лечении сколиоза их роль не менее важна, чем роль лечащего врача, т.к. они больше времени общаются с детьми и их родителями, проводят лечебные процедуры, занимаются профилактикой прогрессирования сколиоза и его осложнений (рис. 4).

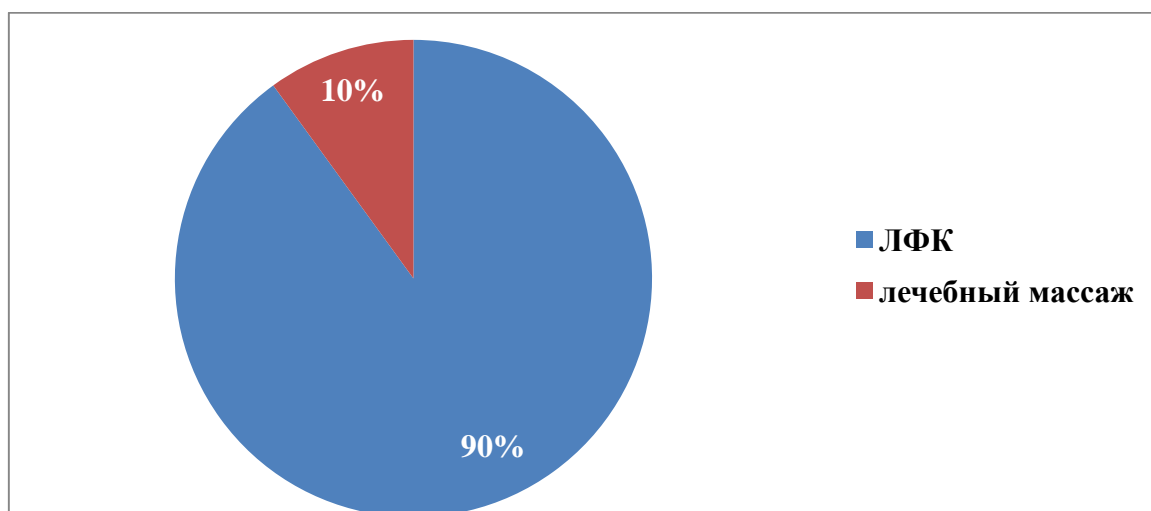


Рис. 3. Ответы медицинских сестер на вопрос «Какие манипуляции Вы можете проводить при лечении и профилактике сколиоза?».

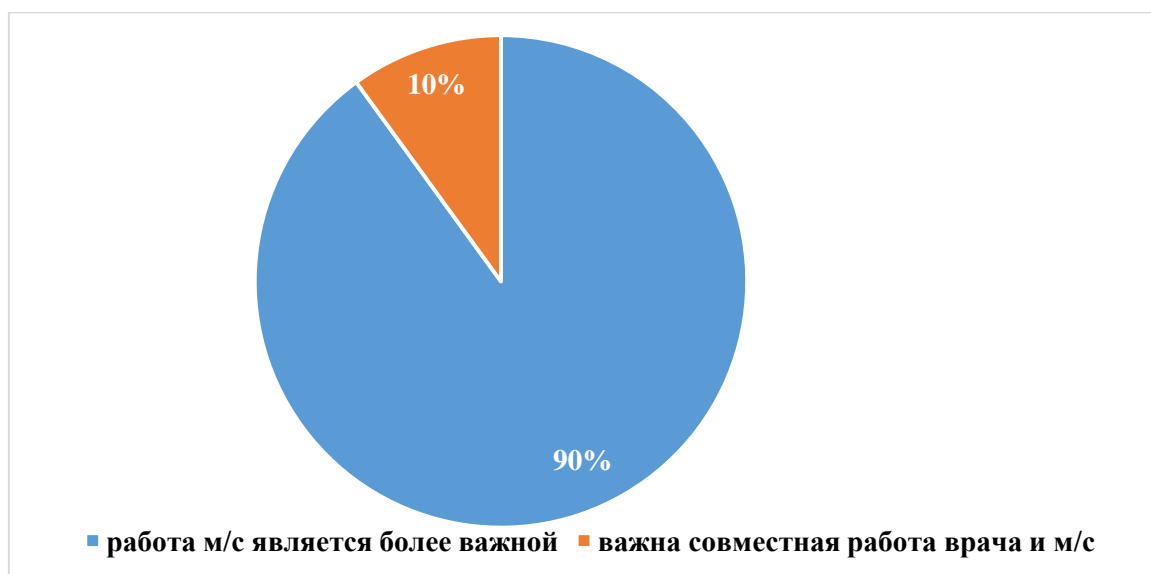


Рис. 4. Мнение опрошенных медицинских сестер о важности сестринского ухода и наблюдения при лечении сколиоза у детей.

В ходе исследования разработаны рекомендации по оздоровлению детей и формированию правильной осанки в условиях школьного обучения.

Далее проведен анализ осведомленности пациентов и родственников о профилактике сколиоза у детей школьного возраста, для этого разработана анкета и проведен опрос.

В анкетировании приняли участия дети, стоящие на учете в поликлинике и их родители. На вопрос «Знаете ли Вы, что такое сколиоз?» 62% опрошиваемых ответили, что знают. 58% респондентов ответили, что ребенок занимается в спортивных секциях, но лишь у 37% анкетированных есть дома спортивный уголок для занятия ЛФК, а у 79% – мебель в комнате ребенка соответствует его росту.

На вопрос: «Знаете ли Вы методы профилактики сколиоза?» 82% опрошиваемых ответили знают. 96% опрошиваемых ответили, что им нужна информационная поддержка медицинских работников о профилактике сколиоза.

В ходе исследования разработана памятка «Правильная осанка», «ЛФК при сколиозе», которые используются в качестве раздаточного материала на приеме на педиатрическом участке.

Выводы:

1. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в XXI веке сколиоз занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей и подростков
2. По данным медицинских осмотров за последние пять лет нарушения осанки выросли на 55%, заболеваемость сколиозом – снизилась на 33%.
3. На долю сколиоза в структуре всех нарушений осанки у детей и подростков в возрасте до 17 лет включительно в 2022 году приходится 16%.
4. Основным фактором риска развития сколиоза у детей по данным карт развития ребенка является неправильное положение тела при сидении – 63%.
5. Практически все медицинские сестры, которые были опрошены, считают свою роль в профилактике и лечении сколиоза у детей не менее важной, чем роль самого лечащего врача, и их знания, умения и навыки достаточно высоки, поэтому их вмешательства при сколиозе у детей являются важной и неотъемлемой частью процесса профилактики и лечения данного заболевания.

Следовательно, цель и задачи исследования выполнены. Гипотеза о том, что что профессиональная, санитарно-просветительная и профилактическая деятельность медицинской сестры в осуществлении ухода за пациентом детского возраста со сколиозом позволяет предупредить развитие заболевания, его осложнения и улучшить качество жизни пациентов и их родителей, подтверждена. Практическая значимость исследования заключается в том, что разработаны памятки по оздоровлению детей и формированию правильной осанки в условиях школьного обучения, которые используются в качестве раздаточного материала на педиатрическом участке и при проведении профилактических работ медицинских сестер детской поликлиники для детей различных возрастных категорий и их родителей, что способствует профилактике прогрессирования заболевания, развития осложнений, улучшению качества жизни, как детей, так и их родителей.

Список использованных источников:

1. Амосов, В. Н. *Искривление позвоночника. Сколиоз у детей и взрослых [Текст] / В.Н. Амосов. – М.: Вектор, 2018. – 128 с.*
2. Казьмин А.И., Кон И.И., Беленький В.Е. *Сколиоз. – М.: Медицина, 2019. – 272 с.*

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ КАК ВАЖНЕЙШИЙ АСПЕКТ СОХРАНЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Гонежук Азамат Казбекович

Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Кариес зубов – это распространенное заболевание полости рта, которое вызывается деминерализацией твердых тканей зуба под воздействием кислотных продуктов обмена, выделяемых бактериями из пищевых остатков. Кариес может привести к образованию налета на зубах, чувствительности, боли и другим проблемам. Поэтому очень важно принимать меры для предотвращения кариеса и поддержания здоровья полости рта.

Кариес у детей является распространенной проблемой здоровья полости рта. Он может развиваться в любом возрасте, начиная с появления первых зубов. Неправильное питание, недостаточная гигиена полости рта и отсутствие профилактического стоматологического ухода могут способствовать развитию кариеса у детей.

Основные способы предотвращения кариеса зубов включают следующие меры:

1. Регулярное чистить зубы. Рекомендуется чистить зубы два раза в день с использованием мягкой зубной щетки и фторсодержащей пасты. Также полезно использовать зубную нить или межзубные щетки для удаления налета и остатков пищи из промежутков между зубами.
2. Правильное питание. Ограничение потребления сладких и кислых продуктов может снизить риск развития кариеса. Регулярное потребление пищи, богатой кальцием (например, молочных продуктов), способствует укреплению зубов.
3. Регулярные визиты к стоматологу. Рекомендуется посещение стоматолога для профилактического осмотра и профессиональной гигиены полости рта не реже двух раз в год. Стоматолог может обнаружить проблемы с зубами на ранних стадиях и предложить соответствующее лечение.
4. Применение фторидных препаратов. Фторид помогает укрепить эмаль зуба, снижая чувствительность кариеса. Фторидные зубные пасты, ополаскиватели или гели могут быть рекомендованы стоматологом.

Проблема сохранения здоровья зубов не может быть решена без целенаправленного и своевременного формирования привычки поддержания в здоровом состоянии зубов и десен, в связи с чем, необходима ежедневная гигиена ротовой полости. Ребенок не может самостоятельно научиться правильно ухаживать за своими зубами, в этом ему должны помогать родители, работники детских садов, стоматологи-гигиенисты.

Целью исследования было формирование и закрепление знаний, умений и навыков, направленных на сохранение здоровья и профилактику заболеваний полости рта у детей младшего школьного возраста.

Основными мероприятиями были - теоретическое и практическое обучение детей правильному уходу за полостью рта с помощью зубной щетки и пасты, что позволит избежать образования налета, появления кариеса, возникновения болевого синдрома, разрушения зубов в раннем возрасте. Целевой аудиторией проекта являлись дети младшего школьного возраста.

Была создана группа из 10 учеников младшего школьного возраста. Далее посетили врача-стоматолога для первичного осмотра полости рта. Стоматолог определил уровень гигиены полости рта по Федорову-Володкиной. Индекс гигиены полости рта по Федорову-Володкиной предусматривает определение уровня загрязненности зубов налетом. Диагностика предполагает высушивание эмали и нанесение калиево-йодового раствора на внешнюю поверхность нижних фронтальных зубов. Индекс определяется интенсивностью окрашивания:

- 1,1–1,5 — хороший;
- 1,6–2 — удовлетворительное;
- 2,1 – 2,5 — неудовлетворительное;
- 2,6–3,4 — плохое;
- менее 3,5 — очень плохое.

Осмотр полости рта показал следующие уровни гигиены полости рта:

- хороший (0 чел.) не было ни у одного ребенка
- удовлетворительный (3 чел.)
- неудовлетворительный (5 чел.)
- плохой (2 чел.)
- очень плохой (0 чел.) не было ни у одного ребенка

То есть, средний показатель качества гигиены полости рта у детей составил 2,3 балла (неудовлетворительный). А опрос свидетельствовал о низком уровне осведомленности о правилах ухода за полостью рта.

На следующем этапе мы провели обучающие лекции и практическое занятие посвященные правилам гигиены полости рта. В ходе практического занятия дети демонстрировали готовность следовать предложенному алгоритму чистки зубов с удовольствием показывая нам то, чему научились.

У детей был временной отрезок в 1 месяц для того, чтобы чистить зубы, придерживаясь полученным навыкам и рекомендациям.

Через месяц провели повторный осмотр у врача-стоматолога. Результаты были таковы:

- хороший уровень гигиены полости рта у 6 чел.
- удовлетворительный - 3 чел.
- неудовлетворительный - 1 чел.
- плохой и очень плохой - 0 чел.

Сравнительный анализ уровня гигиены полости рта до и после реализации проведения мероприятия показал, что если до начала обучения средний уровень гигиены полости рта составлял 2,3 балла и оценивался как «неудовлетворительный», то после обучения, он составил – 1,2 балла, то есть «хороший». Таким образом, уровень гигиены полости рта повысился на 1,1 балла.

Это говорит о значительном улучшении уровня гигиены полости рта среди детей младшего школьного возраста, участвовавших в реализации проекта. Таким образом, можно утверждать об эффективности мероприятий нашего исследования.

Список использованных источников:

1. Боровский Е.В. Кариес зубов / Е. В. Боровский. - Москва: ММСИ, 1983. - 43 с.
2. Справочник по стоматологии / В.М. Безруков. Москва: Медицина, 1988– 656 с.
3. Шаковец Н.В. Кариес зубов у детей раннего возраста./ Н.В. Шаковец, Н.В. Ковальчук. – Минск: БГМУ, 2011. – 44 с.
4. <https://elestom.ru/handbook/science/index-fedorova-volodkinoy/>

РОССИЯ И ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гонезжук Азамат Казбекович

Величко Арсений Николаевич

Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Работа системы здравоохранения страны играет огромную роль в снижении смертности и укреплении здоровья граждан, а Всемирная организация здравоохранения определяет приоритеты и политику в области здравоохранения на глобальном и региональном уровнях. В современных условиях, а именно в период постпандемии необходимо переосмыслить опыт международного сотрудничества и выявить ключевые проблемы системы здравоохранения, поставить задачи для достижений связанных со здоровьем целей в области устойчивого развития.

По окончании Второй мировой войны люди все глубже стали осознавать, что «свободное и гармоничное развитие человеческой личности невозможно без реализации одного из основных прав человека – права на охрану и укрепление здоровья», так в июле 1946 г. в Нью-Йорке в соответствии с решением Международной конференции по здравоохранению было принято решение создать Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) (World Health Organization, WHO). Устав ВОЗ был ратифицирован 7 апреля 1948 г., с тех пор этот день отмечают, как «Всемирный день здоровья».

Всемирная организация здравоохранения – специальное агентство Организации Объединенных Наций, состоящее из 192 государств членов, основная задача которого заключается в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения мира.

В состав ВОЗ принимают государства-члены ООН, хотя возможен прием и не входящих в ООН стран. Официальными языками ВОЗ являются английский и французский, рабочими (кроме указанных) – русский, испанский, арабский, китайский, немецкий.

Деятельность ВОЗ осуществляется следующими уполномоченными органами:

- Всемирной Ассамблеей по здравоохранению,
- Исполнительным комитетом,
- Секретариатом.

Высшим органом ВОЗ является Всемирная Ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства-члены ВОЗ.

Исполнительный комитет, включающий представителей 30 государств (среди них 5 постоянных членов: США, Россия, Великобритания, Франция и Китай) и который собирается на очередные сессии 2 раза в год.

Для обсуждения и консультаций ВОЗ привлекает известных специалистов-экспертов, которые готовят технические, научные и информационные материалы, организуют заседания экспертных советов. Широко представлена издательская деятельность ВОЗ, включающая отчеты Генерального директора о деятельности ВОЗ, статистические материалы, документы комитетов и совещаний, в том числе отчеты Ассамблеи, исполнительных комитетов, сборники резолюций и др. Также выпускаются журналы ВОЗ: «Бюллетень ВОЗ», «Хроника ВОЗ», «Международный форум здравоохранения», «Здоровье мира», «Ежегодник мировой санитарной статистики», монографии и технические доклады.

С периодичностью приблизительно раз в 10 лет ВОЗ пересматривает и издает «Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем».

За годы своей деятельности ВОЗ удалось решить многие важные проблемы. По инициативе ВОЗ и при активной поддержке национальных систем здравоохранения была проведена кампания по ликвидации оспы в мире (последний случай зарегистрирован в 1981 г.); результативными явились кампания по борьбе с малярией, распространенность которой

сократилась почти в 2 раза, программа иммунизации против инфекционных заболеваний, борьба с ВИЧ инфекцией; формирование служб первичной медико-санитарной помощи и др.

На сегодня ВОЗ определила следующие наиболее важные направления деятельности национальных систем здравоохранения:

1. борьба с ВИЧ/СПИД, туберкулезом, малярией;
2. содействие безопасной беременности;
3. охрана здоровья матери и ребенка, подростков;
4. улучшение психического здоровья и др.

В среднегодовом отчете за 2021 год ВОЗ отмечает важные достижения в области здравоохранения и научных исследований. ВОЗ развернула международную техническую поддержку миссий в 106 странах мира, направила 108 бригад скорой помощи, запросила помощь, распространила более 232 миллионов доз вакцины в рамках инициативы COVAX, закупила товары первой необходимости на сумму более 1,3 миллиарда. долл. для ответа на поддержку мер борьбы с COVID-19 в 191 стране.

Среди достижений можно также назвать запуск обучающей онлайн-платформы OpenWHO, предоставляющей курсы и тренинги для реагирования на вызовы в сфере здравоохранения. Инновация стала развитием «инфодемии» как новой науки и программ исследований в области общественного здравоохранения для борьбы с «инфодемией» - избытком информации, в том числе ложной, связанной с болезнями. В рамках развития этого научного направления ВОЗ предоставляет рекомендации по управлению «инфодемией» и информированию о рисках для медицинских работников, включая лидеров, авторитетных лиц и общественность.

Усилия ВОЗ чрезвычайно важны для мирового сообщества, поскольку развитые страны и страны-производители вакцин направляют усилия по защите собственного населения, развивающиеся страны остаются наиболее уязвимыми. Как отметил генеральный директор ВОЗ, из 5,7 миллиардов введенных по всему миру доз вакцин, лишь 2% из них приходится на страны Африки.

Доступ к вакцинам против COVID-19 является крайне неравномерным: страны с высоким уровнем доходов использовали в 35 раз больше доз вакцинации, чем страны с низким уровнем дохода и страны африканского региона ВОЗ, в которых полностью вакцинировано только 3% населения. Несмотря на то, что применение вакцины против COVID-19 происходит во всех регионах, темпы вакцинации весьма различны. 56 стран, расположенных в регионах Африки и Восточного Средиземноморья, не смогли достичь цели, ранее поставленной ВОЗ — полностью вакцинировать 10% своего населения к сентябрю 2021.

В качестве члена-учредителя Россия принимала активное участие в становлении Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и её деятельности (с 1946). В 1950–70-х гг. значительная помощь оказывалась развивающимся странам, в которых строились госпитали, фармацевтические производства, осуществлялась поставка медикаментов и вакцин. Большое количество отечественных врачей и среднего медперсонала оказывали медицинскую помощь населению стран Африки, Азии, Латинской Америки.

Направления сотрудничества Российской Федерации с Всемирной организацией здравоохранения:

- обновление политики развития здравоохранения;
- активизация работы по развитию систем здравоохранения, разработке кадровой политики, укреплению первичной медико-санитарной помощи и др.;
- активизация работы по профилактике неинфекционных заболеваний, включая борьбу с курением;
- активизация работы по охране материнства и детства;
- продолжение работы по борьбе с инфекционными заболеваниями, включая туберкулез и ВИЧ/СПИД;
- продолжение работы по готовности к чрезвычайным ситуациям;

- активизация работы по повышению статуса русского языка в ВОЗ;
- увеличение числа сотрудничающих центров ВОЗ по приоритетным направлениям.

Деятельность России в ВОЗ продолжает оставаться эффективной и взаимовыгодной. ВОЗ открыла своё представительство в Российской Федерации, а именно в Москве в 1998 году.

В 2000-е годы определилась новая тенденция в развитии международного сотрудничества в Российской Федерации, в целом, и в здравоохранении, в частности. Она заключается в осознании национальных интересов и активной позиции на международной арене по отстаиванию этих интересов.

Основные задачи сотрудничества России и ВОЗ на 2023 год:

1. продолжить совместную работу по проведению аттестации российской регуляторной системы в области регулирования лекарственных средств на высший (четвертый) уровень зрелости ВОЗ;

2. участие в работе Межправительственного переговорного органа ВОЗ по подготовке и согласованию проекта конвенции, соглашения или иного международного инструмента ВОЗ по предотвращению пандемий, обеспечению готовности к ним и принятию мер реагирования;

3. участие в Рабочей группе ВОЗ по внесению поправок в международные медико-санитарные правила;

4. по включению ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России в сеть образовательных центров ВОЗ по подготовке экспертов регуляторных практик;

5. участие в 76-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, в 152-й и 153-й сессиях Исполнительного комитета ВОЗ, в 73-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, в работе экспертных совещаний, организованных на площадке Штаб-квартиры и Европейского регионального бюро ВОЗ, в 65-й сессии руководящего комитета Международного агентства по изучению рака;

6. продолжение работы по увеличению кадровой представленности российских сотрудников в ВОЗ;

7. участие в разработке Дорожной карты по устойчивости к противомикробным препаратам в Европейском регионе ВОЗ на 2023-2030 годы.

Приведенные выше исторические и научные данные о Всемирной организации здравоохранения позволяют сделать вывод о том, что ВОЗ – это крупнейшая международная медицинская организация, которая выступает лидером мирового сообщества по достижению здоровья для всех, а также является направляющей и координирующей инстанцией систем здравоохранения государств членов.

Следует отметить, что данные о взаимодействии Российской Федерации и Всемирной организации здравоохранения наглядно демонстрируют, что лишь согласованные усилия помогают в достижении глобальных целей в области здравоохранения, например, борьба с пандемией.

Список использованных источников:

1. Крюков Ю. Ю. История создания ВОЗ. Роль в общественном здравоохранении XX-XXI веков // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2018. № 8. т. 12.

2. Официальный сайт организации Всемирной здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru>

3. Устав Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1&ua=1>

4. Честнов О.П. Сотрудничество России и Всемирной организации здравоохранения / О.П. Честнов, Ю.В. Михайлова, Т.В. Кайгородова, М.С. Цешковский. – М., ЦНИИОИЗ, 2007. – 231 с.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИЙ

*Катаева Алина Григорьевна
Ластовская Виктория Максимовна*

*Руководители:
Острова Любовь Сергеевна
Ланина Ирина Сергеевна*

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Актуальность темы обусловлена тем, что пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний. В России за год пневмонией заболевают 1,5 млн человек. Наиболее часто болеют лица моложе 5 лет и старше 75 лет [3].

В Краснодарском крае пневмония остается по-прежнему одним из самых частых заболеваний ежегодно регистрируется 10-12 тысяч заболевших.

Область исследования: пневмонии.

Объект исследования: реабилитационная деятельность фельдшера в восстановительном лечении пневмонии.

Предмет исследования: нормативная документация, статистические данные, методы реабилитации на различных стадиях восстановительного лечения пневмонии, данные анамнеза пациентов с пневмониями, результаты анкетирования пациентов.

Гипотеза исследования: реабилитационная деятельность фельдшера в восстановительном лечении пневмонии увеличивает период ремиссии, нормализует психоэмоциональное состояние, повышает уровень сопротивляемости организма, качество жизни пациента.

Цель работы: исследование особенностей реабилитационной деятельности фельдшера в восстановительном лечении пневмонии в условиях стационара.

Задачи исследования:

1. Провести аналитический обзор литературных источников и нормативной документации по теме исследования.

2. Выполнить анализ статистических данных о распространённости пневмонии среди населения в мире, России, Краснодарском крае.

3. Определить и ранжировать, факторы риска возникновения пневмонии у пациентов по результатам анализа историй болезни.

4. Определить степень осведомленности пациентов о методах реабилитации пневмонии по результатам анкетирования.

5. Разработать, обосновать и выполнить полную программу реабилитации пациентов с пневмонией.

6. Разработать материалы для санитарно-просветительной работы фельдшера.

Методы исследования: теоретический, аналитический, социологический, статистический.

Практическая значимость работы: закреплены и расширены знания по теоретическим и практическим аспектам деятельности фельдшера в восстановительном лечении пневмонии; разработанные рекомендации для пациентов о современных подходах в восстановительном лечении пневмонии на этапах реабилитации используются как раздаточный материал при проведении санитарно-просветительной работы с населением.

В ходе выполнения исследования подтверждено освоение видов деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО специальности 31.02.01 «Лечебное дело».

Разработана, обоснована и выполнена полная программа реабилитации пациентов с пневмонией, которая получила одобрение лечащего врача и способствовала улучшению их состояния и качества жизни.

Полученные материалы могут быть использованы в учебном процессе ККБМК при изучении ПМ 05. «Медико-социальная реабилитация» по специальности 31.02.01 Лечебное дело.

Для подтверждения актуальности темы исследования проведен детальный анализ основных эпидемиологических показателей (распространенности и заболеваемости) пневмонии по Российской Федерации и среди жителей Краснодарского края на основании статистических сборников Минздрава[3].

Согласно статистическим данным ВОЗ, пневмония является одной из 10 самых распространенных заболеваний в мире. За год пневмонией заболевают около 1 млн. человек. Риск заболевания пневмонией увеличивается с возрастом (летальность 2-3 %). Летальность от пневмонии у людей старше 65 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах и составляет 10-15% при пневмококковых пневмониях и около 70% при пневмонии, вызванной синегнойной палочкой.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации в России в 2021 году заболеваемость пневмонией составила 1,14% от общей численности населения, а в 2022 году составило 1,85%. Благодаря имеющимся данным можно подвести к тому, что заболеваемость пневмонией по Российской Федерации повысилась на 0,018%[3].

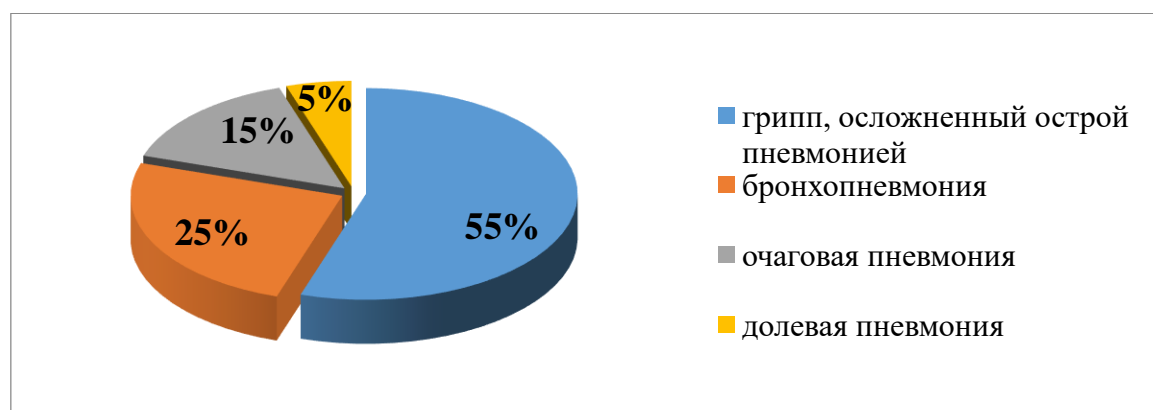
По данным министерства здравоохранения в Краснодарском крае в 2021 году заболеваемость пневмонией составило 3,10% от общего населения Краснодарского края.

К 2022 году эта цифра составила 3,39%. Следовательно, наблюдается рост заболеваемости пневмонией по Краснодарскому краю. Далее выполнено определение и ранжирование факторов риска возникновения пневмоний у пациентов по данным историй болезни.

Для проведения исследования нами проанализированы истории болезни 20 пациентов пульмонологического отделения, из них 60% мужчины (12 пациентов) и 40% - женщины (6 пациентов).

В ходе анализа историй болезни выделено 4 группы пациентов:

1 группа пациентов с диагнозом грипп, осложненный острой пневмонией 11 пациентов (55%); 2 группа пациентов – бронхопневмония 5 пациентов (25%); 3 группа пациентов – очаговая пневмония 3 пациента (15%); 4 группа пациентов - долевая пневмония 1 пациент (5%) (рис. 1).



По данным анализа анамнеза пациентов с пневмониями установлено, что основными факторами развития пневмоний являлись: вирусная инфекция у 15 пациентов – (75%) была основной причиной пневмонии, бронхиты у 3 пациента (15%), переохлаждение 1 пациента (5%) и производственная вредность (вдыхание хлора) 1 пациента (5%) (рис. 2).

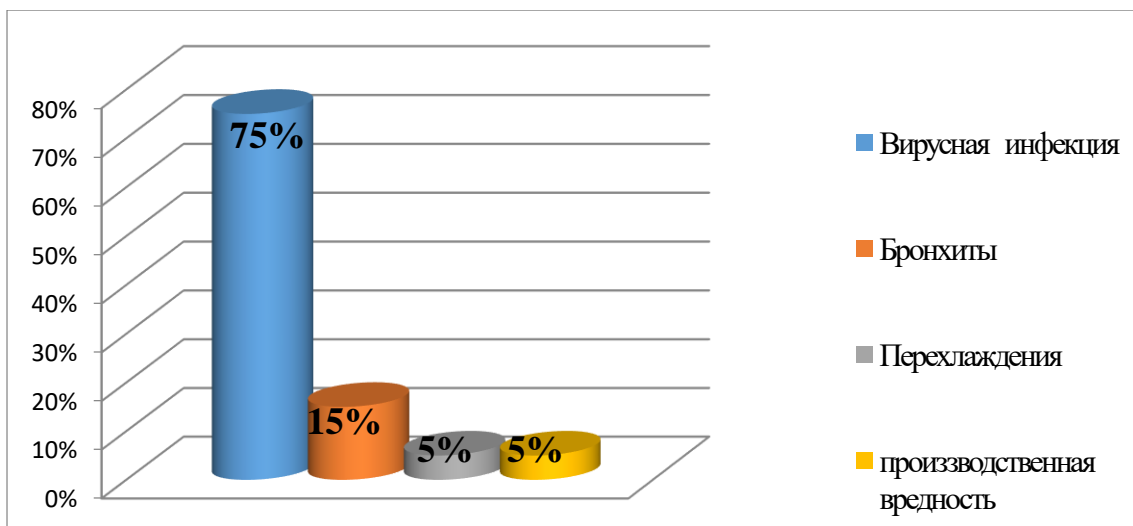


Рис. 2. Основные факторы развития пневмоний по данным анамнеза пациентов.

У пациентов с данным заболеванием основные жалобы были таковы: кашель у 20 пациентов (100%), слизисто-гнойная мокрота—19 пациентов (95%), повышение температуры отметили 20 человек (100%), одышка наблюдались у 14 пациентов (70%), на боли в грудной клетке жаловались 12 человек (60%) (рис. 3).

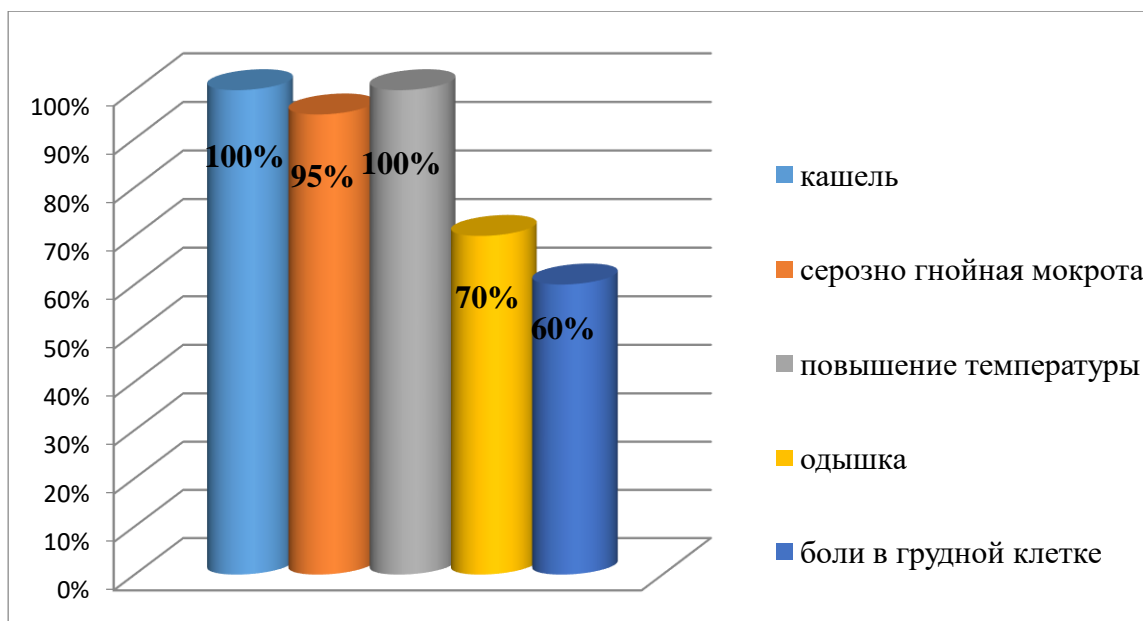


Рис. 3. Основные жалобы пациентов с пневмониями.

Амбулаторное лечение в начале заболевания получали 18 пациентов (90%) затем они были направлены в стационар. На стационарное лечение было направленно сразу 2 пациента (10%). У пациентов с пневмонией выявлены следующие осложнения: экссудативный плеврит у 1 пациента (5%), абсцесс легкого у 1 пациента (5%), у остальных пациентов заболевание протекало без осложнений (рис. 4).

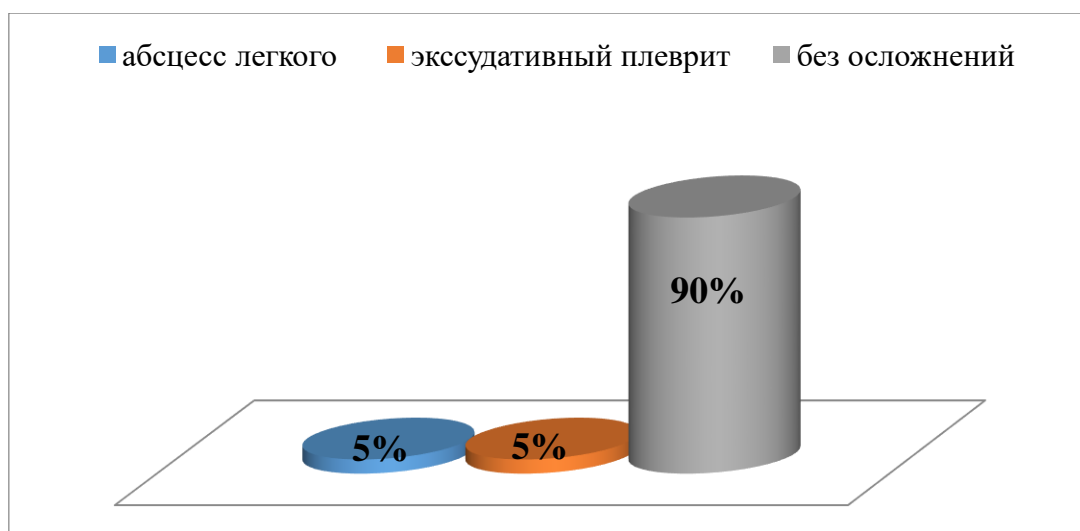


Рис. 4. Осложнения пневмоний у пациентов.

Далее был разработан и выполнен план реабилитации для пациента с пневмонией на стационарном этапе реабилитации на конкретном клиническом примере.

Пациент 45 лет мужского пола, который предъявляет жалобы:

- повышение температуры до 39 градусов;
- боли в правой половине грудной клетке при дыхании;
- одышка;

-кашель с отхождением ржавой мокроты. Заболел 3 дня назад после переохлаждения.

Лечился жаропонижающими, состояние ухудшилось.

На стационарном этапе восстановительного лечения были применены: медикаментозное лечение, физиотерапия, вибрационный массаж, ЛФК, диета (стол №15), аэрозольная терапия (ингаляции)[1, 2]. Состояние при выписке: в результате проведенного лечения состояние больного улучшилось. Самочувствие удовлетворительное.

Рекомендации после выписки:

1. Базисная поддерживающая терапия.
2. Консультация терапевта 2 раза в год, 1 раз – консультация пульмонолога.
3. Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в год.
4. ЭКГ 1 раз в год.
5. Общий анализ крови, мочи и мокроты 2 раза в год.
6. Избегать частых переохлаждений, проводить общеукрепляющую гимнастику.
7. Соблюдать правила личной гигиены.
8. Отказ от вредных привычек.
9. Употреблять пищу богатую витаминами и микроэлементами.
10. Периодическое санаторно-курортное лечение.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что деятельность фельдшера при лечении и реабилитации пациентов с пневмониями заключается в обеспечении адекватного ухода, выполнении всех указаний врача, наблюдением за состоянием пациента, правильном проведении реабилитационных мероприятий.

Следовательно, цель и задачи исследования выполнены. Гипотеза о том, что реабилитационная деятельность фельдшера в восстановительном лечении пневмоний увеличивает период ремиссии, нормализует психоэмоциональное состояние, повышает уровень сопротивляемости организма, качество жизни пациента, подтверждена. Исследование имеет практическое значение.

Список использованных источников:

1. Александров В.В., Алгазин А.И. Основы восстановительной медицины и физиотерапии. М., «ГЭОТАР-Медиа», 2021, с.10-18, 94-99.
2. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация, «Бином», 2020. с. 25-26.
3. Министерство здравоохранения и социального развития РФ (<http://www.minzdravsoc.ru>).

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ

Красных Мария Александровна

Брагина Елена Владимировна

Руководители:

Иванова Виктория Ивановна

Панжинская Наталья Ивановна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Сахарный диабет у детей – это хроническая патология, при котором происходит нарушение обмена веществ, в первую очередь, углеводов. Она развивается из-за недостаточности выработки инсулина или (реже) невосприимчивости тканей к этому гормону. В детском возрасте протекает особенно бурно с резким началом и стремительным ухудшением состояния, вот почему любые подозрения на диабет должны стать поводом для срочного обращения за медицинской помощью. Количество детей с диабетом возрастает с каждым годом [1, 2].

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что сестринский уход и наблюдение при сахарном диабете (далее – СД) у детей имеет свои особенности, связанные с тем, что медицинской сестре необходимо не только строго выполнять назначения врача, но и использовать при общении с больным ребенком и его родителями определенные знания в области лечения, диагностики, профилактики и реабилитации детей с СД, а также психологии, медицинской этики и деонтологии для восстановления маленького пациента с учетом его нужд и потребностей. Важная роль принадлежит медицинской сестре и при организации диетического питания детей с СД, т.к. соблюдение диеты является обязательным и важным условием лечения диабета у детей [3]. Диета разрабатывается эндокринологом-диабетологом индивидуально, в зависимости от возраста ребёнка, его физической активности, семейных привычек питания и режима дня, а обучение ребенка и его родителей по рациональному питанию при СД выполняет медицинская сестра.

Область исследования: СД у детей.

Объект исследования: роль медицинской сестры в проведении профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий при СД у детей.

Предмет исследования: нормативная документация, регламентирующая сестринский уход и наблюдение за пациентами детского возраста, статистические данные по СД у детей в России и Краснодарском крае, алгоритмы сестринских манипуляций, данные анамнеза детей с СД, результаты опроса детей/родителей.

Гипотеза исследования: сестринский уход и наблюдение за детьми с СД имеет особенности профессионального, психологического и этико-деонтологического характера и направлен не только на лечение, но и на профилактику осложнений и реабилитацию пациентов детского возраста.

Цель работы: исследование роли медицинской сестры в проведении профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий при СД у детей на примере детской поликлиники г. Краснодара.

Задачи исследования:

1. Выполнить анализ медицинской литературы по теме исследования.
2. Выполнить анализ статистических данных по СД у детей в России и Краснодарском крае.
3. Разработать и реализовать план сестринского ухода и наблюдения за ребенком с СД1 с учетом профилактических и реабилитационных мероприятий.

4. Определить степень осведомленности пациентов детского возраста/родителей о профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятиях при СД, степень удовлетворенности сестринским уходом и наблюдением по результатам их опроса.

5. Выполнить анализ степени информированности пациентов и их родителей по профилактике осложнений СД, удовлетворенности сестринским уходом и наблюдением по результатам их анкетирования.

6. Разработать памятку/санбюллетень «Реабилитация детей с СД», «Профилактика СД у детей».

Методы исследования: теоретический, методы научного исследования, социологический, статистический.

Для подтверждения актуальности темы исследования выполнен анализ статистических данных по заболеваемости СД в России и Краснодарском крае. В России распространенность СД1 в 2018-2022 гг. у детей составила 81,0–91,4/100 тыс. детского населения, у подростков – 212,8-209,5/100 тыс. подросткового населения, в Краснодарском крае с 2018 по 2022 гг. среди детей выросла на 25,4%, среди подростков за этот же период также выросла на 30,3%, что превышает средние показатели по РФ.

В ходе исследования проведен анализ 20 карт развития ребенка детей с СД, стоящих на учете в поликлинике. Выявлено, среди детей с СД 90% детей болеют СД1.

По результатам анализа карт развития ребенка стоящих на учете в детской поликлинике пациентов детского возраста определены факторы риска развития СД: в 48% случаев это наследственная предрасположенность.

В ходе исследования разработан план сестринского ухода и наблюдения за ребенком 9 лет с СД1 с учетом профилактических и реабилитационных мероприятий, который способствовал нормализации уровня глюкозы в крови, повышению знаний пациента и его родителей о заболевании, методах введения инсулина и видах инсулина.

Далее определена степень осведомленности детей/их родителей о лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятиях при СД, степень удовлетворенности сестринским уходом и наблюдением в процессе лечения в детской поликлинике. Для этого разработана анкета и проведен опрос. В анкетировании приняли участие 20 родителей, дети которых имеют диагноз СД.

Большинство респондентов владеют достаточной информацией о заболевании, о факторах риска, провоцирующих повышение уровня сахара в крови, знают 73% респондентов, 95% знают о диетотерапии.

Соблюдают рекомендации врача и медицинской сестры по приему лекарственных средств 85% респондентов, а 15% иногда забывает, поэтому с ним была проведена дополнительная информационно-разъяснительная работа по ведению дневника пациента с СД. Знают о необходимости постоянного самоконтроля состояния ребенка 95% респондентов, о признаках неотложного состояния – 65% респондентов.

Подавляющее большинство респондентов с детьми (70%) прошли или проходят в настоящее время обучение на занятиях в Школе диабета.

Анализ результатов ответов пациентов с СД на вопрос «Учитываете ли количество ХЕ при приеме пищи?» показал, что строго учитывают – 60%. На вопрос «Удовлетворены ли Вы сестринским уходом и наблюдением за ребенком с СД» удовлетворены полностью – 90%.

Среди причин, снижающих удовлетворенность пациентов с СД сестринским уходом и наблюдением, необходимо отметить:

- недостаток внимания со стороны медицинской сестры из-за ее чрезвычайной занятости (мало времени отводится на прием одного пациента);
- большое время ожидания первичного приема у врача-эндокринолога, иногда до 2-х месяцев.

Проведен анализ степени информированности пациентов и их родителей по профилактике осложнений сахарного диабета.

О методах профилактики неотложных состояний осведомлена большая часть респондентов – 85%.

На вопрос «Умеете ли Вы пользоваться глюкометром?» 100% опрашиваемых ответили, что умеют. О методах реабилитации детей с СД осведомлены 75% респондентов, (.

В ходе работы разработаны памятки для родителей «Реабилитация детей с СД», разработан план занятия для медицинской сестры в Школе сахарного диабета, пример дневника самоконтроля для родителей/детей с СД, памятка для родителей «Профилактика сахарного диабета у детей». Памятки и дневник используются в качестве раздаточного материала на приеме и на занятиях в Школе сахарного диабета.

ВЫВОДЫ:

1. СД является одним из серьезнейших заболеваний современной цивилизации, широко распространенным во многих странах мира, в том числе и в РФ, как среди взрослых, так и детей.

2. Заболеваемость как сахарным диабетом I типа, так и сахарным диабетом II типа в мире, России и Краснодарском крае растет ежегодно.

3. Лечение диабета, заключающееся в ежедневных инъекциях инсулина (до пяти уколов в день), многократных определениях уровня сахара крови и в строгом режиме питания, в некоторой степени ограничивает жизнедеятельность ребенка.

4. Медицинская сестра принимает активное участие в лечебном процессе пациентов с СД: обучает пациентов ведению дневника по самоконтролю состояния, самостоятельно измерять уровень сахара в крови по тест-полоскам для визуального определения уровня сахара в крови, а также пользоваться тест-полосками для визуального определения сахара в моче и др.

5. Подтверждено, что эффективной профилактике развития осложнений СД способствует ранняя диагностика заболевания, адекватный самоконтроль уровня глюкозы в крови.

Следовательно, цель и задачи исследования выполнены. Гипотеза о том, что сестринский уход и наблюдение за детьми с СД имеет особенности профессионального, психологического, этико-деонтологического характера и направлен не только на лечение, но на профилактику и реабилитацию пациентов детского возраста, подтверждена.

Список использованных источников:

1. Дедов И. И., Малиевский О. А., Петеркова В. А. *Детская эндокринология: учебник.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 256 с.

2. Петеркова В. А., Емельянов А. О., Лаптев Д. Н., Самойлова Ю. Г. и др. *Оценка эффективности амбулаторного наблюдения детей и подростков с сахарным диабетом I-го типа при регулярном использовании профессионального непрерывного мониторинга уровня глюкозы // Проблемы эндокринологии.* – 2020. – № 1 (66). – С. 14-22.

3. Киселева Е. В., Латышев О. Ю., Окминян Г. Ф., Самсонова Л. Н. *Рациональное питание при сахарном диабете I типа у детей и подростков // Consilium Medicum. Педиатрия.* – 2018. – № 2. – С. 74-77.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА НА АНТИГИСТАМИННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В АПТЕКЕ ГОРОДА КРАСНОДАР

Лисицына Евгения Алексеевна

Ким Алёна Романовна

Руководители:

Хатит Сима Яхиевна

Гедуадже Диана Вячеславовна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Для обеспечения качественной лекарственной помощи пациентам с аллергией фармацевтические работники первого стола должны хорошо знать ассортимент и фармакологию антигистаминных лекарственных средств, уметь выполнять их синонимическую замену, фармацевтическое информирование и консультирование при отпуске. Это и определило актуальность темы исследования.

Область исследования: современный рынок антигистаминных лекарственных средств.

Объект исследования: ассортимент антигистаминных лекарственных средств в аптеке, факторы потребительского спроса.

Предмет исследования: нормативная документация, регламентирующая фармацевтическую деятельность, статистические данные по распространенности аллергии в мире, РФ, результаты анкетирования фармацевтического персонала и посетителей аптеки, товарные отчеты, инструкции на антигистаминные лекарственные препараты.

Гипотеза исследования: ассортимент антигистаминных лекарственных средств в аптеке г. Краснодара полностью удовлетворяет потребительский спрос, а хорошие знания первостольниками их фармакологии, умение выполнять синонимическую замену, позволяют повысить качество обслуживания посетителей аптеки за счет квалифицированного консультирования и информирования по правилам приема и хранения лекарственных средств (далее – ЛС) данной группы в домашних условиях.

Цель работы: исследование ассортимента и сравнительный анализ потребительского спроса на современные антигистаминные лекарственные средства в аптеке города Краснодара.

Задачи исследования:

1. Выполнить анализ нормативной документации и литературы по теме исследования.
2. Выполнить анализ статистических данных по распространенности аллергических заболеваний в мире и России.
3. Определить долю антигистаминных лекарственных средств в общем ассортименте аптеки.
4. Выполнить анализ структуры аптечного ассортимента современных антигистаминных лекарственных средств.
5. Проанализировать розничные продажи антигистаминных лекарственных средств по международному непатентованному наименованию и торговому наименованию по данным товарных отчетов.
6. Определить и ранжировать факторы потребительского спроса, удовлетворенность посетителей аптечным ассортиментом антигистаминных лекарственных средств по результатам их анкетирования.
7. Разработать материалы для санитарно-просветительной работы фармацевтического персонала аптеки.

Методы исследования: теоретический, социологический, аналитический, статистический (вычисление процентных соотношений).

Аллергию называют «чумой III тысячелетия», болезнью цивилизации. Всего три десятилетия назад аллергия встречалась у людей не так часто, не было даже единой статистики [2]. По статистике сейчас в мире от той или иной формы аллергии страдает от 20% до 40%

человек, то есть как минимум каждый пятый житель планеты – аллергик [1]. В России аллергией страдают 30% населения, в больших мегаполисах, таких как Москва – 15%, каждый третий житель Краснодарского края страдает аллергией – 35%. Наиболее часто (в 66% случаев) регистрируются аллергозы дыхательных путей, 20% больных страдают пищевой аллергией [3].

Анализ «Государственного реестра лекарственных средств» выявил 38 международных непатентованных наименований (далее – МНН) лекарственных средств, зарегистрированных в Российской Федерации и используемых при профилактике и лечении аллергических заболеваний. Они представлены 187 торговыми наименованиями (далее – ТН) лекарственных препаратов различных производителей, дозировок и лекарственных форм [4].

Далее мы определили долю антигистаминных лекарственных средств в общем ассортименте аптеки, она составила 7%. Для более полного анализа структуры аптечного ассортимента современных антигистаминных лекарственных средств мы проводили его по нескольким показателям: по поколениям, виду лекарственной формы, производителям, ценовой категории, условиям отпуска из аптеки и др.

Из 38 зарегистрированных МНН, доля лекарственных средств антигистаминного действия, относящихся к первому поколению, составляет 63%; ко второму – 32%; к третьему – 5% от общего количества наименований. В аптечном ассортименте антигистаминные препараты в таблетках составили большинство – 73% [4].

При анализе структуры аптечного ассортимента антигистаминных лекарственных средств установлено, что по признаку локализации организации-производителя лекарственных средств оказалось, что среди АГЛП преобладают препараты зарубежного производства – 55%. Лидирующую позицию в рейтинге зарубежных производителей АГЛП многие годы удерживает Индия, при этом ее доля составляет порядка 22% от общего объема поставок АГЛП по импорту.

Таким образом, можно констатировать, что в аптечном ассортименте находится необходимый и достаточный ассортимент АГЛП, обеспечивающий оказание полноценной фармакотерапевтической помощи пациентам, страдающим аллергическими патологиями [1].

Пациентам с различными видами аллергических реакций в аптеке могут предложить АГЛП различной ценовой категории: в 35% случаев это препараты до 100 руб за упаковку.

Для определения и ранжирования факторов потребительского спроса на антигистаминные лекарственные средства нами разработана анкета и выполнен опрос посетителей аптеки, приобретавших антигистаминные лекарственные препараты. Анкета содержала вопросы общего характера о поле, возрасте пациентов, а также специальные вопросы, позволяющие определить потребительские предпочтения.

В опросе приняло участие 65 человек обоих полов в возрасте от 18 до 65 лет, из которых 53% опрошенных посетителей аптеки сами страдают различными аллергическими заболеваниями, 47% посетителей покупали АГП для родственников.

В случае обострения аллергических заболеваний 48% обращаются к участковому врачу, 34% самостоятельно приобретут известный им противоаллергический препарат безрецептурного отпуска в ближайшей аптеке.

Наиболее ценным для респондентов потребительскими качествами приобретаемых ими антигистаминных лекарственных препаратов является эффективность – 34%. Менее половины – 42% респондентов придают значение производителю антигистаминных лекарственных препаратов. Что касается потребительских предпочтительной лекарственной формы противоаллергических лекарственных препаратов, то для большинства потребителей – это таблетки – 62%.

Информационно-просветительная и санитарно-профилактическая работа фармацевтического персонала аптеки является неотъемлемой и очень важной составляющей его профессиональной деятельности. Очень хорошей формой санитарного просвещения в аптеке является использование печатных лозунгов, плакатов, листовок, выставок, фотоснимков, и т.п. В ходе исследования для информационно-просветительной и санитарно-

профилактической работы фармацевтического персонала аптеки разработаны памятки «Профилактика аллергических заболеваний», которые используются в качестве раздаточного материала при отпуске АГП.

Выводы:

1. Аллергию называют «чумой III тысячелетия», болезнью цивилизации, всего три десятилетия назад аллергия встречалась у людей не так часто, не было даже единой статистики.

2. Как правило, не все аллергики обращаются за медицинской помощью, поэтому статистика не всегда отражает реальную картину заболеваемости.

3. По данным Краснодарского краевого аллергологического центра, причиной отказа больных от посещения кабинета аллерголога в 82% случаев является отсутствие времени, 43% больных считают заболевание неизлечимым, 12% надеются на то, что оно пройдет само собой, а 6% больных лечатся народными методами.

4. При всех очевидных достоинствах и недостатках антигистаминных препаратов того или иного поколения, решение о назначении должен принимать только квалифицированный специалист – врач-аллерголог.

5. Аллергические реакции могут давать очень серьезные осложнения, вплоть до анафилактического шока, поэтому антигистаминные лекарственные средства входят в перечни ЖНВЛП и минимального ассортимента, необходимых для оказания медицинской помощи, соответственно 4 и 2 МНН в различных лекарственных формах.

6. Таким образом, на основании результатов проведенного исследования можно констатировать, что в аптечном ассортименте находится необходимый и достаточный ассортимент АГЛП, обеспечивающий оказание полноценной фармакотерапевтической помощи пациентам, страдающим аллергическими патологиями.

7. Информационно-просветительная и санитарно-профилактическая работа фармацевтического персонала аптеки является неотъемлемой и очень важной составляющей его профессиональной деятельности.

Следовательно, цель и задачи исследования выполнены.

Гипотеза о том, что ассортимент антигистаминных лекарственных средств в аптеке г. Краснодара полностью удовлетворяет потребительский спрос, а хорошие знания первостольниками их фармакологии, умение выполнять синонимическую замену, позволяют повысить качество обслуживания посетителей аптеки за счет квалифицированного консультирования и информирования по правилам приема и хранения ЛС данной фармакотерапевтической группы в домашних условиях, подтверждена.

Список использованных источников:

1. РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ//О. В. Полякова, Е. Ю. Блинкова, В. В. Самохвалова, К. В. Степаненко//ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ВЕСТНИК № 1 (77). 2020. Том 14 – С. 3-10.

2. Фармакология: учебник / Р. Н. Аляутдин, Н. Г. Преферанский, Н. Г. Преферанская; под ред. Р. Н. Аляутдина. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 720 с.: ил.

3. Белая книга ВАО по аллергии: <http://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WAO-White-Book-on-Allergy.pdf> (дата обращения 14.01.2024).

4. Государственный реестр лекарственных средств/ Редакция 12.01.2024 / — zdravmedinform.ru (дата обращения 15.01.2024).

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА И ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА НА ФИТОПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АПТЕКЕ г. КРАСНОДАР

Лисицына Евгения Алексеевна

Пестова Полина Романовна

Руководители:

Пченушай Римма Руслановна

Хатит Сима Яхиевна,

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

В настоящее время при заболеваниях желудочно-кишечного тракта в качестве лечебных средств все шире используются лекарственное растительное сырье, лекарственные сборы, фитопрепараты [2]. Это связано с тем, что фитотерапия хорошо переносится пациентами, практически не давая нежелательных эффектов. Травы хорошо сочетаются друг с другом, их можно использовать одновременно с любыми другими методами лечения, которыми располагает современная медицина, что позволяет гораздо эффективнее и быстрее добиться выздоровления [1, 3]. Это и определило актуальность темы исследования.

Область исследования: фитотерапия желудочно-кишечных заболеваний.

Объект исследования: ассортимент и розничные продажи лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний в аптеке г. Краснодара.

Предмет исследования: нормативно-техническая документация, регламентирующая фармацевтическую деятельность; статистические данные по заболеваниям желудочно-кишечного тракта в Российской Федерации и Краснодарском крае, результаты анкетирования посетителей аптеки, товарно-транспортные накладные, товарные отчеты.

Гипотеза исследования: ассортимент лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний в аптеке г. Краснодара достаточно широк и разнообразен, что позволяет полностью удовлетворить назначения врачей и покупательский спрос.

Цель работы: исследование ассортимента и анализ розничных продаж лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний в аптеке г. Краснодара.

Задачи исследования:

1. Провести анализ нормативной документации и литературных источников по теме исследования.

2. Выполнить анализ ассортиментных позиций, ценовой политики лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний в аптеке.

3. Выполнить анализ розничных продаж лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний в аптеке по результатам анализа товарных отчетов.

4. Определить и ранжировать факторы, влияющие на предпочтения покупателей при выборе лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний в аптеке.

5. Разработать памятку населению по здоровому образу жизни и рациональному питанию «Профилактика желудочно-кишечных заболеваний», памятку «Правила приготовления и хранения водных вытяжек в домашних условиях» для санпросветработы фармацевтов аптеки.

Методы исследования: теоретический, аналитический, социологический, статистический.

Анализ статистических данных по распространенности заболеваний ЖКТ в Российской Федерации и Краснодарском крае показал, что заболевания органов пищеварения широко

распространены среди всех слоев населения и в разных возрастных группах составляют от 14 до 37%.

Анализ структуры ассортимента аптеки показал, что доля лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний в нем составляет 11% (рис. 1).

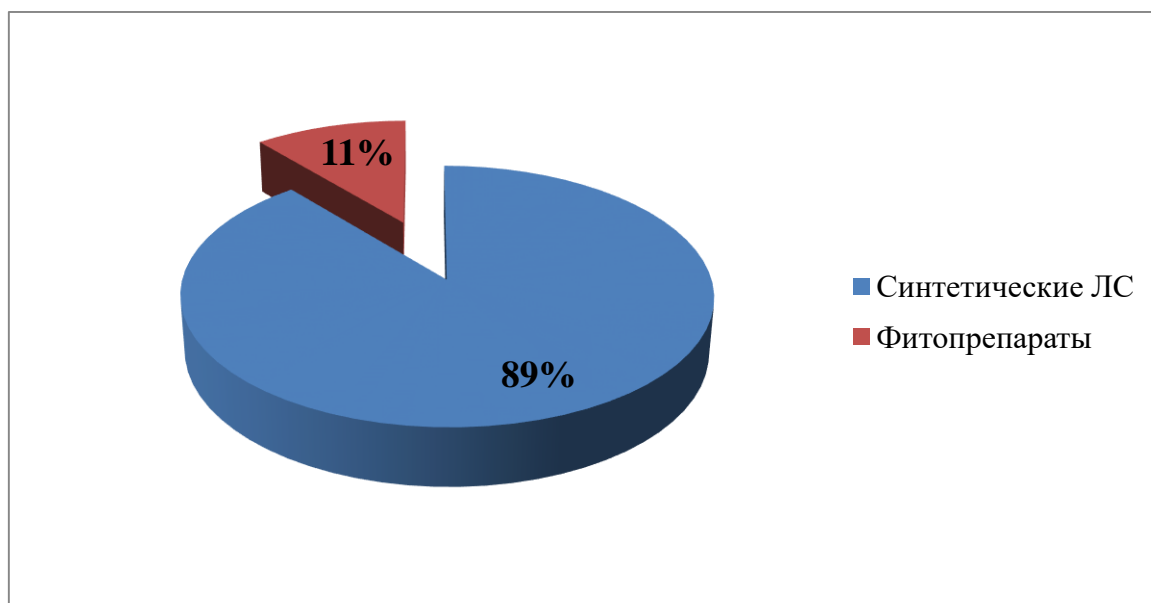


Рис. 1. Доля фитопрепаратов в общем ассортименте аптеки.

При анализе ассортимента лекарственных средств для лечения патологии ЖКТ оказалось, что доля фитопрепаратов в данной группе уже значительно выше и составляет 23%. В ассортименте аптеки представлены следующие группы лекарственных препаратов для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта: лекарственное растительное сырье, фитопрепараты слабительного действия (27%); лекарственное растительное сырье, фитопрепараты вяжущего действия (18%); лекарственное растительное сырье, фитопрепараты, оказывающие воздействие на секрецию пищеварительных желез (32%); лекарственное растительное сырье, фитопрепараты, оказывающие воздействие на печень и желчевыводящие пути (23%) (рис. 2).

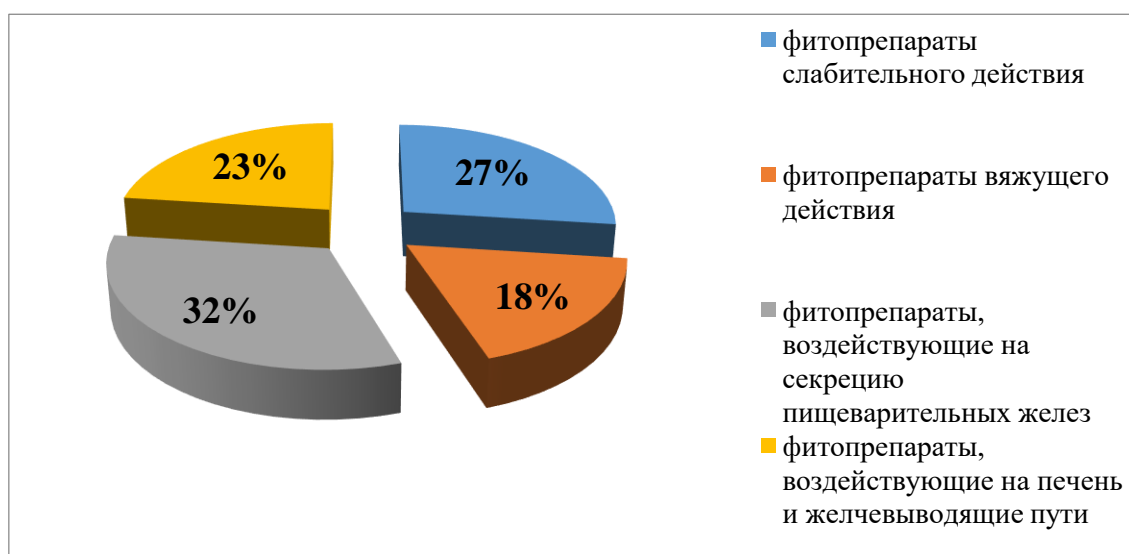


Рис. 2. Структура ассортимента желудочно-кишечных фитопрепаратов по фармакотерапевтическому действию.

В ходе исследования выполнен анализ потребительского спроса на различные по фармакотерапевтическому действию группы желудочно-кишечных фитопрепаратов.

Установлено, что в группе фитопрепаратов слабительного действия наибольшим потребительским спросом среди посетителей аптеки пользуются: сеннаде, глаксенна – 32%; лист сенны - 28%; сбор слабительный - 22%; регулакс – 18%.

На фитопрепараты вяжущего действия потребительский спрос распределился следующим образом: плоды черники – 35%; плоды черемухи – 30% кора дуба – 22%; соплодия ольхи – 13%.

На фитопрепараты, оказывающие воздействие на секрецию пищеварительных желез, потребительский спрос распределился следующим образом: корневище аира – 38%; трава золототысячника – 26%; корни одуванчика – 22%; трава полыни горькой – 14%.

На фитопрепараты, оказывающие воздействие на печень и желчевыводящие пути, потребительский спрос распределился следующим образом: аллохол – 26%; карсил – 22%; кукурузные рыльца – 18%; цветки бессмертника песчаного – 12%; сбор желчегонный – 10%; шрот расторопши – 8%; овесол – 4%.

При анализе структуры ассортимента фитопрепаратов для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта установлено, что монопрепараты составляют 12%, комбинированные фитопрепараты – 88%.

В ходе исследования установлено, что большая часть фитопрепаратов (65%) представлена зарубежными производителями и 35% отечественными производителями.

Среди зарубежных производителей Индия составляет 42%, Болгария – 18%, Германия - 16%, Венгрия - 8%, Австрия – 6%, Чехия - 5%, Великобритания – 3% и Франция - 2%.

В ходе исследования нами выполнена сравнительная характеристика стоимости желудочно-кишечных фитопрепаратов различных производителей, представленных в ассортименте аптеки, со средней стоимостью на эти же препараты в других аптеках города. Установлено, что средняя цена на фитопрепараты, представленные в аптеке не превышает значения средних цен по городу Краснодару.

В структуре ассортимента фитопрепаратов 42% из них представлено средней ценовой категорией (60 –100 руб.), 48% - ценами выше среднего от 150 до 600 руб. В продаже имеются также фитопрепараты стоимостью выше 600 рублей (10%).

Анализ розничных продаж желудочно-кишечных фитопрепаратов проводился нами на основе результатов товарных отчетов за период с января по май 2023 года.

Установлено, что объемы розничных продаж фитопрепаратов и БАДов для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта подвержены сезонным колебаниям, причем пик продаж фитопрепаратов данной группы пришелся на январь 2023 года. По нашему мнению это объясняется двумя причинами, во-первых, в январе много праздников, люди много кушают вредной, но очень вкусной пищи, принимают алкоголь, а во-вторых, в зимне-весенний период заболевания желудочно-кишечного тракта всегда обостряются. Если принять объем продаж фитопрепаратов и БАДов за этот период за 100%, то продажи по месяцам составили: январь – 42%; февраль – 25%; март – 19%; апрель – 10%; май – 4%.

Анализ результатов анкетирования посетителей позволил определить основные факторы, влияющие на спрос на фитопрепараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Установлено, что наиболее значимыми факторами, мотивирующими потребителей на покупку желудочно-кишечных фитопрепаратов, являются: эффективность и безопасность средств - 38%; совет фармацевта 32%; назначение врача - 19%; реклама в СМИ - 8%; совет друзей, соседей 7%.

При выборе аптеки для приобретения для потребителей основными факторами были: ценовая политика - 35%; месторасположение аптеки (близость к дому, работе) – 32%; квалификация фармацевта (возможность консультации) – 21%; качество обслуживания – 12%.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы.

1. По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в XXI веке патология органов пищеварения займет ведущее место в структуре заболеваемости, наряду с сердечно-сосудистыми болезнями.

2. При лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта назначение фитопрепаратов с их мягким и широким действием является весьма целесообразным, т.к. биологически активные вещества растений более родственны человеческому организму по своей природе, они биодоступны, случаи индивидуальной непереносимости и осложнений редки.

3. Наиболее значимыми факторами, мотивирующими потребителей на покупку желудочно-кишечных фитопрепаратов, является их эффективность и безопасность.

4. При выборе аптеки для приобретения желудочно-кишечных фитопрепаратов для потребителей основными факторами являются ценовая политика, полнота ассортимента, качество обслуживания

Следовательно, цель и задачи исследования выполнены. Гипотеза о том, что ассортимент лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний в аптеке г. Краснодара достаточно широк и разнообразен, что позволяет полностью удовлетворить назначения врачей и покупательский спрос, подтверждена. Результаты исследования могут быть полезны руководству аптеки при формировании аптечного ассортимента лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний.

Разработана памятка населению по здоровому образу жизни и рациональному питанию «Профилактика желудочно-кишечных заболеваний», памятка «Правила приготовления и хранения водных вытяжек в домашних условиях», которые используются фармацевтами-первостольниками аптеки в качестве раздаточного информационно-просветительного материала при отпуске лекарственного растительного сырья, лекарственных сборов и фитопрепаратов для лечения желудочно-кишечных заболеваний.

Список использованных источников: Пашинский В.Г. *Лечение травами*, - Л., Медицина, 2018. - 202 с. : ил.

1. Пашинский В.Г. *«Растения в терапии и профилактике болезней»*, Л., Медицина, 201.- 216 с. : ил.

2. Жохова, Е. В. *Фармакогнозия [Электронный ресурс]: учебник / Е. В. Жохова [и др.]*. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 544 с. : ил.

ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Рагимова Ксения Романовна

Хорошева Анна Александровна

Руководитель: Борискова Ирина Валерьевна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

В настоящее время нуждаемость населения в использовании ортодонтических конструкций для лечения аномалий зубных рядов, как у детей, так и у взрослых, остается высокой. Чтобы предотвратить преждевременный выход из строя ортодонтических аппаратов, исключить возможное изменение их качественных характеристик, исключить появление возможных стоматологических заболеваний, необходим точный индивидуальный комплексный подход в планировании их конструкции, выполнение технологических норм при изготовлении, и соблюдение определенных условий хранения и гигиены конструкций. Как врачу стоматологу, так и зубному технику, необходимо знать современные гигиенические

стандарты для ортодонтических пациентов и транслировать эти знания стоматологическим больным. Это определило актуальность темы исследования.

Область исследования: гигиена полости рта при использовании ортодонтических конструкций и аппаратов.

Объект исследования: методы и средства для оптимизации гигиены полости рта, ухода за ортодонтическими аппаратами при ортодонтическом лечении.

Предмет исследования: технология изготовления расширяющей пластинки с раздвижным винтом, материалы и оборудование, необходимые для изготовления данной ортодонтической конструкции и ухода за ней.

Гипотеза: рациональная гигиена полости рта, использование современных методов, средств и техник ухода за полостью рта, ортодонтическими аппаратами и конструкциями, позволяют снизить риск возникновения стоматологических заболеваний у лиц, проходящих ортодонтическое лечение.

Цель исследования: анализ особенностей гигиены полости рта у пациентов с ортодонтическими конструкциями на примере изготовленного ортодонтического аппарата с винтом для пациента стоматологической клиники.

Задачи исследования:

1. Выполнить анализ учебной и специальной медицинской литературы по теме исследования.
2. Провести анализ уровня гигиены полости рта у лиц с ортодонтическими конструкциями по результатам анкетирования пациентов стоматологической клиники.
3. Разработать технологическую схему изготовления расширяющей пластинки с раздвижным винтом для пациента стоматологической клиники.
4. Разработать информационный материал по уходу за различными ортодонтическими конструкциями и гигиене полости рта при их использовании.

Методы исследования:

- теоретический (анализ литературных источников), научно-исследовательский (изучение мер по профилактике стоматологических заболеваний, полученных вследствие использования нерационально изготовленных ортодонтических конструкций), социологический (анкетирование), статистический (вычисление процентных соотношений), практический (изготовление расширяющей пластинки с раздвижным винтом), метод научного моделирования (разработка санитарно-просветительного материала).

В ходе исследования проведен обзор и анализ современных предметов, методов и средств ухода за полостью рта, рекомендуемых пациентам с ортодонтическими конструкциями. Выявлено, что их в современной стоматологической практике имеется огромное разнообразие, все они имеют свои особенности и должны быть рекомендованы индивидуально каждому пациенту с учетом возраста, клинической ситуации в полости рта и вида ортодонтической конструкции. Было установлено, что при ортодонтическом лечении используются различные виды съемных конструкций (ортодонтические аппараты и пластинки), которые применяются у детей, и несъемные ортодонтические конструкции (брекет-системы), которые применяются у подростков и взрослых. Соответственно, методы и средства гигиены полости рта и ухода за конструкциями, также имеют свои особенности и рекомендации к применению, в связи с чем произведено их ранжирование и разработаны памятки для пациентов по уходу за различными видами съемных и несъемных ортодонтических конструкций. Для несъемных ортодонтических конструкций рекомендованы: специальная зубная щетка «ortho» с V-образным вырезом на щетине, флоссы, суперфлоссы, монопучковая зубная щетка, ершики для очищения межзубных промежутков, ирригаторы, ополаскиватели для полости рта, зубная щетка, зубная паста.

Для ухода за съемными ортодонтическими конструкциями показаны: мягкая зубная щетка, чистящий гель для ежедневной очистки аппарата, ферментные таблетки для глубокой

очистки пор в базисе аппарата от белковых отложений, концентрированный раствор для глубокого очищения аппарата, сухой герметичный контейнер для хранения пластинки.

Для изучения уровня гигиенической грамотности пациентов по вопросам особенностей гигиены полости рта для лиц с ортодонтическими конструкциями была разработана анкета и проведено индивидуальное анкетирование пациентов стоматологической клиники, использующих ортодонтические конструкции. При анкетировании пациентов детского возраста, со съёмными ортодонтическими пластинками, на вопросы анкеты отвечали родители, которые, соответственно, и проводят индивидуальную гигиену полости рта ребёнку и осуществляют уход за ортодонтическими конструкциями.

Анализ результатов анкетирования показал, что получают информацию о мерах по уходу за ортодонтическими конструкциями и полостью рта при ортодонтическом лечении от врача-стоматолога - 20%, от врача-гигиениста - 15%, из средств СМИ - 32%, от лиц без профессионального образования - 23%, не имеют информации по уходу - 10%. Используют дополнительные специальные средства индивидуальной гигиены полости рта лишь 68% пациентов, причем, из них, флоссами пользуются - 46%, ирригаторами - 11%, ополаскивателями - 62%, межзубными ершиками - 58%, специальными ортодонтическими зубными щетками - 47%, одновременно используют все рекомендованные средства гигиены лишь - 25% опрошенных. Для съёмных ортодонтических аппаратов используют специальную зубную щетку - 32%, специальные ферментные таблетки или растворы для очистки аппаратов - 35%, не используют дополнительные специальные средства гигиены - 33%, используют комплексно и таблетки (растворы) и специальную зубную щетку - 28%.

Посещают врача-гигиениста или врача-стоматолога с целью профилактического осмотра: раз в год - 43%, раз в полгода - 34%, не посещают - 23%.

Регулярно проводят профессиональную гигиену полости рта: раз в полгода - 9%, раз в год - 18%, проводили лишь перед началом ортодонтического лечения - 66%, не проводили гигиену никогда - 7% опрошенных. Знают о правилах ухода за ортодонтическими конструкциями и полостью рта, но не выполняют рекомендации врача-стоматолога 26% опрошенных.

По результатам анализа анкетирования можно сделать вывод, что уровень знаний пациентов с ортодонтическими стоматологическими конструкциями по вопросам гигиенического ухода за полостью рта является недостаточным, что обуславливает необходимость проведения стоматологического просвещения в период ортодонтического лечения и на этапах динамического наблюдения.

В ходе исследования разработаны материалы для санитарно-просветительской работы: памятки для пациентов, с целью профилактики заболеваний в результате нерационального ухода за данными конструкциями и полостью рта при их использовании, предотвращения возможных осложнений при использовании ортодонтических конструкций.

Выводы:

1. Анализ специальной медицинской литературы, подтвердил, что отдаленные результаты ортодонтического стоматологического лечения зависят от соблюдения пациентами рекомендаций по гигиеническому уходу за полостью рта и ортодонтическими конструкциями.
2. Анализ результатов анкетирования пациентов с ортодонтическими конструкциями показал недостаточный уровень знаний по вопросам гигиенического ухода за полостью рта и аппаратами, несмотря на существование множества современных предметов, методов и средств гигиенического ухода для данной категории пациентов.
3. Разработанные в ходе выполнения исследовательской работы санитарно-просветительные материалы по уходу за полостью рта и конструкциями для ортодонтических пациентов, могут быть использованы в практической стоматологической деятельности.

Список использованных источников:

1. Аболмасов, Н.Г. Ортопедическая стоматология: учебник для студ. 11 изд., МЕДпресс-информ, 2020.- 556 с.

2. Персин, Л. С. «Стоматология детского возраста. Учебник. В 3-х частях. Часть 3. Ортодонтия» / Персин, Л. С. // ГЭОТАР-Медиа, Москва - 2016 г. – раздел 6, С. 19.
3. Персин, Л. С. «Брекет-системы. Современный взгляд» / Персин Л. С., Мерзвинская Е. И // ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2019 – 128 с.
4. Улитовский, С.Б. Средства индивидуальной гигиены рта : учеб. для последиплом. образования : для непрерывного мед. образования (НМО) врачей-стоматологов / С.Б. Улитовский. – М. : Спец. изд-во мед. кн., 2018. – 200 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Соколова Елизавета Евгеньевна

Пудлич Дмитрий Анатольевич

Руководители:

Осетрова Любовь Сергеевна

Болдырев Владимир Анатольевич

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

В настоящее время распространенность артериальной гипертензии носит эпидемический характер, и проблему артериальной гипертензии можно расценивать как масштабную неинфекционную пандемию. В связи с этим восстановительное лечение пациентов с артериальной гипертензией на всех этапах реабилитации становится особенно актуальным.

В работе выполнено исследование значения сестринского ухода и наблюдения в повышении эффективности восстановительного лечения пациентов с гипертонической болезнью на стационарном этапе реабилитации.

Область исследования: реабилитация пациентов с артериальной гипертензией.

Объект исследования: реабилитационная деятельность медицинской сестры в восстановительной терапии артериальной гипертензии на стационарном этапе реабилитации.

Предмет исследования: нормативная документация, должностная инструкция медицинской сестры, статистические данные по артериальной гипертензии в РФ и Краснодарском крае, методы реабилитации на различных стадиях восстановительного лечения артериальной гипертензии, амбулаторные карты пациентов, результаты анкетирования пациентов.

Гипотеза исследования: реабилитационная деятельность медицинской сестры в восстановительной терапии артериальной гипертензии увеличивает период ремиссии, нормализует психоэмоциональное состояние, повышает уровень сопротивляемости организма, качество жизни пациента.

Цель работы: исследование роли медицинской сестры в комплексном лечении и реабилитации пациентов с артериальной гипертензией на стационарном этапе реабилитации.

Задачи исследования:

1. Выполнить анализ статистических данных о распространённости пациентов с артериальной гипертензией среди населения в мире, России, Краснодарском крае.
2. Определить и ранжировать, факторы риска возникновения артериальной гипертензии у пациентов по результатам анализа историй болезни.
3. Определить степень осведомленности пациентов о методах реабилитации артериальной гипертензии по результатам анкетирования.
4. Разработать и обосновать программу реабилитации пациентов с артериальной гипертензией на стационарном этапе.

5. Разработать памятку «Профилактика артериальной гипертензии» для пациентов.

Методы исследования: теоретический, аналитический, социологический, статистический.

Для подтверждения актуальности темы исследования выполнен анализ статистических данных по заболеваемости артериальной гипертензией в России и Краснодарском крае.

Сердечно-сосудистые заболевания, и артериальную гипертензию, в частности, называют эпидемией XXI века. По оценкам Всемирной организации здравоохранения в настоящее время от артериальной гипертензии страдает каждый пятый житель нашей планеты (около полутора миллиардов людей), а в России, по данным статистики, каждый третий [3].

Наша страна стоит на третьем месте по заболеваемости гипертонией, после США и Евросоюза. По статистике Минздрава РФ и РАМН в РФ гипертонией болеют около 40 % всего населения: 58,7% женщины, 37,8% мужчины, 3,5%– дети и подростки (диаграмма 1).

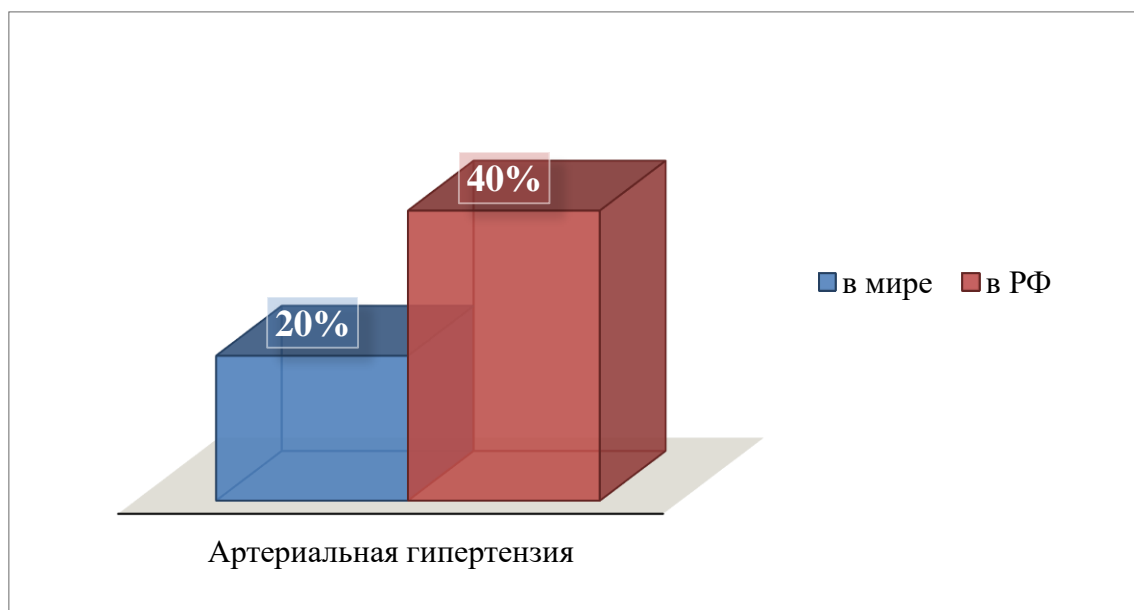


Диаграмма 1. Анализ статистических данных по распространенности АГ в мире и в РФ

Но если раньше в мире болезнь в основном диагностировалась у людей старше сорока, то теперь около 33,4% гипертоников - это молодые люди, 7,2% подростки и 2% дети. Артериальная гипертензия по данным ВОЗ ежегодно уносит жизни более 70% больных.

Для проведения исследования нами проанализированы истории болезни 23 пациентов, поступивших на стационарное лечение в кардиологическом отделении: 65% - женщины (15 пациентов), 35% - мужчины (8 пациентов). Артериальное давление чаще повышается у людей, злоупотребляющих соленой, жирной пищей, алкоголем, при стрессовых ситуациях, повышении уровня холестерина, курении, низкой физической активности, отягощенной наследственности. В ходе анализа историй болезни мы определили и ранжировали факторы риска развития артериальной гипертензии. На первом месте у обследованных пациентов выявлено наличие острого или хронического *стресса* (23 респондента - 100% обследованных);

- *гиподинамия*, на втором месте, выявлена у 17 респондентов (73,5 % обследованных).
- *несбалансированное питание* и злоупотребление поваренной солью, как фактор риска выявлено у 16 респондентов (68,0 % обследованных человек);
- *избыточная масса* тела, выявлена у 15 респондентов (65,2% от числа обследованных) которая, по данным эпидемиологических исследований, влияет на тяжесть гипертонической болезни и повышает риск осложнений;
- *употребление алкоголя* (5 чел. – 21,7 % от числа обследованных); ежедневное употребление алкоголя способствует повышению АД на 5-6 мм рт. ст.

- *курение* выявлено у 12 обследованных пациентов (52% от общего числа), табачный дым вызывает спазм сосудов и дисфункцию эндотелиального слоя артерий, что способствует образованию атеросклеротических бляшек, увеличивая риск сосудистых катастроф;
- наследственный фактор у 4 пациентов (17,4 % обследованных) (диаграмма 2).

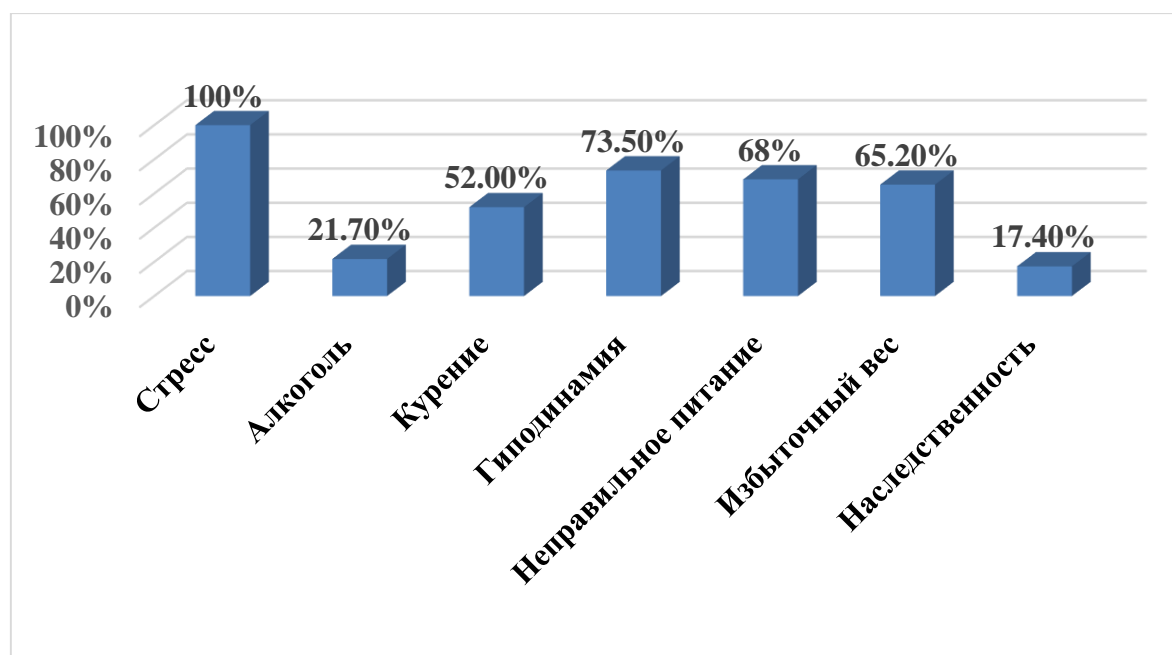


Диаграмма 2. Факторы риска артериальной гипертензии

Всем пациентам назначались гипотензивные препараты разных групп: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -блокаторы, антагонисты кальция и диуретики, сартаны. В 95% случаях пациентам назначалась комбинация этих препаратов. Препараты вводились как энтерально, так и парентерально. В среднем, пациенты находили на лечении в стационаре не более 2 недель. Пациенты были выписаны с улучшением. Всем пациентам было рекомендовано наблюдение в поликлинике по месту жительства, ЛФК, физиотерапия.

Далее для подтверждения освоения видов деятельности, общих и профессиональных компетенций разработана и выполнена программа реабилитации пациентов с гипертонической болезнью на 2-х конкретных клинических примерах.

Пациент **Х**, мужчина, 48 лет. Поступил в отделение экстренно с гипертоническим кризом. На фоне стресса возникла пульсирующая головная боль, головокружение, тошнота, рвота, «сетка» перед глазами, сердцебиение, внутренняя дрожь, ощущение тяжести за грудиной, потливость, испытывает страх (у отца инсульт на фоне высокого АД). По данным ЭКГ - гипертрофия левого желудочка без органических изменений.

Пациент **У**, женщина, 55 лет. Направлена в кардиологическое отделение. Жалобы на головные боли, тяжесть в голове, отечность век по утрам, одутловатость лица, пастозность рук, онемение пальцев. АД повышено постоянно в течение суток в пределах 180/110 мм.рт.ст. Пульсовая амплитуда АД не высокая. Брадикардия.

Проведение реабилитационных мероприятий при артериальной гипертензии направлено на достижение и поддержание контроля над заболеванием (достижение целевого уровня) артериального давления.

С этой целью используется комплекс лечебно-восстановительных мер, включающий организацию лечебно-охранительного и диетического режима, применение массажа, лечебной физической культуры, методов физиотерапии и педагогического воздействия [1, 2].

При лечении и реабилитации гипертонической болезни важно не только снижение артериального давления, но также коррекция и максимально возможное снижение риска

осложнений. Полностью излечить гипертоническую болезнь невозможно, но вполне реально возможно остановить ее развитие и уменьшить частоту возникновения кризов.

Гипертоническая болезнь требует объединения усилий пациента и медицинского персонала для достижения общей цели [1, 2].

ВЫВОД: программа полной реабилитации пациентов с гипертонической болезнью, разработанная с учетом их анамнестических данных, способствует нормализации показателей артериального давления, препятствует развитию осложнений АГ, улучшает общее состояние и качество жизни пациентов с АГ.

Следовательно, цель и задачи исследования выполнены.

Гипотеза о том, что реабилитационная деятельность медицинской сестры в восстановительной терапии артериальной гипертензии способствует достижению целевых значений артериального давления, увеличивает период ремиссии, нормализует психоэмоциональное состояние, повышает уровень сопротивляемости организма, качество жизни пациента, подтверждена.

Список использованных источников:

1. Александров В.В., Аглазин А.И. Основы восстановительной медицины и физиотерапии. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2022. – 327 с.
2. Барсуков, А.В. Гипертоническое сердце в терапевтической практике. Барсуков А.В. / А.В. Барсуков. - Москва: Мир, 2021. – 243 с.
3. Кобалава Ж.Д. Новое во взглядах на артериальную гипертонию. М.: Медицина, 2023. 454 с.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ НА ПРИМЕРЕ ГРИППА И ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Терновая Алина Константиновна

Щербаева Полина Викторовна

Руководители:

Ротаренко Инна Викторовна

Болдырев Владимир Анатольевич

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Актуальность исследования обусловлена тем, что успех лечения гриппа и ОРВИ во многом зависит от сестринского ухода и наблюдения. Медицинская сестра должна знать симптомы этих заболеваний, чтобы вовремя оказать помощь пациенту и оградить других от очага инфекции, а также проводить профилактику в периоды высокой заболеваемости воздушно-капельными инфекциями [1].

Область исследования: грипп и ОРВИ.

Объект исследования: современные аспекты сестринского ухода и наблюдения при воздушно-капельных инфекциях на примере гриппа и острых респираторных вирусных инфекциях.

Предмет исследования: нормативная документация, регламентирующая сестринский уход и наблюдение, Этический кодекс медицинской сестры России, амбулаторные карты, алгоритмы сестринских манипуляций, результаты анкетирования пациентов.

Гипотеза исследования: медицинская сестра играет важную роль в выявлении факторов риска, лечении и профилактике воздушно-капельных инфекций, сестринский уход и наблюдение способствует скорейшему выздоровлению и восстановлению пациента с учетом его нужд и потребностей.

Цель работы: исследование современных аспектов сестринского ухода и наблюдения при воздушно-капельных инфекциях на примере гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в поликлинике города Краснодара.

Задачи исследования:

1. Выполнить анализ нормативно-правовой документации, литературы по теме исследования, статистических данных по заболеваемости гриппом и ОРВИ в Российской Федерации, Краснодарском крае.

2. Определить и ранжировать факторы риска развития гриппа, ОРВИ по результатам анализа амбулаторных карт.

3. Разработать и реализовать план сестринского ухода и наблюдения за пациентом с гриппом/ОРВИ на конкретном клиническом примере.

4. Разработать материалы для информационной и санитарно-просветительной работы медицинской сестры по профилактике и лечению гриппа, ОРВИ.

Методы исследования: теоретический, социологический, научного исследования (анализ, синтез, сравнение, сопоставление), статистический (вычисление процентных соотношений).

Анализ статистических данных по инфекционным заболеваниям населения Российской Федерации показал, что заболеваемость гриппом и ОРВИ в разных возрастных группах составляет 90% в общей структуре всей инфекционной заболеваемости [2].

В 2022 году отмечалось незначительное снижение заболеваемости ОРВИ, переболело около 21% населения страны, что связано, по нашему мнению, с увеличением охвата населения вакцинацией против гриппа, достигнутыми успехами в лечении КОВИД-19.

Согласно данным по заболеваемости гриппом и ОРВИ в Краснодарском крае также прослеживается умеренная тенденция к снижению.

Далее на основе анализа данных 25 амбулаторных карт пациентов определены и ранжированы факторы риска развития гриппа, ОРВИ.

У пациентов, обратившихся в поликлинику за медицинской помощью, выявлены следующие факторы риска: отсутствие вакцинации против гриппа, наличие хронических заболеваний, молодой возраст, профессия, требующая контакта с большим количеством людей (воспитатели, учителя, работники сферы услуг).

В ходе исследования разработан и выполнен план сестринского ухода и наблюдения за пациентом с ОРВИ, который получил одобрение лечащего врача и способствовал полному выздоровлению пациента.

Далее определена степень информированности пациентов по профилактике гриппа и ОРВИ, их осложнений, удовлетворенности сестринским уходом и наблюдением по результатам опроса, для этого разработана анкета и проведен опрос. Опрошено 32 респондента, из них 24 женщины 20-40 лет и 8 мужчин 25-45 лет.

На вопрос: «Знаете ли Вы, что такое ОРВИ и грипп?», 70% опрошенных ответили, что знают. Все 100% опрошенных болели когда-либо гриппом или ОРВИ. На вопрос: «Как Вы считаете, грипп и ОРВИ – опасные заболевания?» 55% опрошенных ответили «да», 10% «нет», остальная часть респондентов затруднилась с ответом.

На вопрос: «Ваши действия при заболевании гриппом или ОРВИ?» из 40 опрошенных 50% сразу обращаются к врачу. 60% опрошенных считают себя достаточно информированными по вопросам профилактики гриппа и ОРВИ. 70% респондентов никогда не ходят на работу с возможными симптомами заболевания.

На вопрос: «Какие меры Вы принимаете для профилактики гриппа и ОРВИ?» 55% опрошенных ответили – прием витаминов, закаливающие процедуры, рациональное питание.

65% опрошенных знают, что такое вакцинация, ее пользу и возможные осложнения, которые возникают крайне редко. 67% респондентов проводят вакцинацию согласно Национальному календарю прививок. На вопросы: «Как Вы оцениваете эффективность вакцинопрофилактики?» и «Как Вы относитесь к вакцинации?» 80% респондентов ответили, что прививка может предотвратить болезнь и является необходимой мерой, которую нужно сделать обязательной, вне зависимости от желания пациента. У 70% респондентов нет

негативного отношения к вакцинации, 75% получили информации о необходимости вакцинации от медицинского персонала поликлиники. 96% респондентов удовлетворены полностью сестринским уходом и наблюдением, а у 4% – еще остались вопросы по поводу вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний.

Санитарно-просветительная и профилактическая работа является важной составляющей сестринского ухода и наблюдения при гриппе и ОРВИ. Направлена на гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к участию в охране здоровья.

Работа среднего медицинского персонала в этом направлении играет важную роль в профилактике заболеваний, в сохранении и укреплении здоровья, в формировании здорового образа жизни, повышении трудоспособности, достижении и сохранении активного долголетия

Разработаны памятка «Профилактика гриппа и ОРВИ», справочника «Лекарственные средства для лечения гриппа» для использования в учебных целях, памятка «Фитотерапия в комплексном лечении и реабилитации пациентов с гриппом и ОРВИ», которые используются в качестве раздаточного материала на терапевтическом участке поликлиники.

Выводы:

1. Заболеваемость гриппом и ОРВИ составляет 90% в структуре общей инфекционной заболеваемости.

2. Проведенный анализ статистических данных показывает, что грипп и ОРВИ на сегодняшний день занимают ведущее место в общей структуре инфекционной заболеваемости, однако, в течение последних лет наблюдается снижение показателей заболеваемости гриппом, ОРВИ в Российской Федерации и Краснодарском крае, что связано с увеличением охвата населения вакцинацией против гриппа.

4. Анализ данных амбулаторных карт пациентов показал, что основными факторами риска развития гриппа и ОРВИ являются переохлаждение, снижение иммунной защиты, детский, пожилой и старческий возраст.

5. Разработанный и реализованный план сестринского ухода и наблюдения за пациентом с гриппом и ОРВИ был одобрен лечащим врачом и дал положительную динамику лечебного процесса, способствовал предотвращению развития осложнений, полному выздоровлению пациента.

6. Памятки используются в качестве раздаточного материала для информационной и санитарно-просветительной работы медицинской сестры по лечению и профилактике гриппа, ОРВИ, что способствует профилактике воздушно-капельных инфекций, а также их осложнений.

Следовательно, цель и задачи исследования выполнены.

Гипотеза о том, что медицинская сестра играет важную роль в выявлении факторов риска, лечении и профилактике воздушно-капельных инфекций, сестринский уход и наблюдение способствует скорейшему выздоровлению и восстановлению пациента с учетом его нужд и потребностей, подтверждена.

Подтверждено освоение видов деятельности, общих и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС СПО по специальности 34.02.01. Сестринское дело.

Список использованных источников:

1. *Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия / Под ред. О.И.Киселева, И.Г. Маринича, А.А. Сомининой. – СПб.: Боргес, 2019. – 245 с.*

2. *Журавлев, В. И. Сестринский уход при инфекционных заболеваниях : учебное пособие для спо / В. И. Журавлев. – 4-е изд., стер.– Санкт-Петербург : Лань, 2024. – 492 с.*

САХАРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОСОМАТИКИ

Худолей Ольга Ивановна

Руководитель: Черткова Лина Петровна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

В наше время большинство людей любят сладости, однако, если для одних это небольшое и контролируемое лакомство, то для других это уже привычка, приносящая вред всему организму, вызывая различные заболевания.

Не удивительно, что сейчас огромное число людей подвергаются этой проблеме, потому как почти во все продукты производители добавляют сахар: в соусы, колбасы, хлебобулочные изделия, молочные продукты - из-за этого у человека возникает привыкание и поэтому порой, чтобы полностью удовлетворить своё желание, ему необходимо вместо одной дольки шоколада, съесть всю плитку.

Так что же такое сахарная зависимость? Сахарной зависимостью можно назвать сильную и часто неконтролируемую потребность и тягу к сладким продуктам, она сравнима с наркотической зависимостью, ведь у человека возникает ломка, чтобы почувствовать вкус глюкозы во рту.

Основными причинами сахарной зависимости являются:

1. Биологические аспекты:

- потребление сладких продуктов стимулирует высвобождение дофамина в мозге, что ассоциируется с чувством удовольствия;
- генетическая предрасположенность на предпочтение сладкого;
- физиологические механизмы, связанные с потреблением сладких продуктов: инсулинорезистентность может усиливать тягу к сладкому в поисках удовлетворения.

К причинам также можно отнести и эволюционные аспекты. Эволюционно организм человека стремился к высококалорийным продуктам для выживания, а сладкий вкус считался признаком энергетической пищи, наверное, поэтому так сложилось, что нам иногда удобнее и вкуснее съесть сладкий батончик.

2. Эмоциональное удовлетворение. Некоторые продукты ассоциируются с определенными эмоциями и воспоминаниями, и их употребление может поднимать настроение. Например, мороженое или попкорн могут ассоциироваться с веселыми вечерами или прогулками, что делает их предпочтительными в периоды радости. В то время как другие люди, наоборот, могут предпочитать здоровую пищу, чтобы контролировать свое эмоциональное состояние.

Эмоции могут влиять и на способ восприятия вкуса, и на выбор диеты и диетических привычек. К примеру, стресс может сделать продукты менее или более привлекательными. Это объясняет, почему в периоды стресса человек может обращаться к сладкому или к более ярким вкусам.

3. Социокультурные аспекты.

Общественное влияние событий, традиции и социальные ожидания могут формировать эмоциональные ассоциации с определенными продуктами и воздействовать на выбор пищи. Изучение этой связи между эмоциями и выбором пищи может помочь в понимании механизмов пищевого поведения, формировании пищевых привычек и разработке стратегий управления эмоциональным поеданием для поддержания здорового образа жизни.

4. Психологический компонент. В отличие от естественной потребности в пище, пищевая зависимость имеет сильный психологический аспект. Это не просто физиологическая потребность, но и психологическая зависимость от определенного вида продуктов, которая может привести к привычке и трудностям в контроле. Человек может ощущать сильное влечение к сладкому, несмотря на наличие чувства сытости. Люди, страдающие от пищевой зависимости от сладкого, могут испытывать потерю контроля над количеством

употребляемых сладких продуктов. Они могут съесть больше, чем планировали, даже если осознают негативные последствия.

Желание съесть сладкое и последующее его употребление могут стать частью цикла, в котором удовлетворение от сладкого только временно облегчает негативные эмоции.

Как и в случае с зависимостью от веществ, с течением времени может развиваться привыкание, что может требовать увеличения количества употребляемой глюкозы для достижения того же удовольствия.

Люди, страдающие от зависимости от сладкого, могут чувствовать стыд или испытывать трудности в признании проблемы. Они могут пытаться скрыть свое потребление или оправдывать его перед собой.

Сахарная зависимость развивается постепенно, проходя через несколько эмоциональных и физических этапов. Однако, стоит отметить, что сахарная зависимость может иметь индивидуальные особенности и отличаться у разных людей.

Этапы развития зависимости;

1 этап. В начале человек потребляет сахар в разумных пределах, в основном для удовлетворения желания насладиться сладким или при добавлении в пищу для улучшения вкуса.

2 этап. Увеличение потребления. В процессе времени количество потребляемого сахара может увеличиваться, так как организм привыкает к сладкому вкусу и требуется больше глюкозы, чтобы получить тот же уровень удовлетворения.

3 этап. Постепенно потребляемое количество сахара увеличивается, так как организм приспосабливается к нему, приводя к потере чувствительности к сладкому вкусу.

4 этап. Возникновение физиологической зависимости. Человек начинает чувствовать, что без употребления сахара его настроение становится хуже, появляется раздражительность и слабость.

5 этап. Возникновение психологической зависимости. Человек начинает испытывать чувство беспокойства при мысли об отказе от сахара, становится труднее контролировать свои желания и потребности.

6 этап. В конечном итоге развивается полноценная зависимость, когда человек испытывает трудности в контроле своего потребления и сталкивается с отрицательными последствиями отказа от сахара.

Рассмотрим некоторые последствия этой зависимости на здоровье человека.

1. Физические последствия –из-за избыточной калорийности и углеводов в пище может развиваться ожирение, что также в последствии вероятнее всего вызовет у человека нелюбовь к себе; увеличивается риск развития заболеваний сердца и сахарного диабета; происходит нарушение пищеварения, включая синдром раздраженного кишечника. Сахар может оказывать влияние на уровень гормонов стресса и воспаления в организме, что в свою очередь может привести к ухудшению общего здоровья и увеличению риска заболеваний.

2. Психологические последствия - развитие депрессии и тревожности. Потребление сахара приводит к изменениям уровня глюкозы в крови, что, в свою очередь, может вызвать изменения настроения и ухудшение психического состояния. Хотя сахар и обеспечивает краткосрочный прилив энергии, однако после этого человек часто чувствует усталость и слабость.

Умеренное потребление сахара в соответствии с рекомендациями врачей и уход за своим психическим здоровьем могут помочь предотвратить эти последствия.

Но как же решить проблему?

1. Узнать и понять свои травмы, вызывающие негативные эмоции. Разобраться, что именно заставляет вас достигать сладких продуктов. Это может быть стресс, скука, усталость, эмоциональное выгорание или невосприятие себя.

2. Развивать здоровые стратегии управления стрессом. Вместо того чтобы прибегать к сладостям в ответ на стрессовые ситуации, можно попробовать медитацию, йогу, глубокое дыхание или другие способы расслабления.

3. Найти альтернативы. Искать другие способы получения удовольствия и радости, которые не связаны с потреблением сахара. Это может быть занятие спортом, рисование, чтение книги или общение с близкими.

4. Работать над саморегуляцией. Постепенно улучшать свою способность контролировать себя и принимать осознанные решения.

5. Обратиться к психологу. Если вы не можете самостоятельно справиться с зависимостью, обратитесь к профессионалу. Психолог поможет вам разобраться в её причинах и разработать индивидуальный план по её преодолению.

6. В крайнем случае, стараться заменять вредные десерты фруктами или сладостями с природными сахарозаменителями.

Список использованных источников:

1. <https://cgon.rospotrebnadzor.ru>

2. <https://narkologicheskaja-pomosh.ru>

3. <https://www.b17.ru>

НАРКОМАНИЯ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ

*Крячко Злата Алексеевна
Шулина Мария Алексеевна
Руководитель: Черткова Лина Петровна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Наркоманией называется заболевание, которое проявляется влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием синдрома отмены (лишения) при прекращении их приема.

Признаки наркотической зависимости:

1. Изменение поведения человека
2. Смена круга общения и интересов
3. Резкие перепады настроения
4. Движения становятся резкими и неаккуратными
5. Нарушение аппетита и сна
6. Нездоровый блеск глаз, сильная суженность или расширенность зрачка
7. Резкий и неприятный запах изо рта
8. Изменения внешнего вида
9. Ношение одежды с длинным рукавом, чтобы скрыть следы от уколов
10. Бледный цвет лица [1-2]

Виды наркомании

1. Опиаты. Зависимости от опиатов, получаемых из макового сока и их синтетических аналогов – самые известные и самые опасные наркомании. В эту группу зависимостей входят: героиновая наркомания, морфинизм, метадоновая зависимость, зависимость от кодеина, дарвона и демерола. После приема наступает эйфория, появляется сонливость и чувство расслабления. Характерно быстрое развитие психической и физической зависимости, сужение круга интересов, полная сосредоточенность на поиске и употреблении наркотиков. У больных опийными наркоманиями из-за преимущественно инъекционного способа введения часто возникают инфекционные осложнения. Использование общих шприцев обуславливает высокий уровень зараженности ВИЧ и гепатитом. При прекращении употребления у пациентов, страдающих наркоманией, развивается абстинентный синдром,

сопровождается дрожью, усиленным потоотделением, тошнотой, поносом, ознобами и болями в мышцах.

2. Кокаин. Кокаиномания – зависимость от кокаина, психоактивного вещества, изготавливаемого из листьев коки. После приема кокаина возникает своеобразная опьяняющая эйфория, сопровождающаяся ощущением бодрости, внутренней уверенности и физической выносливости без замедления мышления и нарушений координации. Длительно текущая наркомания провоцирует волевые, интеллектуальные и эмоциональные нарушения, а также серьезное ухудшение здоровья и внешнего вида.

3. Амфетамины. Психоактивные вещества из группы амфетаминов являются мощными стимуляторами, придают бодрость и повышают настроение. При отмене возникает абстинентный синдром с преобладанием психоэмоциональных нарушений. При длительно текущей наркомании наблюдаются депрессии, истощение и снижение иммунитета.

4. ЛСД. После приема у пациентов появляются нарушения восприятия и разнообразные галлюцинации, сопровождающиеся очень быстрой сменой эмоционального фона. Под действием ЛСД больные наркоманией могут совершать неадекватные действия, обусловленные содержанием галлюцинаций. У некоторых пациентов даже спустя много лет после прекращения приема наркотика возникают психозы и расстройства восприятия. [3]

Стадии зависимости от наркотических веществ.

Первая стадия — пробы и эксперименты

Одиночный прием ПАВ не вызовет резкого привыкания, не отразится сильно на здоровье. Но редко кто в период экспериментов останавливается после первой дозы. Сам человек, попробовавший наркотик, рассматривает этот случай получения кайфа как одноразовое явление, показать свое превосходство над другими в компании. Он не осознает, что открывает дверь в зависимость. На начальной стадии симптомы наркомании практически никак не проявляются. Но родственников должны насторожить изменения в поведении близкого человека:

- резкие смены настроения;
- повышенный или пониженный аппетит;
- апатия;
- сонливость;
- отказ от любимых увлечений.

Особенно сложно заметить первые симптомы болезни у детей в подростковом возрасте. В это время у них начинается перестройка организма. Признаки начальной стадии наркомании схожи с изменениями гормонального фона. Следует пристально следить за подростками. При обнаружении проблемы своевременно принимать меры, пока у наркомана зависимость еще только начинается.

Вторая стадия — регулярное употребление

Переход ко второй стадии происходит в тот момент, когда наркоман увеличивает дозу. Вместо случайной пробы ПАВ с друзьями он сам приобретает наркотики, принимает их регулярно. Если пропускает прием, то у него начинается ломка. В этот период симптомы становятся уже более выраженными, но их еще удается тщательно скрывать. И на второй стадии не всегда родные понимают, что с близким человеком случилась беда. Характерные признаки наркотической зависимости данной стадии:

- повышение агрессии;
- изменение привычек и образа жизни;
- резкое снижение веса;
- пустой взгляд;
- ухудшение кожи, волос, пожелтение зубов;
- отсутствие интереса к одежде, уходу за собой, личной гигиене;
- внезапная потливость, дрожь, рвота.

Изменения в привычном поведении могут быть связаны также с проблемами со здоровьем. Но если близкий преуменьшает серьезность своего состояния, отказывается идти к врачу, высока вероятность, что он стал зависимым от наркотиков.

Третья стадия — злоупотребление

Переход от второй к третьей стадии происходит довольно быстро. К этому времени уже родственники знают, что их близкий наркозависим. Сам наркоман уже не скрывает свое пристрастие. Он делает употребление наркотиков самым важным аспектом жизни, перестает бояться последствий. К третьему этапу симптомы наркозависимости, становятся ярко выраженными. Наркоман начинает прогуливать работу или учебу, выносит из дома вещи, ворует деньги. У наркозависимого меняется круг друзей. Интересы сводятся только к употреблению наркотиков. На биологическом уровне появляется гиперчувствительность. Организм начинает требовать все большую дозу наркотических средств. Биологическая потребность в сочетании с психологическим влечением прокладывают путь к четвертой стадии.

Четвертая стадия — хроническая зависимость

К этому времени у наркозависимого полностью разрушаются социальные связи. Он теряет работу, бросает учебу, отстраняется от друзей и родных, если они не связаны с наркотиками. Резко ухудшается психическое и физическое здоровье. К этому моменту обычно наркоман стоит на наркологическом учете, проходит лечение и снова возвращается к злоупотреблению. Часто люди с четвертой стадией заболевания имеют за плечами судимость за преступления, совершенные под воздействием наркотического опьянения. Если наркоман с четвертой стадией даже осознает всю серьезность проблемы, захочет бросить употреблять наркотики, он не сможет самостоятельно избавиться от зависимости не только на психологическом, но и на биологическом уровне. Его организму жизненно необходимо своевременное употребление наркотиков. Иначе наступит смерть. [4]

Последствия наркомании

Последствия употребления наркотиков можно разделить на три группы: медицинские, психические и социальные.

Медицинские последствия. При передозировке возможна: потеря сознания, неконтролируемая рвота, остановка дыхания и сердечной деятельности – все это требует экстренной медицинской помощи. Следствием передозировки часто является летальный исход. Депрессия у наркоманов возникает в период воздержания от приема наркотиков. Вызывается как физическими, так и биологическими факторами организма человека. Воспаления вен – следствие использования нестерильных шприцев и игл или введения препаратов. Воспаление вен в свою очередь может привести к серьезному осложнению – заражению крови, такие заболевания, как ВИЧ и СПИД.

Психические последствия. Привыкание. Постепенно наркотик становится необходимым не только для того, чтобы испытать «кайф», но, и чтобы просто комфортно себя чувствовать, формируются психическая и физическая зависимости. Страхи. У наркомана есть множество поводов испытывать страх: страх быть разоблаченным, арестованным, страх за свое здоровье, из-за своих долгов и т.д. Страхи и депрессия – наиболее частые причины срывов в этот период. Высокий суицидальный риск. Страхи, депрессии, «ломки» и все вышеперечисленные негативные последствия наркомании изматывают психику человека, доводя его до отчаяния. Кажущаяся безвыходность положения толкает человека на самоубийство.

Социальные последствия. Домашние скандалы, потеря друзей: человек, употребляющий наркотики, вынужден постоянно скрывать свое пристрастие от родителей и других людей, все более отдаляясь от них. Чем больше стаж употребления наркотиков, тем уже становится круг общения. Криминогенность у больных наркоманией обусловлена несколькими факторами: потребностью в деньгах для покупки наркотиков, вынужденной связью с торговцами наркотиками (что само по себе является противоправным действием), изменениями личности с характерным морально-этическим снижением. Кроме того,

наркоманы могут совершать противоправные действия, находясь в наркотическом опьянении или в психотическом состоянии. [5]

Практическая часть.

В соответствии с темой нашей работы мы провели социальный опрос среди представителей молодежи. Мы получили множество отрицательных ответов на вопрос: «Употребляли ли вы или ваши знакомые наркотические вещества?». Но к сожалению, нашлись положительные и развернутые ответы, поэтому мы решили составить таблицу с результатами.

Вопросы про употребление наркотиков.	Человек N	Человек F	Человек D
1. По какой причине начали употреблять наркотики?	Предложили по знакомству.	Проживали вместе в общежитии.	Стало скучно.
2. Какое вещество?	Мефедрон.	Соли.	Марихуана и габапентин.
3. Какие были ощущения при приеме в первый раз?	Лег спать, но не смог уснуть, смотрел в потолок, были галлюцинации.	Не помнит, так как произошла передозировка.	Ощущение свободы, кажется, что ты лучше всех и тебе все можно; галлюцинации.
4. Последствия приема наркотиков?	Маленькие дозировки перестали приносить удовольствие.	Сильное похудение, постоянно неприятный запах изо рта, постоянное желание попробовать большее.	Итог оказался хорошим, получилось побороть зависимость.

Выводы о проделанной работе.

Употребление наркотиков - одна из наиболее серьезных проблем в нашей стране. Количество наркоманов постоянно растет, а их средний возраст - уменьшается. Проблема усугубляется криминальной ситуацией, риском заражения населения различными инфекциями. Лечение и освобождение от наркотической зависимости - это целый комплекс медицинских и социальных мероприятий, большие материальные и моральные затраты, а положительный исход, к сожалению, возможен не всегда.

Список использованных источников:

1. Коробкина З.В., Попов В.А. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи. - Изд. Академия, 2012.
2. Фомин А. Наркомания - глобальная угроза национальной безопасности РФ. //ОБЖ. Основы безопасности жизни - № 2, 1999.
3. https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/narcologic/narcomania#h2_14
4. <https://www.rebcentr.org/narkozavisimost>
5. <https://bgb2-brest.by/informatsionnyj-material/487-narkomaniya-v-sovremennom-obshchestve>

ПРОФИЛАКТИКА ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА - ВАЖНЫЙ АСПЕКТ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

*Михневич Дмитрий Вячеславович
Сыромятников Андрей Алексеевич
Руководитель: Крашенинина Наталья Юрьевна
КГБПОУ "Красноярский базовый медицинский колледж
имени В.М. Крутовского", г. Красноярск*

Последствия инфекций инфекциями, передающимися половым путём (далее ИППП), не теряют своей актуальности. ИППП оказывают глубокое воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье во всем мире и входят в число 5 основных категорий заболеваний, в связи с которыми подростки и взрослые люди обращаются за медицинской помощью. Изменения в половом поведении, урбанизация и другие социальные, медицинские и демографические факторы способствуют росту числа больных, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путём [1, с.82].

Физические и половые изменения в организме молодых людей опережают их психоэмоциональное и социальное развитие, поэтому в данном периоде жизни легко создаются отрицательные модели поведения. Профилактика инфекций, передающихся половым путем – сложная социальная и медико-биологическая проблема, в которой взаимосвязаны назревшие вопросы полового воспитания морали, этики.

При передаче ИППП от матери ребенку может приводить к мертворождению, смерти новорожденного, рождению ребенка с низкой массой тела, недоношенности, сепсису, пневмонии и врожденным дефектам. Такие ИППП, как гонорея и хламидиоз, являются основными причинами воспалительных заболеваний органов малого таза, неблагоприятных исходов беременности и бесплодия.

Основы здоровья человека закладываются в детском и подростковом возрасте. Особо важным для развития женской и мужской половой системы является подростковый возраст, основная особенность которого – половое созревание. Вопросы полового воспитания и сексуального образования детей и подростков в наше время приобрели особую актуальность не только в связи с участвовавшими случаями заболеваний, передающихся половым путем, раннего материнства, но и отсутствием стандартных образовательных программ и специалистов, способствующих формированию полового самосохранительного поведения.

В настоящее время в большинстве стран инфекции, передающиеся половым путём, относятся к наиболее распространённым инфекционным болезням. Возбудители инфекции передаются преимущественно при половом контакте, включая вагинальный, анальный и оральный секс [2, с. 241].

Кроме того, ряд заболеваний передается неполовым путем, например, через кровь или препараты крови. Многие ИППП, включая хламидиоз, гонорею и, главным образом, гепатит В, ВИЧ и сифилис, могут также передаваться от матери ребенку во время беременности и родов.

Заражение может протекать без явных симптомов болезни. Каждое заболевание имеет свою продолжительность «скрытого периода», а часто вообще может не проявляться. В этом случае человек не знает о заболевании, ведёт привычный образ жизни и может служить источником заражения для своего партнёра. Признаки имеют свойства нечеткого, слабого или кратковременного проявления.

Следует помнить, что самопроизвольного излечения от инфекций, передающихся половым путем, не существует, а самолечение может быть недостаточным и способно привести к развитию хронической инфекции. ИППП, возбудителями, которых являются более 30 различных бактерий, вирусов и паразитов, распространяются преимущественно при сексуальных контактах [3, с. 176].

Важная роль в распространении инфекций, передающихся половым путем, принадлежит разнообразным факторам демографического, медицинского, социального, экономического, культурного, поведенческого характера.

Цель исследования – изучить уровень информированности подростков о профилактике инфекций, передающихся половым путем.

Гипотезой исследования стало предположение о том, что изучив уровень информированности об инфекциях, передающихся половым путем, можно определить наиболее актуальные направления профилактической работы.

Учитывая актуальность темы, и работая над данной проблемой, были проанализированы статистические показатели заболеваемости инфекцией, передающейся половым путем в Красноярском крае, кроме того проанализирован ряд параметров, в том числе каким путем происходило заражение ИППП.

За первый квартал 2022 года в Красноярском крае половым путем инфицировались 89,5% лиц с впервые установленным диагнозом ИППП, за аналогичный период 2021 года – 62,7% от установленных путей передачи инфекции. Отмечается увеличение доли полового пути инфицирования ИППП.

Исследование проводилось среди учеников 9 - 11 классов, в анкетировании приняли участие 32 человека. Целью исследования было выявление уровня информированности подростков по вопросам профилактики ИППП.

В исследовании приняли участие респонденты различных возрастов, 9% составляют респонденты в возрасте 16-18 лет, 16% составляют респонденты в возрасте 16-15 лет, наибольшая часть анкетированных, а именно 53%, в возрастной категории 14-15 лет, детей в возрасте до 14 лет опрошено 22% от общего числа респондентов. Принявших в опросе девушек оказалось 47%, юношей – 53%.

Далее были заданы вопросы по информированности подростков по ряду пунктов, касающихся полового созревания.

Анализируя данные, следует отметить, что большинство подростков считает, что половое созревание приходится на возраст 14-15 лет – 53%. Приемлемым возрастом для вступления в половую жизнь 38% опрошенных посчитали 16-17 лет, от 18 лет – 31%, 19% выбрали возраст 14-15 лет, 13% респондентов проголосовали за возраст 12-13 лет.

Следующим этапом респондентам были предложены вопросы, касающиеся источников информации об инфекциях, передающихся половым путем. Анализируя данные, следует отметить, что 80% респондентов знают о заболеваниях, передающихся половым путем, 20% указали, что обладают знаниями частично.

На основе анализа вопроса о видах инфекций, передающихся половым путем можно сделать вывод о том, что большинство школьников проинформированы о наличии такого заболевания, как ВИЧ-инфекция, данный вариант ответа выбрало 37% респондентов, далее сифилис – 19%, гепатит В и С – 16 %, хламидиоз – 9%, 13% – генитальный герпес, трихомоноз – 3%.

Самым эффективным методом для обнаружения у человека инфекции 72% школьников считают сдачу анализов, 22% считают, что инфекцию можно обнаружить по внешнему виду, 6% детей затрудняются в ответе.

Наличие нескольких половых партнеров 34% респондентов считают опасным, 59% затрудняются в ответе, 6% считают не опасным наличие нескольких половых партнеров. Все опрошенные указали, что владеют знаниями о методах защиты от заболеваний, передающихся половым путем. 87% респондентов считают, что презерватив способен защитить от ИППП, 13 % затрудняются в ответе. Предполагают использовать средства защиты от ИППП 70% подростков, 30% не всегда считают это необходимым.

Знаниями о симптомах заболеваний, передающихся половым путем обладают 22% респондентов, 41% респондентов информированы частично, 38% не знают о симптомах ИППП.

Большинство школьников – 72%, не знают, какие меры следует принимать при опасности заражения ИППП, что говорит о необходимости проведения санитарно-просветительских мероприятий по этой теме. 16% опрошенных не знают, какие осложнения могут возникнуть в результате ИППП, 56% обладают знаниями частично, 28% не знают о наличии каких-либо осложнений.

Следующим этапом респондентам были предложены вопросы, касающиеся источников информации об инфекциях, передающихся половым путем. Интернет является самым популярным методом информирования школьников в вопросе о ИППП, 50% школьников доверяют данным сайтов, для 25% информацию предоставили родители. 50% подростков предпочли бы узнавать информацию о ИППП из интернета, 34% от друзей и сверстников, 16% от медицинских работников.

Изучение в школе вопросов о репродуктивном здоровье и ИППП проходило у 70% школьников, 30% указали, что у них подобное изучение не проводилось. 50% респондентов отметили, что стали бы посещать в учебном заведении занятия по половому воспитанию, 28% указали, что не стали бы посещать занятия, 22% затрудняются в ответе.

Наиболее эффективной мерой для предупреждения заражения ИППП школьники считают правильное и постоянное использование презерватива – 62%, взаимную верность партнеров – 19%, 3% указали половое воздержание, постоянное использование презервативов – 16%.

Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод, что часть подростков уже живёт половой жизнью, но при этом не знает простейших мер профилактики ИППП. Основным источником информации о ИППП для подростков является интернет, но данные интернет-ресурсов не всегда являются достоверно правильными, поэтому медицинским работникам необходимо активнее проводить профилактическую деятельность среди несовершеннолетних.

Рекомендации по организации профилактических мероприятий:

Консультирование и меры, направленные на изменение поведения подростков, предлагают первичную профилактику инфекций, передающихся половым путем, а также предотвращение нежелательной беременности. Они включают:

- всестороннее просвещение по вопросам сексуальности, консультирование в отношении инфекций, передающихся половым путем до и после тестирования;
- консультирование в отношении более безопасного секса, снижения риска, пропаганда использования презервативов;
- меры, ориентированные на основные и уязвимые группы населения, такие как лица молодого возраста.

Кроме того, консультирование может улучшать способность распознавать симптомы и повышать вероятность того, что они обратятся за медицинской помощью. Так же для профилактики инфекций, передающихся половым путем среди лиц подросткового возраста, следует проводить следующие действия:

- санитарно-гигиеническое просвещение и воспитание молодежи;
- повышение уровня медицинских знаний у родителей и педагогов;
- половое воспитание детей и подростков.

Список использованных источников:

1. Амозов М.Л. Опыт проведения мероприятий по первичной профилактике ИППП среди подростков/М.Л. Амозов, Н.Е. Погорелова//Тезисы Первого Всероссийского конгресса дерматовенерологов. –Санкт-Петербург, 2019. – 217с.
2. Иванова, О.Л. Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение/Под редакцией В.А. Молочкова, О.Л. Иванова, В.В. Чеботарева. - Москва: Медицина, 2017. – 634 с.
3. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение/ В.В Покровский. - Москва: Гэотар Медицина, 2020. – 488 с.

ЛЕГКО ЛИ БЫТЬ ЗДОРОВЫМ?

*Козельская Лилия Вячеславовна,
Руководитель: Конопелько Оксана Сергеевна,
Михайловский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка*

В данном исследовательском проекте по английскому языку на тему "Is it easy to be healthy?" нами была поставлена цель, поднять вопрос о важности здорового образа жизни для современного общества, рассказать о различных хороших и плохих привычках, побудить людей беспокоиться о своем здоровье и следить за ним, дать полезные советы.

Данная исследовательская работа в настоящее время имеет большую практическую значимость в связи с тем, что по статистике 20% подростков в России имеют какое-либо заболевание, и наша задача, как будущих медиков, состоит в том, чтобы осведомлять обучающихся школ и их родителей, таких же студентов, как и мы сами, о необходимости уделять больше внимания своему здоровью, правильному питанию и физическим нагрузкам.

Проблема ЗОЖ – одна из важнейших проблем современного человека. В наше время многие люди не следят за собой! Возможно, они думают, что это не повредит их телу, или у них нет достаточно времени, чтобы беспокоиться об этом. В современном мире у большинства людей много вредных привычек. Они укорачивают нашу жизнь. И этот факт делает проблему нашего исследования актуальной. Мы считаем, что ситуацию надо менять!

Хотелось бы отпраздновать свое 100-летие и при этом хорошо себя чувствовать. Именно поэтому мы выбрали данную тему проекта и попробуем ответить на вопрос: "Легко ли быть здоровым?"

Итак, цель нашего исследования — представить важность здоровья для современного общества.

Для достижения этой цели мы поставили следующие задачи:

- Рассказать о различных хороших и плохих привычках для того, чтобы люди задумались о правильном образе жизни;
- выявить факторы риска;
- сформировать памятку ЗОЖ.

Курение и употребление алкоголя, а также удивительная "опасность" спать слишком много или слишком мало, много смотреть телевизор, перекусывать между основными приемами пищи или пропускать приемы пищи – всё это вредные привычки, которые могут привести к различным заболеваниям. Конечно, недостаточный сон и нерациональное питание не так опасны, как курение, ожирение и пьянство, но они являются признаками неправильного образа жизни.

В настоящее время у людей больше вредных привычек, чем в прошлом! Чаще всего они встречаются у детей и подростков. Это низкая физическая активность, злоупотребление гаджетами, употребление нездоровой пищи, фастфуда. Большая часть детей и подростков ведет малоподвижный образ жизни. Они все меньше выходят на улицу на прогулку. Но мы думаем, что главная проблема — это потакание своим слабостям, таким как лень. Люди не хотят активности! Многие люди имеют избыточный вес. Почему?

В современном мире очень быстрый ритм жизни. Мы всегда спешим. Нам нужно многое успеть. Зачастую у нас не хватает времени, чтобы организовать правильный прием пищи и поесть, не спеша.

Еще одна причина ухудшения состояния здоровья молодежи – это отсутствие физических упражнений. Мы проводим слишком много времени перед компьютерами и телевизорами. Мы меньше ходим пешком, потому что предпочитаем пользоваться автомобилями или общественным транспортом. Культура регулярного занятия спортом у большинства людей отсутствует.

Однако стоит отметить, что не все, кто ведет малоподвижный образ жизни и питается продуктами с высоким содержанием жиров и углеводов, страдают ожирением, поэтому важно рассмотреть и другие причины, влияющие на состояние здоровья человека. Некоторые люди, вероятно, имеют наследственную предрасположенность к развитию ожирения.

Например, результаты проведенных исследований показали, что у большинства людей с ожирением есть гены, отвечающие за выработку лептина (гормона, регулирующего энергетический обмен и снижающего аппетит), но они могут быть нечувствительны к его эффекту подавления аппетита. Изучение генетических особенностей может помочь объяснить тенденцию людей с ожирением есть больше, накапливать жир и чувствовать себя более голодными, чем люди с нормальным весом.

Также одним из факторов развития ожирения у детей и подростков является пример родителей, которые сами переедают, слишком слабый родительский контроль над тем, что и сколько едят дети, и неадекватные реакции на стресс. Многие люди склонны есть больше, когда находятся в состоянии стресса, и эта реакция может быть особенно выражена у тех, кто страдает ожирением.

Каждая нездоровая привычка может привести к развитию таких опасных заболеваний, как онкологические заболевания, бронхиальная астма, ожирение.

Одной из самых распространенных вредных привычек, негативно влияющих на здоровье человека, является курение. К неблагоприятным последствиям курения относят:

- развитие хронического бронхита, бронхиальной астмы и эмфиземы легких;
- смолы, содержащиеся в сигаретном дыме, оседают на легких и провоцируют развитие рака легких;
- потемнение эмали зубов;
- наличие неприятного запаха в полости рта;
- сухость кожи и волос;
- преждевременное появление признаков старения организма (морщины на лице, мешки под глазами и др.);
- увеличение жировой ткани в области живота и вокруг внутренних органов;
- появление неприятного запаха табака от одежды и волос.

Несколько полезных советов для вашего здоровья:

- регулярность в жизни способствует вашему здоровью;
- сон не менее семи-восьми часов в сутки, в ночное время;
- ранний подъем;
- здоровое, рациональное питание;
- употребление разнообразной пищи.

Регулярные физические упражнения — это действительно хороший способ поддержания здоровья. Занятия спортом помогут вам выглядеть и чувствовать себя лучше.

Памятка по сохранению ЗОЖ:

- регулярно совершайте прогулки на свежем воздухе, регулярно занимайтесь физической культурой;
- ограничьте время, проводимое за телевизором и компьютером;
- не пропускайте приемы пищи, это поможет вам отказаться от перекусов;
- избегайте поздних приемов пищи, последний прием пищи должен быть не менее, чем за 2 часа до сна.
- пейте больше воды, исключите сладкие газированные напитки;
- не курите;
- будьте позитивны и верьте в себя;

- улыбайтесь, смейтесь и будьте добры!

Нами было опрошено 70 студентов 15-18 лет. И вот какие ответы мы получили:
Какие вредные привычки у тебя есть?

- "Слишком мало сплю" - 40 человек
- "Перекусы" – 37
- "Употребление нездоровой пищи" – 35
- "Пропуск приема пищи" – 30
- "Употребление алкоголя" – 14
- "Низкая физическая активность" – 10
- "Слишком много сплю" – 9
- "Курение"–7.

Согласно опросу, самая популярная вредная привычка — недосыпание.
90% детей спят слишком мало, потому что:

- задают много уроков;
- нет режима дня;
- слишком много времени проводят в мобильном телефоне и компьютере;
- находятся в состоянии стресса.

По статистике 20% подростков в России имеют какие-либо заболевания. Но кто несет за это ответственность?

Учебные заведения, безусловно, должны уделять внимание здоровью подростка, так как детям приходится весь день сидеть за партой, им некогда гулять. К тому же, не хватает уроков физкультуры и, как следствие, дети менее активны.

С другой стороны, многие родители сами не придерживаются здорового образа жизни, неправильно питаются. У родителей нет времени готовить здоровую пищу из-за большой нагрузки на работе. Следовательно, они не в состоянии научить своих детей правильно питаться дома. И это приводит к нездоровым привычкам в еде у их детей.

Однако, мы не считаем справедливым утверждать, что родители, телевидение, журналы или учебные заведения ответственны за то, что дети ведут нездоровый образ жизни. Это наш собственный выбор относительно того, что мы едим и насколько активны. Мы, дети и подростки, сегодня очень ленивы. Если вы нездоровы, виноваты в этом вы сами.

Список использованных источников:

1. *Здоровое питание. Здоровый образ жизни [сборник]– М.: АСТ: Астрель, 2005 –237,[3]с. – (Медицина и здоровье). - ISBN 5-17-011235-1, 5-271-03253-1. Текст: непосредственный.*
2. *Назарова, Е.Н. Здоровый образ жизни и его составляющие: учебное пособие / Е.Н.Назарова, Ю.Д. Жилов. – М.: Издательский центр «Академия», 2007 -256 с. – (Высшее профессиональное образование). - ISBN 978-5-7695-2653-4,978-5-7695-5763-7. Текст: непосредственный.*
3. *Книга зожника: сборник статей/ под редакцией М. Кудерова- М.: Манн, Иванов и Фербер, 2019 - 180 с.: ил. – (Здоровоепитание). - ISBN 978-5-00146-045-9. Текст: непосредственный*
4. *Рат Т. Ешь, двигайся, спи. Как повседневные решения влияют на здоровье и долголетие: мировой бестселлер/ Том Рат. - Альпина Паблишер, 2015 – 203 с. – (Здоровыйобраз жизни) - ISBN: 978-5-9614-4757-6. Текст: непосредственный.*

ПУТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

*Середина Дарья Андреевна
Руководитель: Шмелева Ирина Валиуллиевна
Михайловский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка*

Репродуктивное здоровье – это одна из важнейших составляющих здоровья человека и общества в целом. По определению ВОЗ, это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Эта тема актуальна и в настоящее время. Каждый член общества с детских лет должен уяснить, что такое репродуктивное здоровье, и почему это понятие настолько важно для нормальной социальной адаптации в социуме. Репродуктивная функция реализуется в биологическом воспроизводстве населения, в удовлетворении естественной потребности людей в продолжении рода. Благодаря репродукции обеспечивается сохранение человека как вида путем передачи основных признаков следующим поколениям, а также увеличение у потомства приспособительных возможностей (путем генетического обогащения).

Цель исследования: изучить теоретические основы репродуктивного здоровья, пути его сохранения, а также его влияние на здоровье человека.

Задачи исследования:

1. Изучить всесторонне теоретический материал по репродуктивному здоровью человека.
2. Провести исследование среди студентов первого и четвертого курсов по данной тематике с целью изучения уровня знаний о репродуктивном здоровье.

Методы исследования:

1. Анализ и синтез информации.
2. Анкетирование студентов.

Под репродуктивным здоровьем понимается состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни человека. Это совокупность органов и систем организма, обеспечивающих функцию воспроизводства (деторождения).

Следующие гормоны оказывают воздействие на половые органы:

- 1) фолликулостимулирующий оказывает влияние на развитие семенников, усиливает сперматогенез, регулирует развитие и созревание фолликулов и выхода из них яйцеклеток;
- 2) лютеинизирующий стимулирует секрецию эстрогенов у женщин, а у мужчин – клетки Лейдига, которые вырабатывают тестостерон;
- 3) пролактин участвует в деторождении, но его основная функция заключается в регуляции процесса лактации.

Выработка фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов стимулируется релизинг гормоном, а пролактин - ингибирующим. Независимо от того, у кого вырабатываются (мужчин или женщин), они имеют одинаковое строение, но действуют в мужском и женском организме по-разному.

Воздействие гормонов на половую функцию женщины:

- Фолликулостимулирующий гормон начинает вырабатываться еще во время месячных. Он стимулирует рост сразу нескольких фолликулов, но, как правило, созревает только один из них.
- В этот же период гипофиз начинает вырабатывать лютеинизирующий гормон, который достигает максимальной концентрации в крови к середине цикла. Он нужен для окончательного созревания фолликула, его разрыва и выхода яйцеклетки. Таким образом происходит овуляция, и женщина может забеременеть. Именно по концентрации лютеинизирующего гормона в крови или моче, врач точно может сказать, когда созреет яйцеклетка.

- Пролактин регулирует процесс образования молока в груди, а также участвует в нормальном функционировании желтого тела. Он тормозит созревание фолликулов в яичниках, а если его много, то выброс яйцеклетки может не произойти.

Воздействие гормонов на половую функцию мужчины:

- Фолликулостимулирующий гормон нужен для нормального развития сперматозоидов. Он также активно принимает участие в формировании, развитии и функционировании семенников и семенных канальцев.
- Лютеинизирующий гормон нужен для выработки андрогенов, среди которых главным считается тестостерон. Без этого гормона сперматозоиды не будут развиваться. Он влияет на образ жизни, поведение мужчины, отвечает за рост и функционирование детородных органов.
- Пролактин нужен для потенцирования этих двух факторов. Также он влияет на обмен веществ в яичках.

Как же сохранить репродуктивное здоровье? Существует множество способов и приемов. Например, здоровое питание, достаточная физическая активность, отказ от табака и алкоголя – залог сохранения репродуктивного здоровья на долгие годы. Курение и употребление алкоголя женщиной во время беременности увеличивает риск мертворождения.

Существуют различные безопасные средства контрацепции для женщин от нежелательной беременности, но они не защитят от заболеваний, передающихся половым путем.

Зачатие ребенка должно быть осознанным решением. Физическая активность во время беременности должна быть разумной и согласно рекомендациям врача.

В целях сохранения и укрепления репродуктивного здоровья необходимо проходить профилактические осмотры у медицинских специалистов (гинекологов для женщин и урологов для мужчин) регулярно, что позволит предотвратить появление и развитие многих заболеваний на ранней стадии, даже при отсутствии жалоб. Еще до планирования беременности женщине необходимо восполнить все дефициты в организме и придерживаться принципов здорового питания до и уже во время беременности, чтобы она проходила комфортно, и родился здоровый малыш.

Репродуктивное здоровье женщины и мужчины закладывается еще во время внутриутробного развития. То есть ребенок еще не родился, а состояние его репродуктивной системы уже получает свою долю положительного или негативного воздействия. Поэтому в этом плане очень важно здоровье отца и правильный образ жизни матери во время беременности.

Оптимальный возраст для рождения детей – 20 – 35 лет. Если беременность возникает раньше или позже, то она обычно протекает с осложнениями, и вероятность нарушений здоровья у матери и ребенка выше. Интервалы между родами должны быть не менее 2 – 2,5 лет; это позволяет женщине восстановить силы, сохранить свое здоровье и здоровье будущих детей.

Для изучения темы исследования с практической стороны было проведено анкетирование среди студентов первого и четвертого курсов Михайловского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж" по вопросам репродуктивного здоровья человека. В ходе анкетирования студентов на вопрос: "Как вы понимаете значение слово- сочетания «Репродуктивное здоровье?» - большинство респондентов выбрали ответ номер один - «способность к зачатию и рождению здоровых детей» (65% - 4 курс, и 54% - 1 курс). На второй вопрос: "Что для вас является главным источником информации по вопросам репродуктивного здоровья?" - выбрали ответы, в основном, 1-й, 3-й и 6-й ответы, то есть 1 – «семья и родственники», 3 – «медицинские работники», 6 - «СМИ и интернет-ресурсы» (60% - 4 курс и 41% - 1 курс). На третий вопрос: "О чём из перечисленного родители когда-либо говорили с вами?" - первый курс выбрали ответ 1-й – «о вашей будущей семье» (75%), а четвертый курс выбрали варианты ответов 1-й и 3-й, то есть «о вашей будущей семье» и «о том, как наступает беременность» (30%). На четвертый вопрос: "Какие факторы оказывают пагубное влияние на организм будущей матери и её ребенка?" первый курс выбрали ответ 1-й

и 2-й – «никотин», «алкоголь» (90%), а четвертый курс выбрали ответ 1-й, 2-й, 3-й и 4-й – «никотин», «алкоголь» и «нервно-психическое напряжение» (86%). В итоге опроса можно сделать вывод, что ответы первого и четвертого курса в большинстве вопросов схожи между собой. Так как несмотря на разницу почти в два года обучения все студенты знают и умеют оценить разные стороны репродуктивного здоровья.

Выводы:

1. Студенты считают, что репродуктивное здоровье - способность к зачатию и рождению здоровых детей.

2. Главную информацию молодежь получает от семьи и родственников, из СМИ и интернет-ресурсов, от медицинских работников.

3. Студенты уверены, что самое пагубное влияние на организм матери и её ребенка оказывают никотин, алкоголь, нервно-психическое напряжение.

Таким образом, репродуктивное здоровье занимает на сегодняшний день важное место в жизни человека. Состояние физического, умственного и социального благополучия репродуктивной системы составляют здоровье не только отдельного человека, но и всего государства.

Список использованных источников:

1. Регуляция репродуктивной функции у женщин и мужчин. URL: <https://klinika9.ru/stati/regulyatsiya-reproduktivnoy-funktsii/> (дата обращения: 06.02.2024).

2. Пути сохранения репродуктивного здоровья общества. URL: <https://mapkld.ru/snot/puti-sohraneniya-reproduktivnogo-zdorovya-obshchestva-sohranenie.html/> (дата обращения: 04.02.2024).

3. Сохранение репродуктивного здоровья. URL: <https://ноликлиника12.рф/novosti/9-novosti/667-sokhranenie-reproduktivnogo-zdorovya/> (дата обращения: 06.02.2024).

ВИТАМИНЫ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Ямщиков Егор Андреевич

Руководитель: Радаева Елена Николаевна

БУПО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

"Нижневартовский медицинский колледж", г. Нижневартовск

Любой человек желает быть здоровым. Ведь именно здоровье - это то богатство, которое не купишь ни за какие деньги. Человек сам разрушает или же укрепляет то, что дано ему природой. Питание - это важный элемент. Пища, которую мы едим, состоит из различных веществ, которые необходимы для нормальной работы всех наших органов, способствуют исцелению и укреплению организма. Витамины являются жизненно важными компонентами наряду с жирами, белками и углеводами. Все жизненные процессы, протекающие в организме, происходят при непосредственном участии витаминов.

Витамины - вещества органической природы, поступающие извне или синтезирующиеся в организме, участвуют в построении ферментов и гормонов, которые в свою очередь, исполняют роль регуляторов различных биохимических процессов.

К полезным веществам относятся микроэлементы, незаменимые аминокислоты и другие, жизненно необходимые субстанции, ежедневно поступающие в организм с пищей.

Микроэлементы, как и витамины - основа ферментов, специализированных клеток, гормонов. Незаменимые аминокислоты являются жизненно необходимым строительным материалом. Содержатся в животных белках. [1]

Витамины классифицируются на две группы:

1. Витамины, растворимые в воде: витамины группы В (В1, В6, В12 и так далее) и витамин С.

2. Витамины, которые растворяются в жирах: А, D, Е, К.

Водорастворимые витамины следует принимать ежедневно, так как они не накапливаются в организме и выводятся в течение 1 - 4 дней, жирорастворимые витамины могут накапливаться в жировой ткани и печени и при необходимости извлекаться оттуда организмом.

Каждый вид витаминов по-своему положительно влияет на функционирование и жизнь человеческого организма.

Авитаминоз – отсутствие какого-либо витамина, возникает при неполноценном питании или нарушении работы органов, связанных с пищеварением.

Гиповитаминоз – недостаток витаминов. При гиповитаминозе снижается работоспособность, ухудшается аппетит, ослабляет иммунитет.

Гипервитаминоз – переизбыток витаминов.

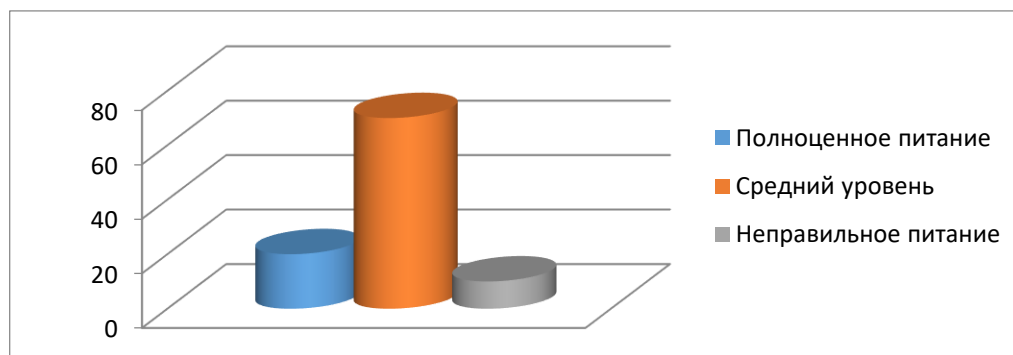
Переизбыток витаминов может случиться по таким причинам:

- неправильное применение инъекций с витаминами;
- злоупотребление витаминными комплексами;
- неправильное питание;
- наличие хронических заболеваний. [2]

Я решил показать суточную потребность витаминов в виде таблицы:

Витамин, мкг	А	Е	D	К	С	В ₁	В ₆	В ₁₂
1-10 лет	400	7	400	20	20	1,1	1	1
подростки	400	8	400	30	40	1,1	1,3	1,1
женщины	800	8	200	65	60	1	1,5	1,3
мужчины	1000	10	200	80	60	1,2	1,5	1,4

В ходе социологического опроса среди студентов нашего колледжа я выявил, что не все студенты нашего колледжа питаются правильно и разнообразно:



Проведем исследование фруктов на содержание витаминов. Я взял апельсин и яблоко. А также сравним уровень витамина в соках, купленных в магазине: яблочный и апельсиновый. С помощью индикаторной бумаги проверил наличие витамина С. В свежем соке, бумага стала ярко-красной, а в купленном магазине едва окрасилась. Таким образом, свежие фрукты содержат большее количество витамина С, следовательно будут более полезными, чем соки, купленные в магазине.

Из современных аптечных витаминов можно представить таблетки и сыпучие порошки. В основе шипучих витаминов гидрокарбонат натрия и кислоты. Когда они попадают в воду, начинается химическая реакция с активным выделением углекислого газа. Так и появляются заветные пузырьки, которые делают напиток вкуснее. Но это еще не все. Углекислый газ заодно «разрыхляет» твердую основу таблетки, быстро освобождая активные и вспомогательные вещества, а также обеспечивает эффективную абсорбцию питательных компонентов. Активные компоненты из шипучих витаминов, переходя в растворенную форму, не «оседают» на стенках желудка. А значит, их прием практически не меняет рН. Это

важно, поскольку в сильно кислой среде некоторые соединения распадаются, не доходя до «пункта назначения», что снижает эффективность препарата. Действие шипучих таблеток гораздо мягче, если сравнивать со средствами в таблетированной форме.

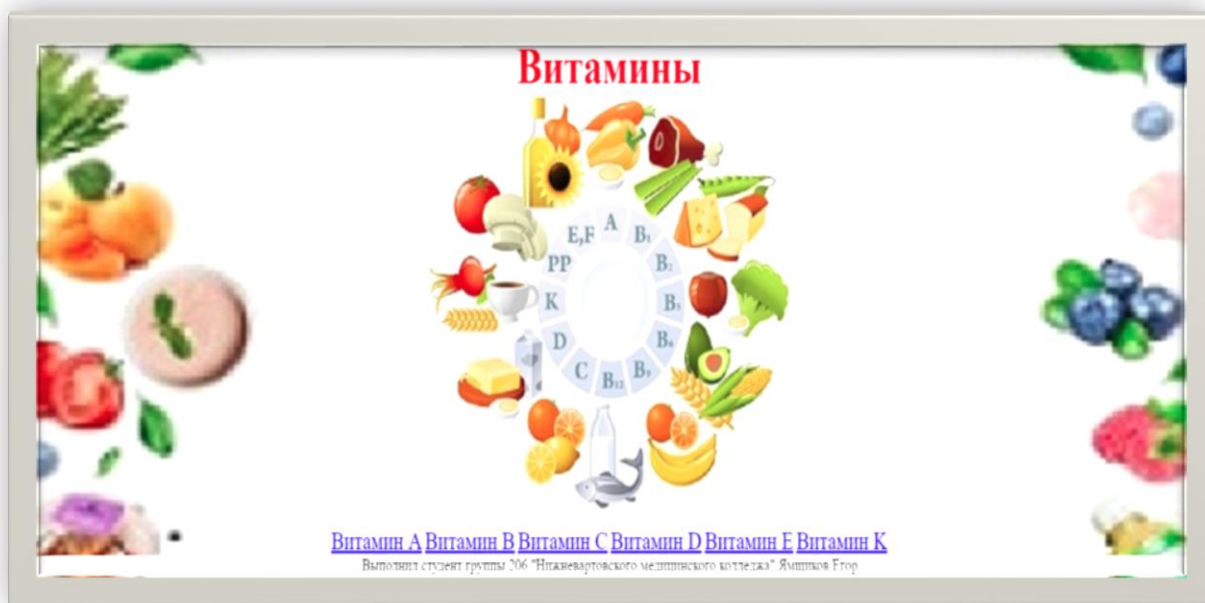
Какие бывают шипучие витамины? Витамин С, D, все витамины группы В, янтарная кислота, минеральные комплексы.

Шипучие витамины особенно нравятся детям. И это неудивительно. Таблетка, растворяясь в воде, отдает свой вкус и аромат. Получается приятный освежающий напиток — намного вкуснее таблетки. Больше никаких уговоров, чтобы ребенок принял нужные витамины. [3]

Принципы здорового питания:

1. Контролируйте баланс калорий и объем съеденного (1500-2000 ккал)
2. Питайтесь регулярно (до 5 раз в день)
3. Следите за разнообразием питания
4. Овощи и фрукты - каждый день
5. Ограничьте сахар
6. Не «пейте» калории
7. Скажите «НЕТ» полуфабрикатам, фаст-фуд, колбасам, сосискам
8. Тщательно пережевывайте пищу
9. Не переедайте!
10. Сервируйте стол, создавайте приятную обстановку для приема пищи [5]

С помощью языка HTML, мною был разработан сайт на данную тему, который представлен ниже:



Витамин А

Витамин А-это жирорастворимый витамин, который организм получает с пищей.

Он чрезвычайно полезен для многих органов и функций:

- 1.Поддержания слизистой оболочки.
- 2.Усвоения витамина D.
- 3.Предотвращения инфекционных заболеваний.
- 4.Выработки лейкоцитов, которые являются первой линией защиты иммунной системы.
- 5.Поддержания широкого спектра физиологических функций в организме.
- 6.Улучшения состояния головного мозга, зубов, костей.
- 7.Образования гормонов.
- 8.Снижения риска злокачественных процессов.

При дефиците витамина А возникают:

- 1.Куриная слепота.
- 2.Сухая кожа и волосы.
- 3.Радиализирующий конъюнктивит.

Страница 2

Витамин К — витамин, необходимый для правильного свертывания крови, поддержания здоровья сердечно-сосудистой системы и хорошего состояния костей,

Выполняет функции:

- 1.Участие в свертывании крови
- 2.Участие в усвоении кальция
- 3.Участие в здоровье сердца
- 4.Участие в правильной работе мозга
- 5.Регуляция артериального давления
- 6.Улучшение состояния кожи

При дефиците витамина К возникают:

кровотечения из носа; кровоточивость десен; длительное заживление ран; часто появляющиеся синяки; у женщин длительные и обильные менструации; пониженное артериальное давление из-за потери крови; головокружения; диарея.

Содержится в:

Авокадо, сельдерее, постном мясе, сливах, печени, рисе, киви, молоке, чечевице, репе, персиках, помидорах, винограде.

Активация Windows
Чтобы активировать Windows, перейдите в панель

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

ИИ

Страница 3

Витамин D

Витамин D — это витамин, который регулирует обмен кальция и фосфора, обеспечивают нервно-мышечную проводимость, работу иммунной системы и деление клеток.
 Выполняет функцию всасывания кальция и фосфора.
 При дефиците витамина D возникают:
 снижение физической выносливости, мышечная слабость, нарушение равновесия, головные боли,
 повышенное артериальное давление,
 набор веса, частые простудные заболевания, плохое заживление ран;
 Рахит, Остеомаляция, Остеопороз.
 Содержится в:
 сельди, рыбьем жире, лососе, консервах сардин, грибах, молочных продуктах, солнечном излучении.

◀◀ 🏠 ▶▶

Страница 4

Витамины группы B – это соединения, источниками которых являются растительная или животная пища и выполняют функции:

1. Усваивания микро- и макроэлементов;
2. Регуляция иммунитета;
3. Участие в синтезе белка, ДНК, РНК и делении клеток;
4. Улучшение состояния кожи и волос;
5. Поддержания гормонального баланса;
6. Защиты организма от анемий;
7. Поддержания работы пищеварительной, нервной, сердечно-сосудистой систем.

При дефиците витаминов группы B возникают:
 потеря аппетита; нарушение координации движения; депрессия, нервозность; ослабление когнитивных функций; мышечная слабость;
 быстрая утомляемость, слабость, апатия; утомляемость, депрессия; выпадение волос;
 онемение конечностей; мышечная слабость; расстройства зрения; бледность кожи.

Содержится в:
 Сардина, скумбрия, моллюски, печень говядины, курица, куриные яйца, бобовые, овёс, орехи, бананы.

◀◀ 🏠 ▶▶

Активация Windows
 "Параметры".

Страница 5

Список использованных источников:

1. Вакуленко В.В. «Целительная сила витаминов и минералов» – Москва: 2019. – 57 с.
2. Михайлов В.С. «Выбираем здоровье» – Санкт - Петербург: 2021. – 300 с.
3. Скурихин В.М. «Все о пище с точки зрения химика» – Минск: 2021. – 368 с.
4. URL: [«Инфоурок»](#)
5. URL: [10 принципов здорового питания](#)

РОЛЬ ЗАНЯТИЙ НА ФАКУЛЬТЕТЕ "ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ" В УНИВЕРСИТЕТЕ "ТРЕТИЙ ВОЗРАСТ" В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Галиуллина Адиля Алмазовна

Руководители: Валиева Гульфия Ибрагимовна.,

Шамсутдинова Ольга Владимировна.

ГАПОУ "Нижекамский медицинский колледж", г. Нижнекамск

Пожилые люди – это люди в возрасте 60-65 лет и старше, люди которых принято называть «люди третьего возраста», люди на этапе активной, свободной жизни после выхода на пенсию. Пожилые люди так же важны для общества, как и люди трудоспособного возраста, так как все они – члены семей, чьи-то отцы и матери, некоторые из них – полноценные работники.

В пожилом возрасте анатомо-физиологическая система человека претерпевает значительные изменения, по мере старения меняется образ жизни человека, его положение в обществе, ухудшается состояние здоровья. Возрастные изменения, происходящие под влиянием генетических, иммунных и гормональных факторов, касаются всех систем и тканей человека [2].

Задача общества – сделать жизнь людей преклонного возраста полноценной и активной, не забывая о том, что пожилые люди – это посредники между прошлым, настоящим и будущим, притом, что их опыт – это основа существования в любом обществе.

В нашей стране в 2005 году был создан Университет образования «Третий возраст».

Университет «Третий возраст» – это новая форма работы с пожилыми людьми, включающая в себя организацию просветительских и учебных курсов, программ, творческих мастерских.

Занятия в Университете позволяют с пользой проводить свободное время, дают возможность расширить свой кругозор и круг общения, обмениваться мнениями, обсуждать актуальные вопросы, помогают разобраться в том, что сегодня происходит в нашей стремительной жизни, способствуют укреплению здоровья.

Данные факты свидетельствуют об актуальности темы учебно-исследовательской работы.

Цель: раскрыть роль занятий в Университете «Третий возраст» в сохранении здоровья лиц пожилого возраста на примере факультета «Здоровый образ жизни» в г. Нижнекамск.

Задачи:

1. Изучить историю развития Университета «Третий возраст».
2. Рассмотреть геронтологические изменения лиц пожилого возраста.
3. Провести социологическое исследование слушателей факультета «ЗОЖ».
4. Выполнить мониторинг состояния здоровья слушателей факультета «ЗОЖ».
5. Разработать рекомендации.

Гипотеза: занятия, проводимые в Университете «Третий возраст» способствуют сохранению и улучшению здоровья лиц пожилого возраста и их социальной активности.

Объект исследования: Университет «Третий возраст».

Предмет исследования: значение занятий факультета «Здоровый образ жизни» на здоровье лиц пожилого возраста в Университете «Третий возраст».

Методы исследования: изучение теоретических источников, анализ статистики, наблюдение, измерение, беседы, анкетирование, сравнительный анализ.

5. Среди слушателей Университета «Третий возраст» большой популярностью пользуется факультет «Здорового образа жизни». Из 1063 человек, посещают факультет ЗОЖ 625 слушателей, наибольшее количество слушателей (64 чел.) насчитывается в Нижнекамском медицинском колледже, где обучаются по двум направлениям ЛФК и скандинавская ходьба.

Многие из них посещают занятия не один год, более 2 –х лет занимаются на факультете 53 человека и ежегодно контингент обновляется. Возраст студентов с 55 лет и выше.

У многих слушателей наблюдается полиморбидность, на первом месте заболевания опорно-двигательного аппарата (58 чел.), на втором артериальная гипертензия (52 чел.), на третьем месте заболевания органов ЖКТ (41 чел.).

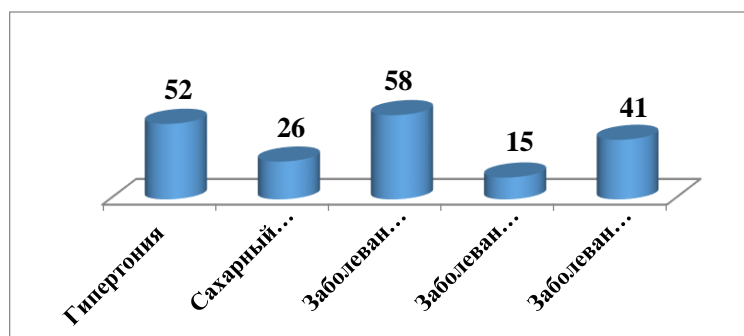


Рис. 2 Показатель наличия хронических заболеваний у слушателей

При беседе со слушателями по окончании учебного года все 100% отметили, что общее состояние организма намного улучшилось, хотя в начале цикла 46% слушателей отмечали плохое самочувствие и настроение.

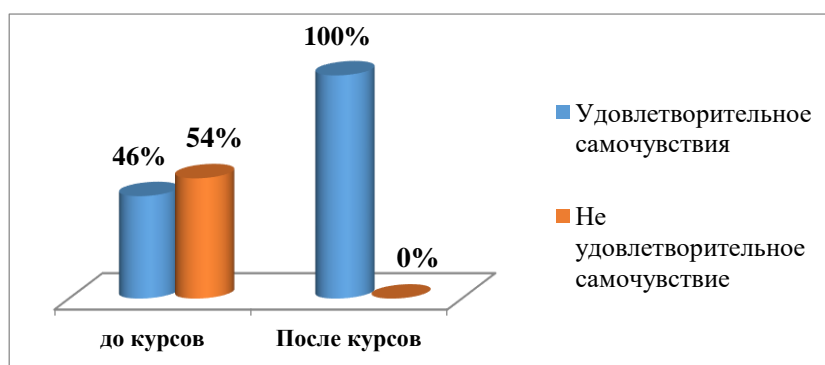


Рис.3 Показатели самочувствия слушателей

В течение учебного года были проведены контрольные измерения индекса массы тела. На начало обучения были выявлены 37 слушателей с отклонениями от нормы. В конце курса благодаря регулярным занятиям ИМТ улучшили 38% студентов.

Результаты исследования функционального состояния организма студентов через 3 месяца занятий статистически не значительно отличались от первичного исследования, в то время как заключительное тестирование через год занятий выявило отличия: уровень гибкости позвоночника улучшили 52%, жизненная емкость легких повысилась у 21%, показатели артериального давления нормализовались у 27%, уровень глюкозы в крови стабилизировался у 35%.

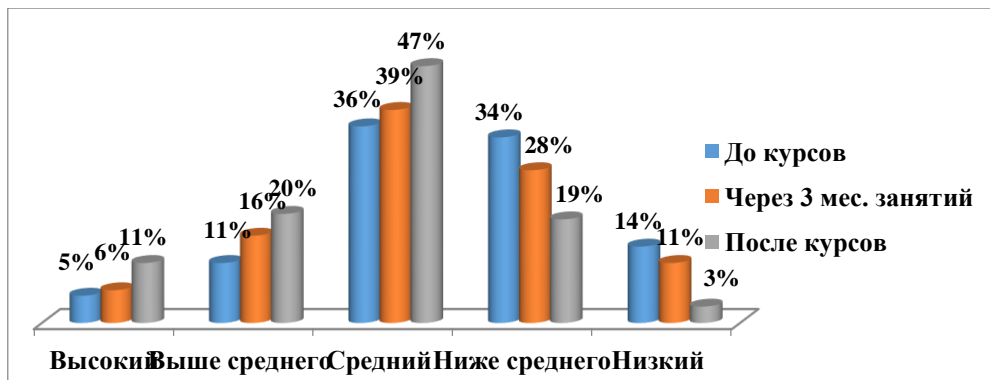


Рис. 4 Показатели функционального состояния позвоночника

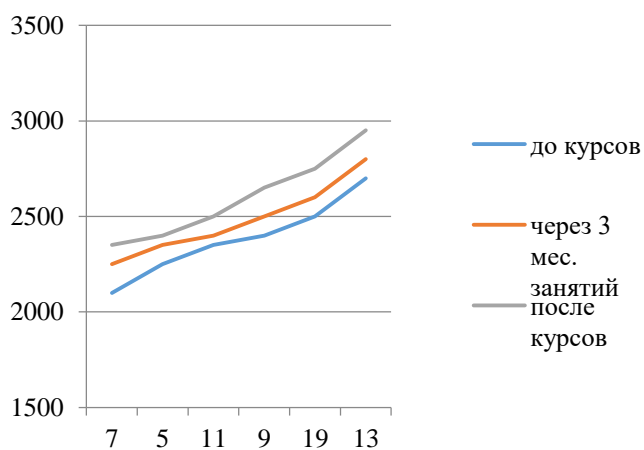
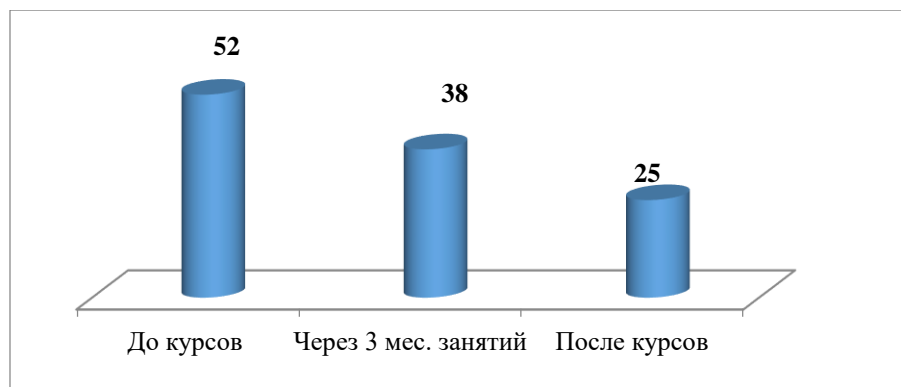


Рис. 5 Динамика показателей ЖЕЛ



6. Рис.6 Динамика изменения показателей АД

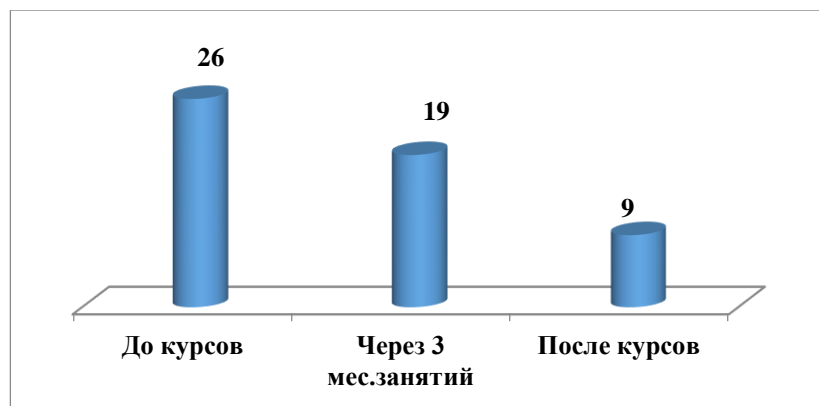


Рис. 7 Динамика изменения показателя уровня глюкозы в крови

Все слушатели отметили положительные изменения как в физическом и психическом состоянии.

Студенты отметили, что у них улучшилось настроение, улучшился сон, стали больше ходить пешком, тем самым стали меньше болеть простудными заболеваниями. А самое главное приобрели друзей.

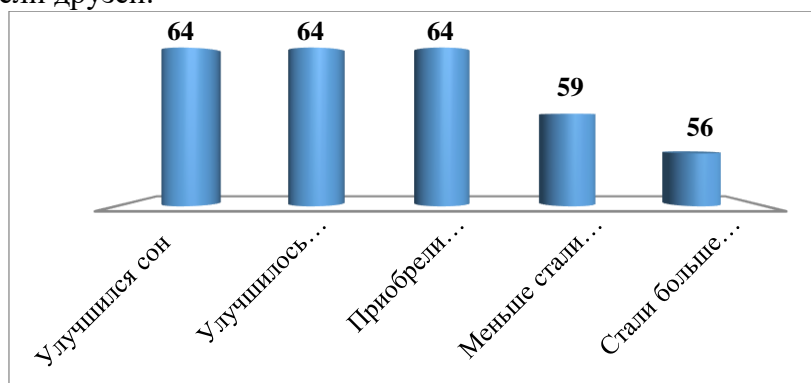


Рис. 8 Показатель положительных изменений у студентов Университета «Третий возраст» на конец цикла обучения

Таким образом, гипотеза исследования нашла своё подтверждение: занятия, проводимые в Университете «Третий возраст» на факультете «ЗОЖ» способствуют сохранению и улучшению здоровья лиц пожилого возраста и их социальной активности.

Исходя из полученных результатов работы, предлагаются следующие рекомендации:

1. Активно привлекать к занятиям на факультете ЗОЖ лиц мужского пола, привлекать студентов волонтеров для наблюдения за состоянием здоровья в первые дни занятий, проводить среди лиц пожилого возраста санитарно - просветительскую работу в ЛПУ и совете Ветеранов.

2. Для сохранения физической активности лицам пожилого возраста рекомендуются прогулки на свежем воздухе, занятия скандинавской ходьбой, посещение бассейна. Любая физическая активность обеспечивает хороший обмен веществ, настроение и бодрость, помогает поддерживать мышцы в тонусе.

3. И не забывать общаться с друзьями. Заводить новых друзей. Общение с ними поднимает настроение, повышает внутренний тонус, что помогает избежать психических недугов.

4. При выборе физической активности и подборе упражнений для пожилого человека важно учитывать его индивидуальные особенности. Перед началом занятий необходимо проконсультироваться с врачом.

Социальная значимость работы. Лица пожилого возраста находятся в процессе биологического, психологического, социального изменений и поэтому нуждаются в продуманной системе охраны здоровья. Для поддержания активности пожилых людей был создан Университет третьего возраста, который приобрел большую популярность среди людей пенсионного возраста в г. Нижнекамск и Нижнекамском муниципальном районе.

Процесс обучения дает возможность сформировать культуру образования пожилых, культуру активности и принятия себя в «серебряном возрасте».

Список использованных источников:

1. Число пенсионеров в России в 2021 году: статистика численности по годам и регионам, таблица. - Текст: электронный. - URL: <https://www.9111.ru/questions/777777771662188/> (Дата обращения 26.01.22)

2. Ярыгин, В. Н. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. Том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия / Под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с. - Текст : непосредственный.

АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Николаева Александра Александровна

Руководители:

Салова Ирина Алексеевна

Куршева Елена Михайловна

ГАПОУ "Новосибирский медицинский колледж", г. Новосибирск

Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, её функций и процессов, включая воспроизводство и гармонию в психосоциальных отношениях в семье. Репродуктивное здоровье женщин выделяется своей общественно-политической значимостью, так как оно напрямую связано со здоровьем детей, следовательно, с будущим государства и нации. Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья является важнейшей медицинской и государственной задачей. [3]

Вопросы охраны здоровья молодежи станут одной из наиболее серьезных проблем, с которыми мир встретится в ближайшем десятилетии. Это не случайно, так как молодежь до 25 лет составляет половину населения земного шара. События, обуславливающие начало репродуктивной жизни и возраст, в котором они происходят, являются важными факторами, оказывающими выраженное влияние на будущий жизненный путь человека. Совершенно очевидна значимость комплексного подхода к решению проблем охраны репродуктивного здоровья подростков, их сексуального образования. [3]

Демографическая ситуация в России, сложившаяся в последнее десятилетие прошлого века, характеризовалась низкой рождаемостью, высокой смертностью и сокращением численности населения (в среднем на 800 тыс. человек в год) и рассматривалась как демографический кризис. Чтобы исправить демографическую ситуацию в стране, была принята Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. (Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351).

Ситуация в России характеризуется отсутствием у населения, в том числе молодежи, информации о том, что такое планирование семьи, сексуальность, болезни, передаваемые половым путем, современная контрацепция, безопасный секс и т.д. Это связано с недостатком квалифицированных специалистов, способных заниматься половым воспитанием и умеющих работать с молодежью, а также отсутствием системы сексуального образования. [4]

Кроме того, достаточно часто молодые люди не хотят обращаться со своими проблемами в существующие государственные структуры (женские консультации, кожно-венерологические диспансеры и др.), так как далеко не всегда могут получить там анонимную и доступную помощь. [4]

Отсутствие сексуального воспитания приводит к раннему началу половой жизни, частой смене половых партнеров, увеличивает риск наступления нежелательной беременности и приводит к росту числа искусственных абортов или родов у девушек, в условиях их психологической и социальной незрелости. Результаты проведенных обследований студенток в возрасте 16-19 лет показали, что каждая третья девушка имеет какое-либо заболевание гениталий или молочных желез. Все это приводит к тому, что еще совсем молоденькие девочки приходят на аборт, а это не может не повлиять на их репродуктивное здоровье. Это приводит к различным болезням половой системы, нарушениям менструального цикла. Беда еще в том, что молодежь при первых симптомах заболевания не спешит к врачу, надеясь, что все скоро само собой нормализуется. [1,2,4]

Согласно статистическим данным, к началу семейной жизни практически каждый второй респондент имеет хронические заболевания, которые могут прямо или косвенно влиять на репродуктивное здоровье человека. [2]

Именно поэтому в последнее время этот вопрос так волнует не только медицинских работников, но и все общество. Здоровые дети – это наше будущее, а как они могут рождаться таковыми, когда их будущие родители не могут похвастаться своим репродуктивным здоровьем.

Репродуктивное здоровье человека и общества тесно взаимосвязаны. Возникает вопрос, а что же можно сделать, чтобы будущее поколение рождалось здоровым и способным родить таких же здоровых детей? Если внимательно изучить рекомендации, то в них нет ничего невыполнимого:

1. Любой подросток, вступающий в половую жизнь, должен знать о методах контрацепции и о вреде аборта и его последствиях;
2. активно заниматься профилактикой и лечением всех заболеваний половой сферы;
3. вести здоровый образ жизни;
4. неукоснительно соблюдать правила личной гигиены, причем это касается не только девушек, но и мужчин;
5. укреплять свой иммунитет;
6. стараться правильно питаться и не употреблять продукты, которые вредят здоровью.

[8,9]

Правила, которые вполне под силу соблюдать любому, но, к сожалению, не все об этом задумываются. А репродуктивное здоровье подростков непременно скажется на их состоянии во взрослой жизни, на здоровье и благополучии их детей.

То, что характеристика репродуктивного здоровья в последние годы оставляет желать лучшего, вам подтвердит любой врач. Это доказывают следующие примеры:

1. Большинство населения детородного возраста страдает различными инфекционными и воспалительными заболеваниями.
2. Резко ухудшается репродуктивное здоровье как мужчин, так и женщин.
3. С каждым годом растет число бесплодных браков.
4. Младенческая смертность не уменьшается, а, наоборот, растет.
5. Рождается большое количество детей с генетическими заболеваниями.
6. Онкология становится бичом нашего общества, причем огромное количество больных принадлежит к молодому поколению.
7. Генофонд нации стремительно истощается.

Необходима большая работа по профилактике различных заболеваний, прежде всего тех, которые оказывают влияние на половую сферу. Просвещение должно начинаться с семьи и продолжаться в учебных заведениях. Об этом надо разговаривать с подрастающим поколением. Особую роль надо отвести профилактике аборт, особенно в раннем возрасте. [6,7]

Таким образом, здоровый образ жизни и прочная семья - это неразделимые понятия, к которым человек должен приобщаться с раннего детства. Одним из показателей репродуктивного здоровья можно считать устойчивую мотивацию человека на создание прочной семьи и выработку у себя качеств хорошего семьянина. Семья - это исток жизни, в ней формируется все, что способствует физическому, духовно-нравственному и социальному развитию человека. Всякая благополучная семья возникает на основе любви и является неисчерпаемым источником человеческого счастья. Для того, чтобы в семье появлялись желанные и здоровые дети, будущим родителям необходимо знать, как сохранять и оберегать своё репродуктивное здоровье. [5]

В колледже было проведено анкетирование среди девушек 1 и 3 курса в возрасте от 18 до 40 лет. Реципиентов было 45 с 1 курса и 45 с 3 курса. Они были разбиты на возрастные группы: 20-29 лет и 30-40 лет на 3 курсе; 18-20, 27-29 и 30-40 лет на 1 курсе (см. Таблицу).

Репродуктивное здоровье девушек колледжа

Вопрос анкеты		1 курс	3 курс
Возрастные группы		20-30 лет (49%) До 20 лет 18 чел. (40%) С 30 до 40 лет (11%)	20-29 лет 41 чел. (91%) 30-40 лет 4 чел. (9%)
Семейное положение		В браке 20 чел. (44%)	В браке 12 чел. (27%)
Половой жизнью живут		29 чел. (64%)	33 чел. (73%)
Менархе		С 12-13 лет (65%)	С 12-13 лет (49%)
Беременность		16 чел. (36%)	9 чел. (20%)
Аборты		3 чел. (7%)	1 чел. (2%)
Выкидыш		2 чел. (4%)	0
Роды		11 чел. (24%)	8 чел. (18%)
Посещение гинеколога		С 16-18 лет – 35 чел. (78%)	С 16-18 лет – 26 чел. (58%)
Гинекологические заболевания		11 чел. (24%)	9 чел. (20%)
Экстрагенитальные заболевания		32 чел. (71%)	8 чел. (18%)
Возраст применение контрацепции		С 19 лет – 18 чел. (40%) С 17 лет 4 чел. (8%)	С 16 лет - 12 чел. (36%) С 17 лет – 11 чел. (33%)
Используемые методы контрацепции	Барьерные	19 чел. (42%)	18 чел. (58%)
	КОК	7 чел. (16%)	9 чел. (29%)
	Прерванный половой акт	3 чел. (7%)	4 чел. (13%)
Кто посоветовал	партнёр	10 (34%)	1(3%)
	врач	10 (34%)	10(32%)
	лекции	6 (21%)	3(10%)
	подруги	3 (11%)	0
	интернет	0	16(52%)
	семья	0	2 (6%)

По данным анкетирования были получены следующие результаты:

1. Основная масса опрошенных на 1 и 3 курсах возрастом до 30 лет.
2. В браке состоят 44% на 1 курсе, а на 3 курсе только 27%, отмечается значительное снижение % из-за разводов.
3. Половой жизнью живут на 1 курсе - 64%, на 3 курсе - 73%.
4. Менархе на 1 и 3 курсах у опрошенных с 12-13 лет, что радует, так как это правильный возраст наступления.
5. Беременность на 1 курсе наступила у 36% опрошенных, а на 3 курсе только у 20% опрошенных. Это можно объяснить тем, что на 3 курсе в браке только 37% студенток.
6. Аборты на 1 курсе были у 7% опрошиваемых, а на 3 курсе у 2%. Улучшение показателей возможно за счёт большего знания методов контрацепции.
7. Уровень количества родов на 3 курсе меньше, что объясняется меньшим количеством браков по сравнению с 1 курсом.
8. Посещение гинеколога на 1 курсе больше, чем на 3 курсе, что можно объяснить большей дисциплинированностью.
9. Процент гинекологических заболеваний одинаков на 1 и 3 курсах.
10. Другими заболеваниями страдают на 1 курсе 71% и 18% на 3 курсе; структура заболеваний различна, но это является поводом для дальнейшего обследования.
11. Самый популярный метод контрацепции - барьерный, а именно - презерватив. На втором месте гормональная контрацепция.
12. Знания по контрацепции у 1 курса в большем соотношении получены от полового партнёра и врача-гинеколога; студентки 3 курса больше полагаются на врача-гинеколога и сеть Интернет.

Таким образом, можно сделать выводы по проведенной исследовательской работе:

1. Необходимо обратить особое внимание на причины разводов, возможность сохранения брака и обращение для консультации к психологу по семейным вопросам.

2. Обязательно, с более раннего возраста, консультировать девушек по вопросам интимной гигиены, о дебюте половой жизни, о вреде аборта и мерах предупреждения нежелательной беременности, а также о профилактике ИППП.

3. Информацию о методах контрацепции необходимо получать у врача-акушера-гинеколога или акушерки в соответствии со всеми показаниями и противопоказаниями выбранного метода, а также получать знания по культуре полового поведения.

Список использованных источников:

1. *Аборты, современные методы планирования семьи: учебно - методическое пособие [Текст] / Составитель: Л. И. Кудрявцева. - Самара, СВМИ; 2013г. - 98 стр.*
2. *Гинекология Уч.д/вузов [текст] / Под ред. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. - М.: ГЭОТАР МЕДИА, 2017. - 432 с.*
3. *Гребешева, И.И., Камсюк, Л.Г., Алесина, И.Л. Концепция полового воспитания подростков, разработанная Российской ассоциацией "Планирование семьи" [Текст] / И.И. Гребешева, Л.Г. Камсюк, И.Л. Алесина // Планирование семьи. - 2012. - №2. - С.11*
4. *Женщины и здоровье [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health> (дата обращения 08.12.2023)*
5. *Марданов, Р.А. Скажи абортам «нет» / Рафаэль Марданов // Женское здоровье жур. - 2016. - 24 июня - 17 с.*
6. *Попов, А.А. Искусственные аборты [текст] / А.А. Попов. - М., 2012. - 256 с.*
7. *Руководство по контрацепции [Текст] / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 400 с.*
8. *Сакевич, В.А. Аборт или планирование семьи [Электронный ресурс].*
9. *Юсупова, А.Н. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России [текст] / А. Н. Юсупова. - М.: Медицина, 2011. - 248 с.*

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ КЛАССОВ КОЛЛЕДЖА ОмГМУ

*Бенке Анастасия Дмитриевна
Руководитель: Кучугурная Людмила Александровна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

Компьютер естественно вписался в жизнь современного студента, и является эффективным техническим средством, при помощи которого можно значительно разнообразить процесс обучения. Компьютеризация в образовании несёт не только положительные изменения, но и порождает массу проблем. Среди них ведущая роль принадлежит физиолого-гигиенической проблеме, связанной с сохранением здоровья пользователей ПК, так как компьютер – не только средство для получения информации, но и дополнительный источник загрязнения учебных кабинетов. Органы Роспотребнадзора предъявляют строгие требования к условиям организации рабочих мест компьютерных классов. Требования санитарных правил направлены на предотвращение или уменьшение вредных и опасных факторов при работе с компьютерами.

Актуальность темы

дополнительный источник воздействия вредных и опасных факторов в учебных кабинетах: электромагнитные и электростатические поля, негативное воздействие на зрение недостаточного освещения рабочего места, несоответствие параметров микроклимата на рабочих местах. Кроме этого, на одном квадратном дюйме поверхности клавиатуры «уживаются» более трёх тысяч (3000!) микроорганизмов, компьютерная мышь может содержать на поверхности более полутора тысяч (1676!) микроорганизмов [2]. В настоящее

время достаточно хорошо изучено влияние физических факторов персонального компьютера на человека.

Объект исследования: санитарно-гигиеническое состояние компьютерных классов колледжа ОмГМУ.

Предмет исследования: санитарно-гигиенические показатели (микроклимата и освещённости) компьютерных классов колледжа ОмГМУ.

Цель исследования: Оценка санитарно-гигиенического состояния компьютерных классов колледжа ОмГМУ.

На основании поставленной цели исследования сформулирован ряд задач:

1. Задача теоретическая:

Изучить литературные данные и нормативную документацию по требованиям к содержанию компьютерных классов образовательных учреждений.

2. Задача практическая:

Провести санитарно-гигиеническое обследование компьютерных классов колледжа ОмГМУ (определить показатели микроклимата и освещённости рабочих мест).

3. Задача разработки плана воплощения исследования:

- дать гигиеническую оценку состояния компьютерных классов колледжа в соответствии с нормативными документами.

- составить гигиенические рекомендации.

Материалы и методы исследования

В настоящее время установлено, что работа за компьютером оказывает существенное влияние на функциональное состояние зрительного анализатора, центральную нервную систему (ЦНС) и вегетативную нервную деятельность (ВНД), вызывая напряжение этих систем, способствует раннему развитию утомления. При нарушении режима труда и отдыха работа за компьютером может привести к отклонениям в работе организма, срыву адаптации, возникновению и развитию заболеваний нервной, иммунной, эндокринной систем, органа зрения и нарушению половой функции.

К организации работы в компьютерных классах предъявляется ряд требований, соблюдение которых обеспечивает наиболее оптимальные условия обучения: СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы» (с изм. и допол. от 18.06.2010г.). В СанПиН регламентируются показатели воздушно-теплового, светового и инсоляционного режима. Оптимальные параметры микроклимата следующие: температура воздуха - 19-21 °С, относительная влажность воздуха - 55-62%, скорость движения воздуха - 0,1-0,3 м/сек. Освещённость на поверхности стола в зоне размещения рабочего документа должна составлять не менее 300 люкс.

Определение данных показателей проводилось лабораторно-инструментальным методом с помощью электронно-цифровых приборов ТКА-ПКМ и Метеоскоп-М, имеющих сертификаты соответствия сертификации ГОСТ и Госстандарта России.

Результаты исследования.

В ходе нашего исследования, нами было проведено санитарно-гигиеническое обследование 4-х компьютерных классов колледжа (определение параметров микроклимата и показателей освещённости) в разное время суток (9, 12 и 15 часов) для холодного и тёплого периода года.

Результаты инструментальных исследований показали, что в холодный период года во всех обследованных компьютерных классах температура воздуха соответствовала гигиеническим нормативам и составляла 20-21°C. В тёплый период года во всех обследованных компьютерных классах температура воздуха не соответствовала гигиеническим нормативам и составляла 24-27°C во второй половине дня, что свидетельствует о несоблюдении режима проветривания помещений в этот период времени. Как в зимний, так и в летний периоды года, скорость движения воздуха не превышала

нормируемые параметры (0,1-0,3 м/сек.). Относительная влажность воздуха превышала допустимые нормативы и составляла 62-70% во второй половине дня (таблица 1).

Таблица 1

Параметры микроклимата компьютерных классов в соответствии с СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 (с изм.и допол. от 18.06.2010г).

Помещение	Температура, °С		Относительная влажность, %		Скорость движения воздуха, м/с	
	Норматив по СанПиН	Фактич	Норматив по СанПиН	Фактич	Норматив по СанПиН	Фактич.
Компьютерный класс №1	19-21	22	55- 62	65	0,1-0,15	0,1-0,15
Компьютерный класс №2	19-21	25	55- 62	67	0,1-0,15	0,1-0,15
Компьютерный класс №3	19-21	26	55- 62	68	0,1-0,15	0,1-0,15
Компьютерный класс №4	19-21	26	55- 62	69	0,1-0,15	0,1-0,15

Гигиеническая оценка показателей освещённости

Большое значение в сохранении здоровья обучающихся играет поддержание нормального естественного и искусственного освещения компьютерных классов. Работа на компьютере в условиях недостаточного освещения вызывает различные симптомы заболевания глаз (сухость, слезотечение, покраснение, боль, чувство давления). При определении показателей искусственного освещения установлено, что как в зимний, так и в летний периоды года, освещённость рабочих поверхностей столов компьютерных классов неравномерна и составляет от 130 до 450лк (кабинеты № 2, 3, 4) при норме не менее 300лк (таблица 2).

Таблица 2

Показатели искусственного освещения компьютерных классов в соответствии с СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 (с изм.и допол. от 18.06.2010г).

Помещение	9-12 часов		12-15 часов		15-18 часов	
	Норматив по СанПиН	Фактич	Норматив по СанПиН	Фактич	Норматив по СанПиН	Фактич.
Компьютерный класс №1	300 лк	320	300 лк	450	300 лк	300
Компьютерный класс №2	300 лк	280	300 лк	270	300 лк	250
Компьютерный класс №3	300 лк	140	300 лк	180	300 лк	130
Компьютерный класс №4	300 лк	190	300 лк	200	300 лк	180

Выводы. Санитарно-гигиеническое состояние компьютерных классов колледжа не отвечает санитарно-гигиеническим требованиям по следующим показателям:

1. Температурному режиму в тёплый период года (температура превышает норму на 4-5 °С).

2. Относительной влажности (завышена на 5-7%).
3. Искусственному освещению в компьютерных классах № 2, 3,4 (занижено от 20 до170лк).

Область практического применения (рекомендации):

1. Регулярно проводить сквозное проветривание компьютерных классов через каждые 45 минут занятий.
2. Использовать жалюзи только при прямом воздействии солнечных лучей на экран монитора.
3. Регулярно очищать арматуру светильников от пыли.
4. Перед началом работы и после окончания работы с компьютером мыть руки.

После данных гигиенических рекомендаций нами были проведены повторные замеры параметров микроклимата и освещения в компьютерных классах колледжа. При повторных замерах все показатели параметров микроклимата (температура, влажность) и освещённости соответствовали требованиям нормативных документов (таблица 3).

Таблица 3

Параметры микроклимата компьютерных классов в соответствии с СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 (с изм.и допол. от 18.06.2010г).

Помещение	Температура, °С		Относительная влажность, %		Скорость движения воздуха, м/с	
	Норматив по СанПиН	Фактич	Норматив по СанПиН	Фактич	Норматив по СанПиН	Фактич.
Компьютерный класс №1	19-21	21	55- 62	56	0,1-0,15	0,1-0,15
Компьютерный класс №2	19-21	21	55- 62	61	0,1-0,15	0,1-0,15
Компьютерный класс №3	19-21	20	55- 62	58	0,1-0,15	0,1-0,15
Компьютерный класс №4	19-21	20	55- 62	59	0,1-0,15	0,1-0,15

Таблица 4

Показатели искусственного освещения компьютерных классов в соответствии с СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 (с изм.и допол. от 18.06.2010г)

Помещение	9-12 часов		12-15 часов		15-18 часов	
	Норматив по СанПиН	Фактич	Норматив по СанПиН	Фактич	Норматив по СанПиН	Фактич.
Компьютерный класс №1	300 лк	320	300 лк	450	300 лк	300
Компьютерный класс №2	300 лк	300	300 лк	370	300 лк	320
Компьютерный класс №3	300 лк	300	300 лк	380	300 лк	330
Компьютерный класс №4	300 лк	310	300 лк	390	300 лк	300

Заключение.

Таким образом, выполнение предложенных ранее гигиенических рекомендаций позволило привести показатели микроклимата (температуры и влажности) и искусственного освещения в соответствие с санитарными нормами и правилами.

Список использованных источников:

1. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы» (с изменениями и дополнениями от 18.06.2010г.).
2. Журнал «Наука о земле», Чарльз Джерба, статья «Безопасна ли для здоровья твоя клавиатура», №7, 2009г.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА ОмГМУ

Кыспай Алина Артышовна

Руководитель: Стрелец Валентина Ивановна

ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"

Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск

Одна из важнейших задач современной медицины – обеспечение правильного питания молодого поколения. Рациональное питание является одним из ведущих критериев качества жизни. Нарушение структуры питания оказывает влияние на рост, развитие, сохранение здоровья, умственные способности, состояние памяти и оптимальной продолжительности жизни человека.

Актуальность

В настоящее время состоянию здоровья студентов уделяется большое внимание, так как в России около 35% студентов имеют хронические заболевания. Наш колледж - не исключение. По данным ежегодных медицинских осмотров на диспансерном учёте с заболеваниями желудочно-кишечного тракта состоят более 10% студентов колледжа ОмГМУ. Ухудшение здоровья студентов в период обучения в учебном заведении связано с изменением привычного режима дня, информационным стрессом, нарушением режима труда и отдыха, питания, недостаточным материальным обеспечением, увлечением популярным западным стилем питания. Такой стиль питания однообразен, насыщен животными жирами и сахарами, представлен большим количеством разнообразных бутербродов, гамбургеров, чипсов, которые запиваются газированными напитками. В современном городе студенты тратят очень много времени на дорогу, что также способствует перекусыванию или утолению голода в заведениях быстрого питания. Все это приводит к появлению серьезных проблем со здоровьем, уменьшению работоспособности, снижению устойчивости к простудным заболеваниям. Учитывая важность здоровья молодежи, как фактора, обеспечивающего будущий экономический, социальный и культурный потенциал страны, изучение данного вопроса является актуальной медико-педагогической задачей.

Объект исследования – студенты колледжа ОмГМУ.

Цель исследования: изучение качественного состава рациона и режима питания студентов колледжа ОмГМУ в период учебной деятельности.

Задачи исследования:

1. Изучить литературные данные и нормативную документацию гигиенических требований к пищевому рациону, его энергетической ценности и качественному составу.
2. Изучить методику определения (расчета) суточного рациона питания студента по меню-раскладке.
3. Определить (рассчитать) и оценить индекс массы тела (ИМТ).
4. Определить суточный расход энергии расчетным методом.
5. Дать гигиеническую оценку соответствия калорийности пищевого рациона энергетическим затратам.

Материалы и методы

Работа проводилась в течение двух лет. Из всего многообразия направлений при изучении питания мы остановились на изучении фактического питания учащихся с точки зрения количественной и качественной характеристики пищевых рационов. Оценка состояния полноценности и качества питания проводилась в соответствии с Методическими рекомендациями МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации», утверждёнными Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г.Онищенко 18 декабря 2008 г. Оценка питания осуществлялась на основе субъективных данных с последующей статистической обработкой, что позволяет считать результаты исследования достоверными. Обработка статистических данных производилась в редакторе Microsoft Excel.

Результаты исследования

Исследовательская работа проводилась среди студентов 1 - 4 курсов. В ходе исследования были проанализированы 530 меню-раскладок учащихся отделений колледжа: Лечебное дело (1 курс -100 человек, 4 курс – 50 человек), Сестринское дело (1,2 курс – 180 человек), Фармация (2 курс 150 человек), Лабораторная диагностика (2 курс - 50 человек) с точки зрения количественной и качественной характеристики пищевых рационов, ориентированных на выявление особенностей, режима и качества питания современных студентов ИМТ (Диаграмма 1).

Диаграмма 1



Оценка питания населения может осуществляться на основании различных данных. Более точную оценку питания даёт «суточный рацион» (24-часовой метод воспроизведения питания). Изучение питания проводилось расчётным методом по меню – раскладкам, количественная сторона пищевого рациона определялась по его объёму, калорийности, количеству белков, жиров, углеводов и их соотношению.

Индексы массы тела – являются объективными показателями «пищевого статуса», характеризуют состояние здоровья, сложившиеся на фоне конституциональных особенностей организма под воздействием фактического питания. Пищевой статус студентов определялся по соответствию роста и веса по индексу Кетле для данной возрастной группы (табл.1).

Таблица 1

Оценка индекса массы тела

Масса тела	ИМТ кг/м ²	Окружность талии мужчины	
		< 102	> 102
		Окружность талии женщины	
		< 88	> 88
Недостаточная	<18,5		
Нормальная	18,5 – 24, 9		

Избыточная	25,0 – 29, 9		повышенный
Ожирение I степени	25,0 - 29, 9	повышенный	высокий
Ожирение II степени	30,0 – 34, 9	очень высокий	очень высокий
Ожирение III степени	> 40	крайне высокий	крайне высокий

Анализ пищевого статуса, что 75% студентов имеют нормальный индекс массы тела (ИМТ), 3% студентов имеют избыточный ИМТ, 22% студентов имеют недостаточный ИМТ (Диаграмма 2).

Диаграмма 2



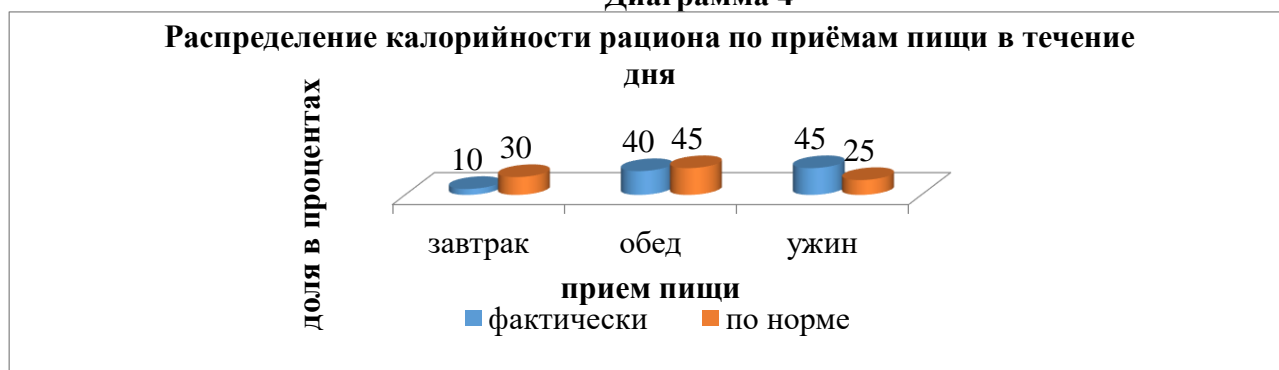
Согласно Методическим рекомендациям «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах» калорийность пищевого рациона для студентов должна составлять 2200-2600 ккал. Проведя анализ меню-раскладок, было установлено, что суточная калорийность пищевого рациона соответствовала гигиеническим нормам у 39% студентов, занижена у 53% студентов, а у 8% незначительно завышена (Диаграмма 3).

Диаграмма 3



При оценке режима питания (для студентов более приемлемым оказалось 3-х разовое питание) выявлены нарушения распределения калорийности рациона по приёмам пищи в течение дня. Так на долю завтрака приходится 10% суточного рациона, при норме 30%. Калорийность обеда составила 40%, при норме 45%, а калорийность ужина составила 45% при норме 25% (Диаграмма 4).

Диаграмма 4



Оценивая качественную сторону рациона питания, установлено нарушение соотношения основных пищевых веществ: отмечается недостаток белков и жиров, избыток легкоусвояемых углеводов.

Питание студентов не отличается разнообразием: у 32% в рационе отсутствуют молоко и молочные продукты, у 20% мясные продукты, у 80% рыба, у 30% фрукты. Из овощей в рационе преобладают картофель и квашеная капуста.

Выводы

1. Питание студентов колледжа ОмГМУ однообразное.
2. Калорийность суточного рациона питания студентов недостаточная.
3. Не соблюдается режим питания (высокая калорийность ужина и очень низкая калорийность завтрака).
4. Питание студентов нерациональное и несбалансированное, что может способствовать развитию алиментарно-зависимых заболеваний.

Рекомендации

1. Студентам необходимо соблюдать режим питания и скорректировать состав пищевого рациона, обращая внимание на качественный состав питания.
2. Для формирования знаний студентов о рациональном питании были внесены в учебные программы по дисциплине «Гигиена и экология человека» и профессиональному модулю ПМ.06. Теория и практика лабораторных санитарно-гигиенических исследований дополнительное практическое занятие по индивидуальному расчёту показателей ИМТ, суточного рациона по меню-раскладке, суточного расхода энергии.
3. При проведении санитарно-просветительной работы уделять внимание вопросам рационального питания и ЗОЖ.

Заключение

При правильно сформированных представлениях о рациональном питании и мотивации на ЗОЖ, возможно сохранить здоровье на долгие годы, быть квалифицированным и востребованным специалистом.

Список использованных источников:

1. Балыкова О.П., Цыбусов А.П., Блинов Д.С. Исследование культуры питания студентов вузов – как одного из факторов формирования здоровья//Интеграция образования. -2012.№2-С.56-59.
2. Кучма В.Р. Основы рационального питания и гигиеническая оценка пищевого статуса студентов: монография /В.Р.Кучма, Е.Г. Блинова, Г.А. Оглезнев .- Омск: Изд-во ОмГМА, 2007.-127с.
3. Попов В.И., Степкин Ю. И., Чубирко М. И. [и др.]. Гигиена с основами санитарно-гигиенических методов исследования : учебное пособие - Ростов-на-Дону : Феникс, 2023. - 191с. - (Среднее медицинское образование)
4. Методические рекомендации МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».

ПРОБЛЕМА ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Морозкина Мария Олеговна
Руководитель: Моисеенко Римма Евгеньевна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск

Пивной алкоголизм у подростков является одной из наиболее распространенных проблем в современном обществе. Многие подростки начинают употреблять пиво еще на раннем этапе своей жизни, не осознавая последствий, которые могут возникнуть в будущем. Пиво, казалось бы, является безобидным напитком, но его злоупотребление может привести к серьезным проблемам со здоровьем и социальной адаптацией.

По данным исследования, проведенного в БУЗОО «Омский клинический наркологический диспансер» в 2019 году, средний уровень потребления пива на душу населения в России составляет 50-70 литров в год, что равняется литру пива раз в три дня (диаграмма1).

Диаграмма1.



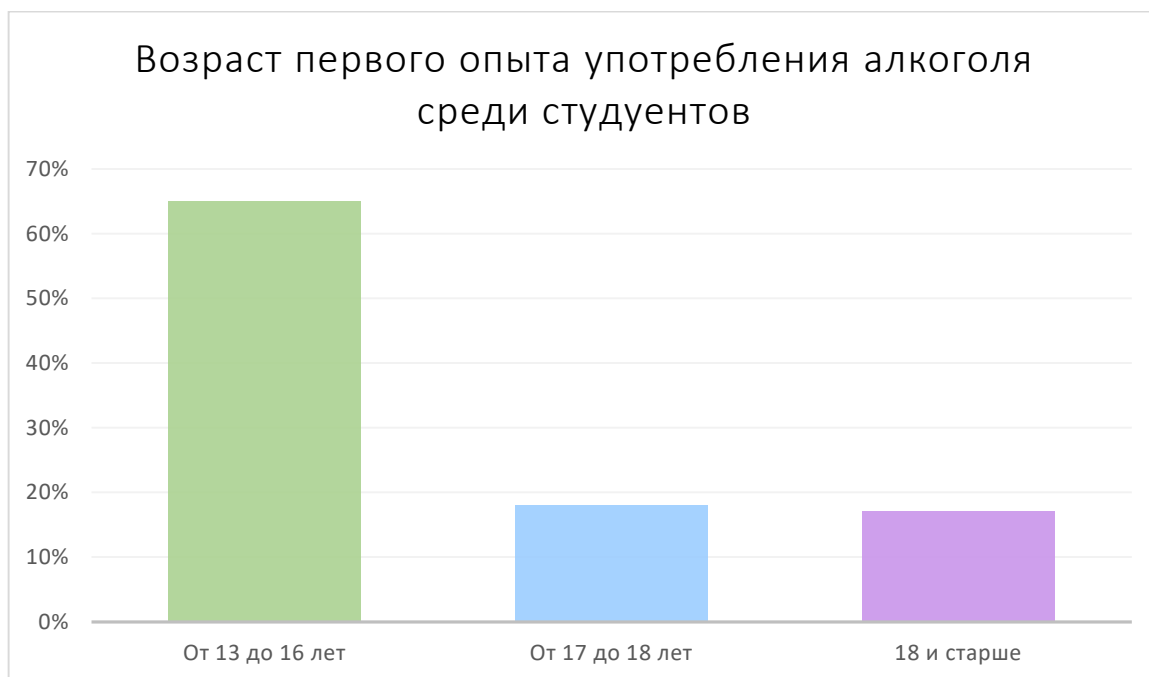
В результате такого злоупотребления пивом, многие подростки, так же, как и взрослые, страдают от пивной зависимости.

Отметим, что в последние годы употребление алкоголя всё более широко распространяется в молодежной среде. Ранний (или подростковый) алкоголизм формируется в возрасте от 13 до 18 лет. Подростковый возраст является наиболее уязвимым к негативным воздействиям окружающей подростка среды.

В рамках нашего исследования мы провели опрос среди студентов 3 курса отделения «Лечебное дело» ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, колледж, по поводу их первого опыта употребления алкоголя. Целью было выяснить, когда именно они впервые попробовали алкоголь и насколько это явление распространено среди данной возрастной группы. Результаты опроса стали основой для создания диаграммы, которая отразила важные аспекты этого исследования.

Итак, среди 70 студентов 3 курса 65% респондентов попробовали алкоголь впервые в возрасте от 13 до 16 лет, что составило самую большую группу. Небольшое количество студентов (18%) впервые попробовали алкоголь в возрасте от 17 до 18 лет. Самая малочисленная группа респондентов (17%) признала, что впервые попробовала алкоголь в возрасте старше 18 лет (диаграмма 2).

Диаграмма 2.



Результаты опроса позволяют сделать вывод о том, что большинство респондентов впервые употребили алкоголь в юном возрасте. Это подтверждает актуальность и необходимость проведения данных исследований, чтобы более глубоко понять факторы, влияющие на принятие решения об употреблении алкоголя в данной возрастной группе.

Разбирая причины развития подросткового алкоголизма можно выделить несколько основных аспектов:

1. Неполная семья является одним из факторов риска алкоголизации у подростка. Подростки, чьи родители употребляют алкоголь, имеют больший риск стать зависимыми. Начинают употреблять алкоголь в попытках бегства от стресса, депрессии, низкой самооценки, отсутствия внимания со стороны родителей. Также важную роль в развитии алкоголизма играет генетическая предрасположенность.

2. Генетические факторы. Так, например, установлено, что близнецы, имеющие одинаковый набор генов (однойцевые близнецы) с большой вероятностью будут иметь алкогольные проблемы, чем двуяйцевые близнецы. Недавние исследования также показали, что родственники алкоголиков первой линии родства в 3-4 раза имеют более высокий риск стать алкоголиками, чем родственники не алкоголиков. [3]

3. Доступность пивных напитков и отсутствие доступного досуга для молодежи. Бутылка пива по стоимости будет равна бутылке пресной воды и в разы дешевле перекуса в школьной столовой. А найти спортивную или досуговую площадку гораздо сложнее, чем провести свободное время распивая пиво на лавочке. Кроме того, пиво очень просто приобрести, оно продается практически в каждом супермаркете, магазине или киоске, работающем в круглосуточном режиме, и если в первом случае продавец супермаркета обязан проверить документы покупателя приобретающего спиртной напиток, так как находится под

камерами видеонаблюдения, то в маленьких магазинах и киосках на это часто закрывают глаза.

4. Реклама и СМИ также вносят весомый вклад в развитие алкоголизма у подростков. Современные подростки подвержены влиянию рекламы и социальных медиа, которые часто искажают реальность и создают иллюзию, что употребление алкоголя — это норма. [2]

Алкоголь, находясь в организме подростка, может вызвать различные проблемы, связанные с его физическим и психическим развитием.

Во-первых, пиво негативно влияет на развитие мозговой ткани подростка. Мозг в этом возрасте находится на стадии интенсивного формирования и преобразования, и алкоголь может замедлить или даже прервать этот процесс. Исследования показывают, что употребление пива подростками может привести к проблемам с памятью, снижению интеллектуальных способностей и нарушению концентрации.

Кроме того, употребление пива в подростковом возрасте может привести к ряду физических проблем. Рост и развитие костей могут быть нарушены из-за воздействия алкоголя на процессы образования костной ткани. Более того, пиво может вызывать нарушения работы печени и ослабление иммунной системы, делая подростка более уязвимым перед различными вирусами и инфекциями.[1]

Социальные последствия регулярного употребления пива в таком раннем возрасте также не стоит недооценивать. Подростки, склонные к алкогольной зависимости, могут испытывать проблемы с дружескими и семейными отношениями, а также ухудшение успеваемости в школе. Кроме того, использование пива в подростковом возрасте может стать воротами к более серьезным проблемам с алкоголем и наркотиками в будущем.

Подводя итог вышесказанного можно сделать вывод о том, что профилактика пивного алкоголизма среди подростков должна начинаться с информированности их родителей о вреде употребления пивных напитков. Если бы каждый родитель соблюдал запрет на употребление алкоголя перед своими детьми, часть проблемы разрешилась бы практически сразу.

Ещё одна причина тяги подростков к алкоголю – недостаточная занятость. Родителям необходимо внимательно подходить к саморазвитию их ребенка. Чтобы в свободное от учебы время подросток проводил с пользой, а не за «бутылочкой пенного».

Со стороны государства необходима организация социально-досуговых площадок, спортивных и творческих секций для молодежи.

И я думаю, что необходимо максимальное сокращение рекламы пивной продукции, а также ограничение продажи пива несовершеннолетним и молодым людям. По мере возможности необходимо сокращение торговых точек, занимающихся реализацией пива, усиление их проверки на легальность и причастность к продаже алкоголя несовершеннолетним.

Создание молодежных объединений, целью которых является пропаганда здорового образа жизни и активной гражданской позиции. И профилактическая работа в учебных заведениях.

Поэтому, родителям, педагогам, медицинским работникам и государственным органам необходимо сотрудничать и принимать совместные меры в целях предотвращения пивного алкоголизма среди подростков. Образование о вреде алкоголя, доступность профессиональной помощи и поддержки, а также создание здоровых альтернатив и хобби для подростков помогут сыграть важную роль в решении этой проблемы.

Список использованных источников:

1. Бабюк И.А., Н.В. Побережная, А.Е. Табачников. «Медико-социальная проблема злоупотребления пивом лицами молодого возраста». Научно-практический журнал «Архив Психиатрии» — СПб.: самоиздание, типография М. Акинфиева 2015; 53-57
2. Дереча И.И., Мамонтова Т.С., Селиванова О.А. «Социально-психологические особенности отношения подростков к употреблению слабоалкогольных напитков» Москва, изд.: Московский педагогический государственный университет журнал педагогика и психология образования 2021; 57-58
3. Опарина И.Г., Москаленко Л.А., «Молодежный пивной алкоголизм в России: причины и пути решения проблемы». Иркутск: журнал «Вестник Восточно-Сибирского института МВД России» 2013; 3-15

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ФИЗИОЛОГИЮ СОСУДОВ И КРОВИ

*Елекина Анель Адильовна
Одинцов Павел Андреевич*

*Руководитель: Халупенко Ирина Александровна
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

Актуальность

По мнению многих авторов изменения показателей периферической крови, таких как, объем циркулирующей крови, увеличение количества эритроцитов, тромбоцитов, концентрации гемоглобина свидетельствуют о высоком адаптационном потенциале организма, отличной тренированности и функциональном состоянии [1, с. 8-9]. У людей с хорошим уровнем физической подготовленности (спортсменов), высоким функциональным состоянием организма показатели объема циркулирующей крови, объема циркулирующих эритроцитов и концентрация гемоглобина выше, чем у лиц со слабой физической подготовленностью [3, с. 429-431].

Актуальность нашей работы обоснована тем, что в современных условиях исследования функционального состояния и адаптационных возможностей организма к меняющимся условиям внешней и внутренней среды становятся все более острой проблемой, имеющей общебиологическую и медицинскую значимость. Поэтому немаловажной задачей становится рассмотрение изменений некоторых показателей периферической крови как у лиц, систематически занимающихся спортом – тренированных, так и у лиц с недостаточным уровнем физической подготовленности – нетренированных. Изменение картины периферической крови способно отражать те изменения, которые наступают в организме человека в ответ на физическую нагрузку. При этом об его приспособленности к выполнению нагрузки можно судить по степени изменения указанных показателей [4, с. 49-52].

Цель исследования – изучить изменения показателей периферической крови у лиц, систематически занимающихся спортом – тренированных, и у лиц с недостаточным уровнем физической подготовленности – нетренированных; доказать положительное влияние физической нагрузки на здоровый организм, пропагандировать здоровый образ жизни.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературные источники по проблеме исследования.
2. Выполнить клиническое лабораторное исследование – методики общего анализа крови и сравнить результаты исследования.
3. Установить взаимосвязь изменений лабораторных показателей периферической крови с физической подготовленностью организма.

4. Сделать выводы по результатам исследования, пропагандировать регулярные занятия физической культурой, здоровый образ жизни.

Мышечная работа в зависимости от ее тяжести и длительности приводит к значительным изменениям физико-химических и физиологических свойств крови. Несколько снижается объем циркулирующей крови, увеличивается количество форменных элементов (относительный эритроцитоз, лейкоцитоз и тромбоцитоз), изменяются буферные и коллоидно-осмотические свойства крови, возрастает активность свертывающей и противосвертывающей систем [3, с. 431-433]. Объем циркулирующей крови уменьшается, следовательно, изменяется соотношение между общим объемом циркулирующей плазмы и форменных элементов так, что гематокрит повышается до 52-55% (в норме гематокрит взрослого человека составляет около 40-48%) – возникает рабочая гемоконцентрация [2, с. 59-61].

Гематологические показатели периферической крови после физической нагрузки увеличиваются у тренированных индивидуумов, а через 30-40 мин. отдыха возвращаются к исходному уровню в покое. Степень этих изменений не зависит от спортивного мастерства и стажа, а указывает только на хорошие функциональные способности организма [4, с. 53-54].

Материалы и методы

Мы провели опрос обучающихся колледжа ОмГМУ специальности Лабораторная диагностика, по результатам опроса выбрали 3 группы обучающихся (девушки в возрасте 18-22 лет) для проведения клинического лабораторного исследования показателей периферической крови:

1 группа – 6 человек, активно занимающихся спортом в течение не менее пяти лет, посещающих спортивные секции;

2 группа – 6 человек, избегающих регулярных тренировок и занятий физической культурой, предпочитающих малоактивный образ жизни, но не имеющих медицинских противопоказаний и хронических заболеваний;

3 группа (контрольная) – 6 человек, систематически посещающих занятия по физическому воспитанию, не имеющих медицинских противопоказаний и хронических заболеваний.

Взятие проб капиллярной крови с приготовлением мазков проводилось до занятия физической культурой и после проведенного занятия: через 15 мин. после окончания занятия и повторно через 45 мин. после окончания занятия.

В пробах крови определялись следующие показатели: концентрация гемоглобина на фотометре КФК-3-«ЗОМЗ»; подсчет эритроцитов и лейкоцитов в камере Горяева, подсчет лейкоцитарной формулы.

Исследование гематологических показателей проводилось в гематологической лаборатории Многопрофильного аккредитационно-симуляционного центра колледжа ОмГМУ.

Результаты исследования

При анализе результатов исследований установлено, что до физической нагрузки у обучающихся всех групп показатели периферической крови находились в пределах физиологической нормы для данного возраста. У обучающихся первой (тренированные) и третьей (контрольная) групп после физической нагрузки в анализе крови выявлены эритроцитоз, рабочий лейкоцитоз, увеличение концентрации гемоглобина, у обучающихся 1-й группы – лимфоцитоз, анэозинофилия в лейкоцитарной формуле, через 45 мин. после занятий физической культурой практически все показатели вернулись к исходным величинам.

У обучающихся второй группы (нетренированные) отмечено незначительное увеличение концентрации гемоглобина, количество эритроцитов и лейкоцитов осталось в пределах нормы, в лейкоцитарной формуле – нейтрофильный сдвиг влево до палочкоядерных, лимфоцитопения.

Выводы

У тренированных лиц (обучающиеся 1-й и 3-й групп) при физической нагрузке в периферической крови наблюдаются эритроцитоз, увеличение концентрации гемоглобина, рабочий лейкоцитоз с лимфоцитозом и анэозинофилией, что свидетельствует о высоком функциональном состоянии организма, адаптированности к мышечной работе, через 40-45 мин. практически все показатели вернулись к первоначальным значениям.

У лиц, избегающих физических нагрузок (обучающиеся 2-й группы), при физической нагрузке показатели периферической крови (концентрация гемоглобина и количество эритроцитов) увеличились незначительно; в лейкоцитарной формуле нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево до палочкоядерных после относительно небольшой нагрузки свидетельствует о недостаточной подготовленности организма к выполнению работы, что подтверждает нашу гипотезу.

По результатам исследования были разработаны рекомендации:

- В целях профилактики сердечно-сосудистой патологии вести здоровый образ жизни, исключить вредные привычки, бороться с гиподинамией.
- Умеренные, но регулярные физические нагрузки, соблюдение рекомендаций по сбалансированному питанию, режиму дня благоприятствуют работе сердца и сосудов [3, с. 435-437].

Список использованных источников:

1. Волков, Н. И. Энергетический обмен и работоспособность человека в условиях напряженной мышечной деятельности : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Н. И. Волков. - М., 2017. - 18 с.
2. Горшкова, Т. Н. Влияние мышечной деятельности на картину красной и белой крови юношей и взрослых спортсменов / Т. Н. Горшкова // Проблемы физиологии спорта. - 2018. - С. 58-72.
3. Козлов В. А., Кудалева О. Т. Иммунная система и физические нагрузки / В.А. Козлов, О.Т. Кудалева // Мед. иммунология. — 2019. — Т.4, № 3. — С.427-438.
4. Хабибулина, И. Р. Влияние физической нагрузки на различные звенья системы крови у спортсменов / И. Р. Хабибулина, Э. Р. Румянцева / Вестник ЮУрГУ. Сер. Образование, здравоохранение, физическая культура. - 2017. - № 3-1. - С. 46-54.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ: ПРОФИЛАКТИКА АКТУАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

*Родионова Светлана Николаевна,
Руководитель: Приставка Людмила Васильевна,
ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ Колледж, г. Омск*

Хронический гастрит (ХГ) является широко распространенным заболеванием пищеварительной системы, регистрируемым у 15-30% населения в различных популяциях и составляющим 80-85% всех патологий желудка.

Прогрессирование ХГ сопровождается развитием атрофии, дисплазии слизистой оболочки и становится значимым фактором формирования злокачественных новообразований желудка [1,2].

На сегодняшний день этим серьезным заболеванием страдают не только взрослые, но и подростки. Чаще всего заболевания развиваются у людей, находящихся в состоянии нервно-психического напряжения, пренебрегающих здоровым питанием и имеющих вредные привычки. Не смотря на успехи в диагностике и лечении гастрита, это заболевание поражает все более молодое население [4].

Цель работы – исследование и оценка распространенности и влияния факторов риска ХГ, разработка рекомендаций по профилактике данного заболевания.

Задачи исследования:

1. Провести анализ статистических данных по заболеваемости хроническим гастритом в России (по данным открытых источников).

2. Выявить распространенность и факторы риска развития ХГ в условиях ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Колледжа (2022).

3. Разработать рекомендации по профилактике ХГ на основе актуальных факторов риска.

Материалы и методы. Проведено анкетирование в онлайн-формате 44 студентов в возрасте от 17 до 21 года. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, колледжа. Статистический анализ результатов включал методы дескриптивной (описательной) статистики с использованием компьютерной программы MS Excel.

1. Анализ статистических данных по заболеваемости хроническим гастритом

За последние 3 года отмечен значительный прирост больных в России: в 2020 г. число заболевших составило 3855 тыс., в 2021 г – 3921 тыс., в 2022 году – 3986 тыс. человек (рис. 1). Такая тревожная тенденция имеет место быть в связи с появлением коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 и активным применением препаратов, приводящих к развитию лекарственно-индуцированного поражения органов пищеварения [5, 6, 7].

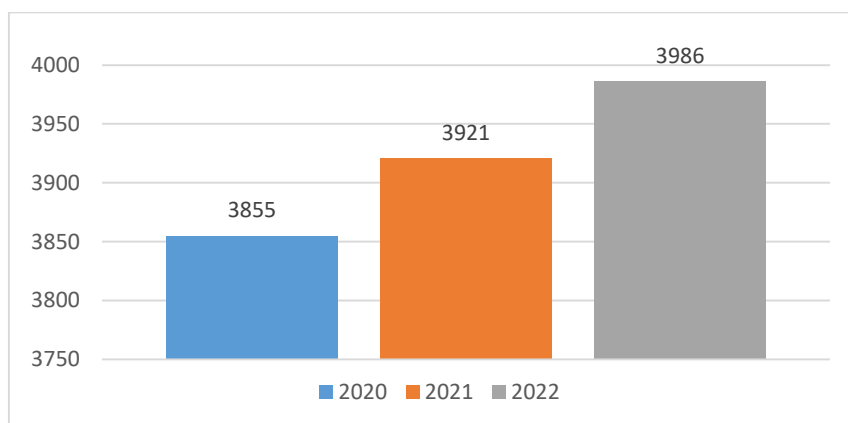


Рис.1. Заболеваемость хроническим гастритом в России

2. Распространенность хронического гастрита среди студентов колледжа ОмГМУ

В ходе проведения онлайн-анкетирования учащихся ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, колледжа диагноз «хронический гастрит» выявлен у 16 студентов (36,4%), среди них 9 мужчин (56,3%) и 7 женщин (43,7%), здоровых – 28 студентов (64%).

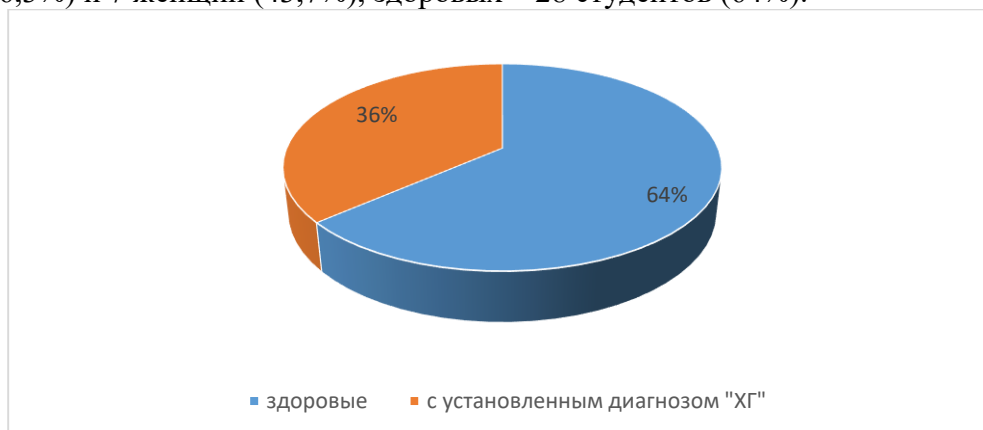


Рис. 2. Распространенность ХГ среди студентов ОмГМУ, колледж

3. Распространенность хронического гастрита среди студентов разного возраста

Возрастная категория опрошенных студентов – от 17 до 21 года. По данным респондентов, диагноз «ХГ» чаще устанавливается в подростковом возрасте. У подавляющего большинства ($\approx 70\%$) в 15-17 лет, независимо от пола (рис.3). Именно в этом возрасте начинает проявляться феномен «накопления» неблагоприятных экзогенных (экологически обусловленных) и эндогенных (обменно-обусловленных, например, вследствие метаболического синдрома) факторов.

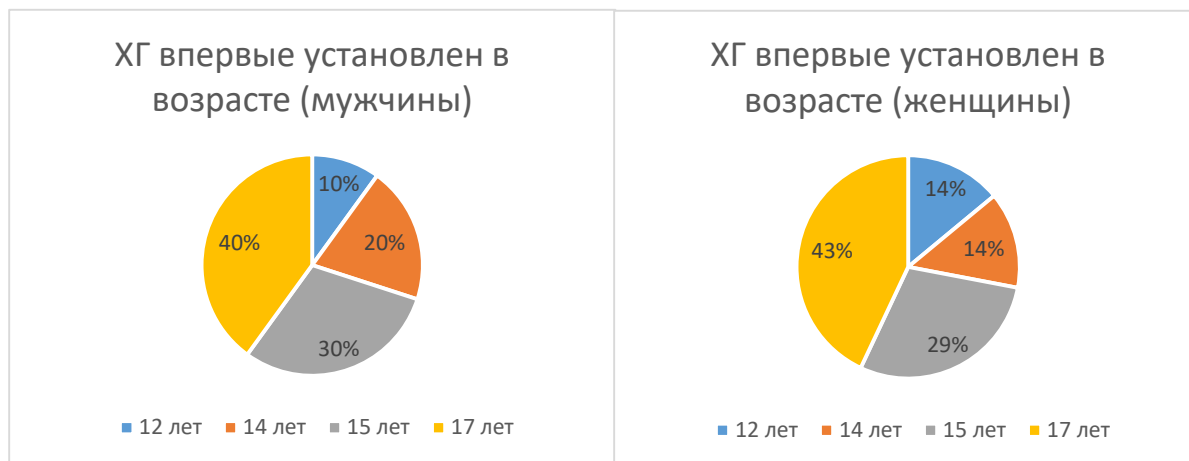


Рис. 3. Распространенность ХГ среди студентов разного возраста

4. Факторы риска ХГ

В проведенном анкетировании респонденты имели возможность выбрать несколько вариантов ответа, которые они считали применимыми к себе. Таким образом, большинство респондентов отметило, что имеют систематические погрешности в питании (в том числе нерегулярное питание, злоупотребление жирной, жареной, острой пищей), часто находятся под влиянием стресса (в том числе из-за подготовки к экзаменам). Немалую роль играет также наследственная предрасположенность, длительный прием некоторых лекарственных препаратов (рис. 4) [3].

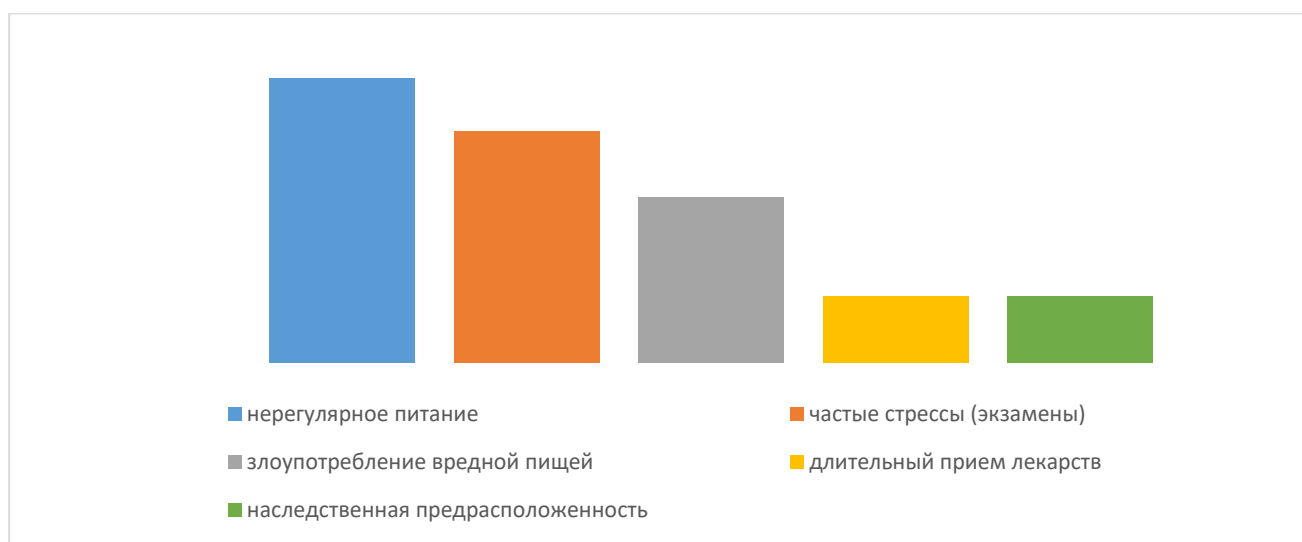


Рис.4. Факторы риска ХГ

5. Профилактические рекомендации

- 1) Рациональное сбалансированное питание, прием пищи 4-5 раз в день.
- 2) Употребление первых блюд (супа) на обед.
- 3) Исключить прием пищи на ходу.

- 4) Разнообразить рацион фруктами, овощами, бобовыми.
- 5) Контролировать стресс, начинать подготовку к экзаменам заранее, уметь организовать рабочее время.
- 6) Наладить режим сна (ночной сон не менее 7-8 часов).
- 7) Применять лекарственные препараты строго по назначению врача с соблюдением режима дозирования и длительности приема.
- 8) Проходить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию.

б. Выводы

1) За последние годы распространенность ХГ в России резко возросла. Заболеванию подвержены люди разного возраста (в том числе раннего и позднего подросткового), вне зависимости от пола, имеющие предрасполагающие факторы.

2) Развитию заболевания способствуют систематические погрешности в питании, хронические стрессы, длительный прием лекарственных препаратов, а также наследственная предрасположенность.

3) На основании выявленных факторов риска разработаны соответствующие профилактические рекомендации.

Список использованных источников:

1. Долгалев И. В. Хронический гастрит: от гистологического протокола до обоснования этиопатогенетической терапии / И. В. Долгалев, Е. Н. Карева, Е. А. Лялюкова, Н. В. Павлова // *Лечащий врач*. – 2021. – №2(24). – С. 30-34.
2. Минушкин О. Н. Хронический гастрит: современное состояние проблемы / О. Н. Минушкин, И. В. Зверков, Н. В. Львова, и др. // *Терапевтический архив*. – 2020. – №8. – С. 18-23.
3. Огай А.А. Значение просветительской работы при профилактике хронических гастритов / А.А. Огай // *Научное сообщество студентов XXI столетия. Естественные науки*. – № 11(69).
4. Переверзева, Е. В. Симптоматология, диагностика, принципы лечения и профилактики гастритов, язв желудка и двенадцатиперстной кишки, синдрома раздраженного кишечника: учебно-методическое пособие / Е. В. Переверзева, В. И. Мельничук. – Минск: БГМУ, 2019. – 23 с. ISBN 978-985-21-0262-9. <http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/24168/978-985-21-0262-9.Image.Marked.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Дата обращения 01.02.2024] - Текст: электронный.
5. Статистический сборник 2020 год [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://miaceao.ru › medicinskaya-statistika › _Zabolevaemost-vsego-naseleniya-Rossii-v-2020-godu.pdf [Дата обращения 01.02.2024].
6. Статистический сборник 2021 год [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> [Дата обращения 01.02.2024].
7. Статистический сборник 2022 год [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> [Дата обращения 01.02.2024].

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

*Агафоподова Ирина Викторовна
Руководитель: Ерохина Ольга Николаевна
БПОУ Орловской области*

"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №1, г. Ливны

Диспансеризация – это важный этап каждого человека, а ребенка в первую очередь, поэтому первый год жизни ребёнка - очень важный период для его развития и дальнейшего становления здоровья. В связи с этим предусмотрена специальная программа, которая включает в себя обязательный осмотр детей врачами.

Перед медицинской сестрой стоят задачи - воспитание здорового ребенка, обеспечение оптимального физического и нервно-психического его развития, дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей. Борьба за здорового ребенка начинается с матери. Поэтому в объем работы медсестры входит и работа с беременными, что включает в себя первый дородовой педиатрический патронаж, после этого женщину ставят на учет в женской консультации и передают сведения в детскую поликлинику. На основании полученных данных медицинская сестра дает рекомендации беременной в отношении ее режима сна, прогулок, отдыха, питания, гигиены, по исключению профессиональных вредностей, чередованию труда и отдыха, приглашает в детскую поликлинику пройти «Школу молодых родителей». Второй дородовой патронаж осуществляется на 31-38 неделе беременности во время декретного отпуска. Медсестра проводит беседу о важности грудного вскармливания, о подготовке молочных желез к кормлению, о профилактике гипогалактии и лактостазов и дает советы по подготовке приданого и уголка ребенка, детской аптечки, что важно в этот период для взволнованной женщины.

Уже после рождения малыша, первый патронаж к новорожденному осуществляется через 1-2 дня после выписки происходит первый визит участковой медсестры на дом к новорожденному. Целью этого визита является оценка здоровья матери и ребенка, а также социально-экономических условий семьи, обучение матери уходу за ребенком. Медицинская сестра обязательно информирует родителей о состояниях, требующих срочной медицинской помощи, таких как гипертермия, аспирация, синдром внезапной смерти. При втором посещении она проверит, насколько правильно выполняются все рекомендации по уходу за новорожденным, приглашает на первый прием к участковому педиатру в детскую поликлинику. Все полученные данные медсестра записывает в медицинскую карту ребенка.

Когда родители с малышом приходят в детскую поликлинику для профилактических мероприятий на прием к педиатру, задачи медицинской сестры очень разнообразны. В своей работе она выполняет большой комплекс мероприятий: подготовка кабинета, проветривание, проверка оборудования, ростомера, весов, наличие чистых шпателей, бланков, направлений, справок, посещает новорожденных в первые два-три дня после выписки из родильного дома, обеспечивает систематичность наблюдения за здоровыми и больными детьми, контролирует выполнение родителями врачебных назначений; планирует проведение профилактических прививок детям, не посещающим дошкольные учреждения, приглашает детей на прививку в поликлинику; ведет работу по своевременной организации медицинских осмотров детей, состоящих на диспансерном учете; выполняет назначенные врачом лечебные процедуры на дому; оказывает помощь врачу при медицинских осмотрах детей (проводит антропометрию, выписывает рецепты, справки, направления, листки нетрудоспособности, выписки, следит за очередностью приема); проводит беседы с родителями на участке и в поликлинике по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний; во время профилактического приема регулирует поток пациентов; дает советы по питанию: по прикормам, корригирующим добавкам, правильному использованию смесей; проводит беседу

о правильном подборе игрушек, развитии гигиенических навыков; ведет целевые беседы, обучает родителей навыкам и элементам массажа и гимнастики; помогает врачу в ведении документации; выдает направления на анализы; оформляет документы на бесплатное питание и медикаменты; под контролем врача выписывает рецепты; проверяет навыки матери по уходу за ребенком [1].

В России проводится диспансеризация всего детского населения. Особенность диспансеризации детей состоит в том, что борьба за здоровье ребенка начинается до его рождения путем внедрения дородового патронажа.

Очень важна диспансеризация детей первого года жизни. Она помогает выявить любые, даже самые сложные заболевания малыша на ранней стадии. Врач-педиатр сможет подобрать наиболее эффективную схему лечения, и шансов, что ребенок станет абсолютно здоровым, становится значительно больше. Сразу после рождения малыша осматривает врач-неонатолог. Он проверяет мышечный тонус, рефлекторную возбудимость, окрас кожи, оценивает состояние слизистой, прослушивает дыхание и сердцебиение. Все эти мероприятия направлены на раннее выявление патологий [2].

На протяжении всего первого года жизни малыша, посещения поликлиники являются ежемесячными. Для удобства родителей «грудничковый день» проводится еженедельно, в часы приема педиатра параллельно с ним работают невропатолог, окулист, хирург-ортопед. Это основные специалисты, которым следует показывать малыша в установленные сроки. Также в России разработанный календарь детских прививок имеет статус официального документа, утвержденного Министерством Здравоохранения РФ. В первые 12 месяцев жизни ребенка вакцинируют от 7 инфекций: от гепатита В, от туберкулеза, от коклюша, дифтерии, столбняка, от пневмококковой инфекции, от полиомиелита, от гемофильной инфекции, комплексная вакцина от кори, краснухи, паротита [1].

Наблюдение за детьми осуществляется также в дошкольных, школьных и других детских коллективах (школа-интернаты, специальные детские сады).

При оформлении ребенка в детское дошкольное учреждение участковый врач заполняет выписку из истории развития, в которой отражает данные о состоянии здоровья и уровне развития ребенка, о характере вскармливания, профилактических прививках. В выписку вносят результаты анализов, данные о контактах ребенка с инфекционными больными, рекомендации по ведению ребенка в период адаптации. На детей, поступивших в детское дошкольное учреждение, заполняют индивидуальную карту, она хранится в учреждении, которое посещает ребенок. Детей в возрасте от 1 года до 3 лет в детском дошкольном учреждении педиатр осматривает один раз в месяц, детей старше 3 лет - 1 раз в квартал. В период адаптации врач детского дошкольного учреждения осматривает вновь поступивших в возрасте до 3 лет 1 раз в 5-6 дней, старше 3 лет - 1 раз в 10-12 дней. Углубленный осмотр с участием специалистов проводится 1 раз в год. Результаты диспансерных осмотров заносятся в амбулаторную карту [3].

Начало обучения в школе в 6-летнем возрасте требует оценки степени зрелости, осуществляемой педиатром совместно с невропатологом и другими специалистами. Оценивают развитие речи, состояние звукопроизношения, тест вырезания круга и тест Керна-Ирасека, процент неадекватной реакции на словесные раздражители. Диспансерное наблюдение школьников проводится и осуществляется школьным врачом и медсестрой с привлечением специалистов. Углубленный осмотр проводится в школах с 1 сентября по 15 ноября (для первоклассников в конце учебного года) с привлечением специалистов детской поликлиники. По результатам медицинских осмотров составляют комплексное заключение о состоянии здоровья каждого школьника, определяют медицинскую группу для занятия физкультурой и назначают лечебно-оздоровительные мероприятия. Все данные по диспансеризации вносят в индивидуальную карту развития школьника. Школьников осматривают в начале каждого учебного года. В самые сложные, «переходные» возрастные периоды — в 7, 10, 14, 15 и 16 лет, — проводят углубленные (расширенные) профилактические осмотры.

Группа здоровья – важный показатель, позволяющий сделать выводы о необходимости диспансерного наблюдения, дополнительных обследований, оказании высокотехнологичной медицинской помощи, объеме реабилитационных мероприятий, построить индивидуальный маршрут для детей с ограниченными возможностями здоровья. В зависимости от состояния здоровья ребенок может быть отнесен к следующим группам: I группа - здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов. II группа – несовершеннолетние, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные нарушения. III группа – несовершеннолетние, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями. IV группа – несовершеннолетние, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями. V группа – несовершеннолетние, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями. [2].

Для наглядности были взяты данные из детской поликлинике БУЗ Орловской области «Ливенская ЦРБ» за 2023 год в которой показаны группы здоровья детей города Ливны. Они отражены на следующей диаграмме.



Диаграмма. Группа здоровья детей города Ливны

На диаграмме показано, у большинства опрошенных I группа здоровья.

Следовательно, массовые профилактические осмотры здоровых детей имеют целью не только обнаружение и лечение заболевания, но и выявление предрасположенности к нему, и предупреждение возможности развития заболевания в будущем.

В обязанности медицинской сестры при проведении диспансеризации входит: диспансеризация здоровых и больных детей, лечебная, противоэпидемическая и санитарно-просветительная работа, а также ведение документации и анализ деятельности [3].

Из всего выше сказанного можно сделать вывод, что диспансеризация - это регулярные осмотры и обследования организма, необходимые для поддержания здоровья. Особенно важна диспансеризация детей раннего возраста, так как именно на данном этапе выявленные проблемы можно своевременно устранить и сделать это легче, пока ребенок маленький, нежели потом. В условиях образовательных организаций (школ и детских садов) диспансеризация проводится при прямом участие медицинской сестры. Она проводит диагностические, лечебные и профилактические мероприятия на дому и в поликлинике, в соответствии с назначением врача, четко следует должностной инструкции, которую она изучает и подписывает при поступлении на работу. Эффективность профилактической работы оценивается по уровню и динамике состояния здоровья детей на участке. Каждый профилактический прием заканчивается комплексной оценкой состояния здоровья ребенка и определением группы здоровья. Оценивается анамнез, развитие ребенка, физическое и биологическое развитие. Значение диспансеризации для здоровья ребенка переоценить сложно. Регулярное наблюдение у основных специалистов позволит контролировать

состояние детского организма, выявлять заболевания на самой начальной стадии и успешно лечить их, не допуская обострений.

Список использованных источников:

1. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей России / А. А. Баранов. – М.: ИД Династия, 2020. – 207 с.
2. Кильдиярова, Р.Р. Диспансеризация здоровых детей / статья Ижевского государственного медицинского университета, Ижевск, Российская Федерация, 2018. – 250 с.
3. Диспансеризация детей - 2024 - URL: <https://journal.tinkoff.ru/guide/dispanser-kids/?ysclid=lplob9hx5i912928827> (дата обращения: 20.01.2024г.).

НОМЕНКЛАТУРА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ

*Баусова Юлия Владиславовна
Руководитель: Балакина Анастасия Владимировна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж", г. Орёл*

Сахарный диабет – это хроническое заболевание, в основе которого лежит абсолютная или относительная недостаточность инсулина ведёт к повышенному содержанию сахара в крови человека. Инсулин – это гормон, необходимый для поступления глюкозы (сахара) в клетки тканей. Поскольку за поддержание нормальной концентрации сахара в крови отвечает гормон инсулин, то именно его недостаточное образование ведет к развитию диабета.

Актуальность исследования состоит в том, что сахарный диабет является одним из самых распространенных заболеваний эндокринной системы. Распространенность сахарного диабета в западных странах составляет 2 – 5% населения, а в развивающихся достигает 10 – 15 %. Каждые 15 лет число больных удваивается. В России сахарным диабетом страдают около 4,5 млн. человек. Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современности, которая по распространенности и заболеваемости имеет все черты эпидемии, охватывающей большинство экономически развитых стран мира. По данным ВОЗ в настоящее время 425 млн. человек живут с сахарным диабетом и их количество с каждым годом увеличивается.

На сегодняшний день совершенствуется терапия, направленная на улучшение качества жизни и продолжается воплощение в действительность цели лечения СД – достижение длительной стабильной компенсации, обеспечивающей больному диабетом полноценную и долгую жизнь. Эта возможность может быть получена при использовании не только эффективной терапии, но и регулярного самоконтроля пациентом гликемии. В настоящее время многие пациенты с СД используют в качестве средств контроля портативные приборы для измерения глюкозы в крови, что позволяет им и врачу оценить эффективность терапии и своевременно проводить коррекцию лечения.

Глюкометр — прибор для измерения уровня глюкозы в органических жидкостях (кровь, ликвор и т.п.). Глюкометры используются для диагностики состояния углеводного обмена у лиц, страдающих сахарным диабетом.

Существует несколько методик измерения. В последнее время получили широкое распространение портативные глюкометры для проведения измерений в домашних условиях. Достаточно нанести каплю крови на одноразовую индикаторную пластину, установленную в глюкозоксидазный биосенсор, и через несколько секунд концентрация уровня глюкозы в крови (гликемия) известна. Для разных лабораторий, методик и аппаратов нормы гликемии

различны, для глюкооксидантного метода — 3,33—5,55 ммоль/л при условии, что измерение проведено натощак. В течение нескольких часов после еды уровень глюкозы обычно в 1,5-2 раза выше.

Обзор рынка глюкометров России

Согласно данным ежемесячного розничного аудита компании «Группа ДСМ» (DSM Group), за первые пять месяцев 2023 года через российские аптеки было реализовано 487,6 тыс. упаковок глюкометров на сумму 417,8 млн рублей (в розничных ценах). При сравнении с аналогичным периодом 2022 года ёмкость рынка приборов для определения уровня сахара в крови выросла на 13,5% в стоимостном и на 35,3% в натуральном выражении. При этом средневзвешенная стоимость одного глюкометра снизилась на 16,1% и составила 856,9 рублей, сообщили 6 июля 2023 года в «Группа ДСМ» (см. Диаграмма 1).

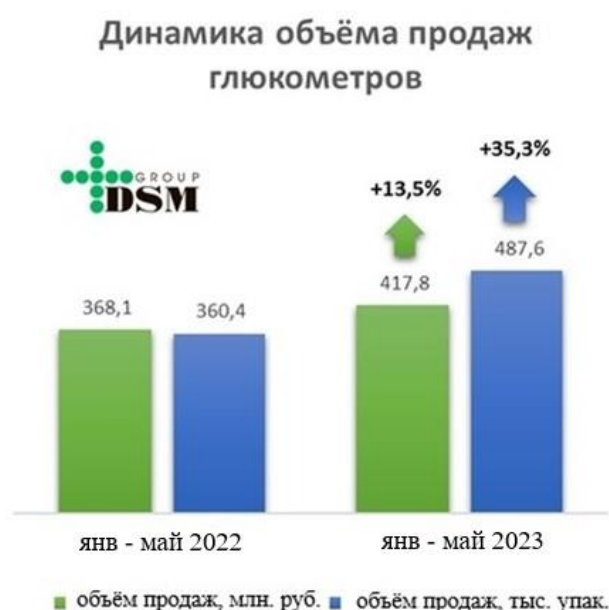


Диаграмма 1. Динамика объёма продаж глюкометров

По словам аналитиков, подобная динамика обусловлена снижением цен на глюкометры в аптеках. Так, например, самый востребованный глюкометр Accu-ChekActiveKit стал стоить на 20% дешевле. Приборы F.Hoffmann-LaRoche в среднем стали стоить на 11% ниже. Аппараты второго по популярности производителя Johnson&Johnson можно приобрести в аптеках на 28% дешевле, чем в 2022 году.

В общей сложности в 2023 году на аптечных полках можно было приобрести приборы 20 различных брендов от 14 фирм-производителей (52 полных наименования).

Топ-3 бренда заняли 97,8% рынка в денежном выражении (рубли) и 97,7% в количественном (упаковках), подсчитали в «Группа ДСМ». В январе-мае 2022 года наиболее востребованным глюкометром оказался импортный бренд Contour производства Bayer: на приборы Contour пришлось 41,6% рынка в денежном выражении и 45,0% — в количественном.

Самым дорогим по итогам пяти месяцев 2023 года стал глюкометр EasyTouch — его средневзвешенная цена составила 4 315,6 рублей, а самым дешёвым — прибор GlucoDr средней стоимостью 709,5 рублей за упаковку (см. Таблица 1).

**Таблица 1. Топ-5 глюкометров по стоимостному объёму продаж,
5 месяцев 2023**

Рейтинг	Бренд	Производитель	Объём продаж		Доля, %		Прирост, %, 5М 2023/5М 2022	
			млн руб.	тыс. упак.	в руб.	в упак.	в руб.	в упак.
1	Contour TS	Bayer	173,7	219,4	41,60%	45,00%	31,20%	49,00%
2	Сателлит	Элта	136,3	174,2	32,60%	35,70%	-10,00%	26,30%
3	OneTouch	Johnson&Johnson	75,6	59,5	18,10%	12,20%	33,20%	34,30%
4	Accu-Chek	F.Hoffmann-LaRoche	18,4	22,3	4,40%	4,60%	11,50%	-1,50%
5	EasyTouch	Biopтик	4,5	1	1,10%	0,20%	24,60%	39,50%
Топ-5			408,5	476,4	97,80%	97,70%	13,20%	35,00%

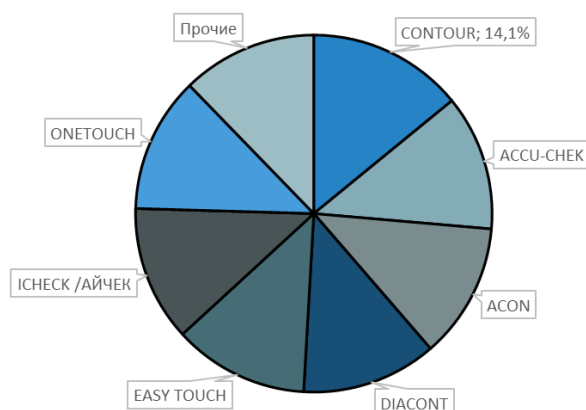
Объём и темпы прироста импорта и экспорта

В отчете раздел импорта и экспорта также содержит следующую информацию о поставках в натуральном и стоимостном выражении:

- по сегментам;
- по брендам;
- по странам.

Объём импорта глюкометров в Россию в 2023 г. составил \$ 16 575,3 тыс. Наибольшую долю импорта в 2023 г. заняли Германия, Индонезия, Китай, Тайвань и Япония.

Наибольшую долю импорта глюкометров в 2023 г. заняли бренды: CONTOUR (14,1%), ACCU-CHEK, ACON, DIACONT, EASY TOUCH, EXACTIVE VITAL, ICHECK /АЙЧЕК и ONETOUCH (см. Диаграмма 3).



*Диаграмма 3. Доли брендов глюкометров в объеме импорта в 2023 г.,
% от стоимостного объема*

Анализ ассортимента глюкометров аптеки №4 ООО «ВЕРЕСК» с использованием метода АВС

В ходе работы был проведён анализ продаж глюкометров. Исследование проводилось на базе аптеки №4 ООО «ВЕРЕСК», расположенной по адресу г. Ливны, ул. Максима Горького, д. 24.

Для более тщательного анализа ассортимента по конкретным товарным позициям проведён АВС анализ.

АВС – анализ позволяет предприятию определить группы товаров, (а, b, с) которые характеризуют товары по доле занимаемой ими позиции.

В таблице 2 представлен АВС – анализ ассортимента на основании глюкометров, реализуемых в ООО «ВЕРЕСК».

Таблица 2. АВС - анализ ассортимента глюкометров, реализуемых в ООО «ВЕРЕСК»

Наименование	Стоимость 1 позиции, руб.	Годовой объём продаж, шт.	Годовой объём продаж, руб.	Годовой объём продаж, %	Группа
Контур тс/без устройства для прокалывания	659	10	6590	35,74	А
PlusContour/Контур	579	9	5211	28,26	А
Акку-Чек Инстант	940	5	4700	25,49	В
Акку-Чек Актив	1080	1	1080	5,68	С
Айчек с принадлежностями/стартовый набор 1	857	1	857	4,65	С

Исходя из полученных данных в таблице 2 видно, что 40% позиций товаров относится к группе А и приносят 82% доходов, 20% к группе В и принося 14% доходов и 40 % к С и приносят 4% доходов. Следовательно, глюкометры относящиеся к группе А следует закупать в большем количестве. Товары, относящиеся к группе В, также нужно закупать, но уделять большее внимание к их продвижению. От закупки глюкометров, вошедших в группу С, с одной стороны, можно вообще отказаться, так как доход от них минимален. С другой стороны, покупателям зачастую важно иметь выбор, а потому оптимальный вариант все же закупать глюкометры этих марок, но в минимально-допустимом количестве.

В результате проделанной работы можно сделать вывод, что введение в практику средств для контроля уровня глюкозы в крови существенно упростили лечение больным с заболеванием сахарного диабета. Сахарный диабет тяжелое заболевание и поэтому уровень глюкозы в крови необходимо постоянно контролировать. Для этого введены глюкометры, тест - полоски. Несмотря на великое множество приборов при выборе необходимо руководствоваться следующими критериями: простота в эксплуатации, характеристиками (скорость проведения анализа, тип тест-полоски), точность измерения, цена. На сегодняшний день наиболее востребованными являются глюкометры фирм: CONTOUR, ACCU-CHEK, ICHEK /АЙЧЕК, ONETOUCH и САТЕЛЛИТ.

В заключении можно отметить, что эффективный самоконтроль за уровнем сахара в крови является важнейшим элементом в современной методологии лечения сахарного диабета.

Список использованных источников:

1. Анциферов М.Б. Старостина Е.Г. Галстян Г.Р. Самоконтроль и обучение больных как основа эффективного лечения сахарного диабета// Актуальные вопросы клинической диабетологии. Научные труды, том 3., Казань.-1994.- с. 102-104
2. Круглов, В.И. Диагноз: сахарный диабет / В.И. Круглов. - М.: Феникс, 2010. - 635 с
3. Пархоменко А.Д. Самоконтроль диабета. Изд-во «МедМаг» Москва

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ВЗРОСЛЫХ

*Кирикова Екатерина Романовна
Руководитель: Ерохина Ольга Николаевна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №1, г. Ливны*

Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последнее десятилетие привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 20 лет количество случаев аллергии увеличилось примерно в четыре раза.

Первые признаки пищевой аллергии, которые появляются на первом году жизни, в дальнейшем (на фоне проводимого лечения) часто исчезают - примерно к двух-трехлетнему возрасту. Тем не менее аллергия к таким продуктам, как мед, грибы, орехи, рыба и шоколад (и к некоторым другим), может сохраняться на протяжении всей жизни.

В настоящее время в связи с широким распространением различных аллергических реакций среди молодежи, актуальными являются исследования, направленные на выявление различных видов аллергии, их проявление, профилактику и терапию. В свою очередь, медицинская сестра проводит обучение больного (правильное питание, устранение провоцирующих факторов, оказание самопомощи и т. д.), так же строго контролируется выполнение всех назначений врача: соблюдение диеты, ведение пищевого дневника, уход за кожей и слизистыми, обучение элементарным манипуляциям по уходу, разъяснение о важности соблюдения диеты.

Аллергические реакции - реакции гиперчувствительности иммунной системы, не имеющие защитного значения для организма и развивающиеся в ответ на воздействие антигенов, называемых аллергенами.

Согласно современным представлениям все аллергические реакции, все проявления аллергии в зависимости от скорости возникновения и интенсивности проявления клинических признаков после повторной встречи аллергена с организмом делят на две группы:

- аллергические реакции немедленного типа;
- аллергические реакции замедленного типа.

В зависимости от времени возникновения аллергия бывает:

- круглогодичной (вызывается аллергенами, действующими на организм постоянно (химия, используемая в быту, уличная пыль, продукты питания и пр.);
- сезонной (проявляется во время цветения растений, чаще всего весной - в начале лета).

С учетом провоцирующего заболевание фактора аллергологи-иммунологи выделяют следующие виды аллергии:

- пищевая (сюда относится аллергия на сладкое у детей, аллергия на алкоголь, на воду).

К аллергическим продуктам питания диетологи относят куриные яйца, коровье молоко, злаковые, натуральный мед, морепродукты, цитрусовые, какао и пр. Также пищевую аллергию нередко вызывают красители, усилители вкуса, всевозможные ароматизирующие и противослеживающие добавки;

- респираторная (дыхательная). В процессе дыхания человек вдыхает крошечные аллергенные частички. Это может быть пыль, шерсть животных, пыльца, плесневые грибы. В результате могут развиваться хронический насморк, бронхиальная астма;

- контактная (дерматозы). Иммунитет реагирует на прямой контакт кожи с косметикой, бытовой химией, хлорированной/морской водой, солнцем. В эту группу можно отнести и холодовую аллергию, когда, побыв на морозе, больной человек отмечает покраснение рук, лица, появление ярких пятен;

- медикаментозная. Развивается при приеме определенных лекарственных средств — гормонов, антибиотиков и пр. Опасность лекарственной аллергии состоит в том, что она часто поражает внутренние органы;

- инфекционная. Плохо изученный вид заболевания, при котором организм враждебно воспринимает собственные бактерии и микробы;

- инсектная. Является следствием укусов пчел, комаров, moskitov и других насекомых. Может проявляться сыпью, отеками, слабостью.

Аллергены — это элементы, обладающие прямым аллергизирующим действием. Они попадают в организм 3 путями: перорально (во время еды, с напитками), респираторно (при дыхании), контактно (при прямом контакте с аллергеном).

Среди самых распространенных аллергенов: пыльца растений, шерсть, плесень, лекарства, бытовая химия, еда, укусы насекомых.

К предполагающим факторам, способствующим возникновению аллергии, относятся: наследственность, болезни внутренних органов (проблемы с желудком, заболевания печени, почек), плохая экология, частые инфекционные заболевания, паразиты, обитающие в кишечнике человека.

У детей и взрослых симптомы аллергии могут спровоцировать множественные осложнения, такие как анафилактический шок, острая сосудистая недостаточность, судороги, тошнота и головокружения, отек Квинке.

Причиной развития всех вышеперечисленных аллергических осложнений является иммунный ответ организма на поступивший аллерген. Аллергеном может оказаться любое вещество органической или неорганической природы.

К самым распространенным симптомам пищевой аллергии у взрослых относится крапивница, красные бугорки или волдыри по всему телу, покалывание или зуд во рту, отек лица, языка или губ, век, кашель или хрипы, рвота, диарея или спазмы в животе, отек горла и голосовых связок, хрипкость или осиплость голоса, затрудненное дыхание.

При появлении симптомов аллергии необходимо обратиться к врачу-аллергологу. Не стоит игнорировать ее признаки, поскольку аллергическая реакция может давать серьезные осложнения. Если симптомы наблюдаются больше месяца или появляются регулярно – визит к специалисту обязателен. К аллергологу стоит обратиться, даже если человек еще не знает, как выглядит аллергия, но у него есть к ней предрасположенность, например, наследственная.

Это позволит заранее выявить возможные аллергены и предпринять меры для предотвращения развития реакции на них. Для этого на кожу наносят каплю раствора с небольшим количеством аллергена, после чего отслеживается реакция. Проводят тесты на стадии ремиссии.

Для подтверждения диагноза назначают:

- анализ на аллерген;
- анализ крови на аллергию. В крови также отмечают изменения: увеличение эозинофилов, иммуноглобулинов E;
- анализ на специфические антитела, например, к паразитарному заболеванию, инфекции или пыли.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, аллергия входит в первую шестерку наиболее часто встречающихся заболеваний человека.

Аллергией в России страдает 15 - 35% населения. За последние 30 лет распространенность аллергозов увеличивается в 2-3 раза каждые 10 лет.

Для наглядности были взяты данные из статьи по Орловской области за 2023 года. Они отражены на следующем рисунке.

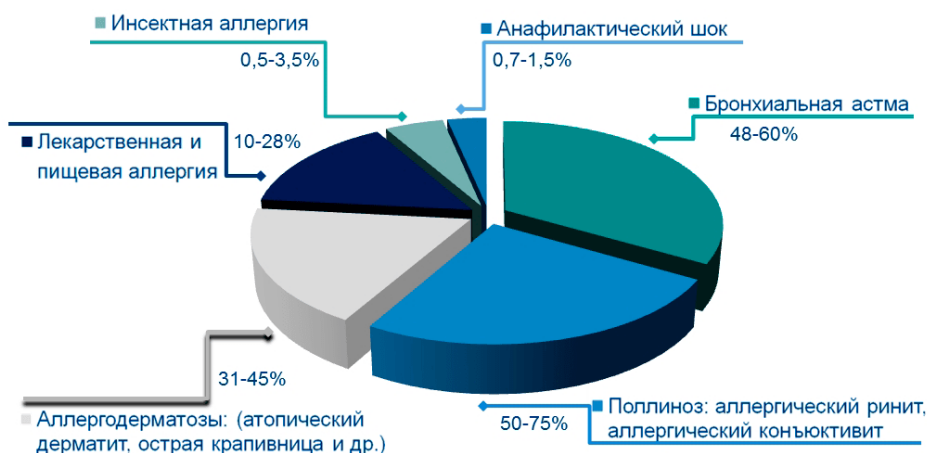


Рис. Статистика аллергий Орловской области

Соблюдение правил профилактики актуально для тех, кто входит в группу риска развития аллергических реакций. К основным профилактическим мерам относятся:

- соблюдение гипоаллергенного быта с ограничением контакта с аллергенами, регулярным проветриванием и сокращение средств бытовой химии;
- соблюдение гипоаллергенной диеты, исключая пищевые аллергены;
- отказ от содержания животных и сокращение контакта с ними;
- использование респираторных масок в период цветения.

Исходя из выше сказанного можно сделать вывод, что аллергические реакции возникают чаще при взаимодействии с продуктами белкового происхождения (животные, растительные) и имеют разные проявления. Даже простой насморк может являться проявлением аллергии. Самое главное вовремя прервать контакт с аллергеном и обратиться к специалисту. Не стоит игнорировать любые проявления аллергии, потому что могут возникнуть серьезные осложнения, например, отек лица, языка, век, и т.д. Консультация с врачом-аллергологом необходима каждому из нас, чтобы выявить предрасположенность к разным аллергиям.

Результат изучения статистического материала показал, что 40% населения имеют аллергии, но обращаются с ней всего 15% взрослого населения. Игнорирование аллергии приводит к серьезным осложнениям и формированию резистентных к лечению форм аллергических состояний. Поэтому большинство аллергических заболеваний наблюдаются и лечатся амбулаторно.

Работа медицинской сестры по профилактике аллергий заключается в том, чтобы проводить беседу, раздавать брошюры, ознакомить с лечебным питанием, этим и занимаются наши студенты во время практики.

Список использованных источников:

1. Пампура, А. Н. Классификация и клинические проявления пищевой аллергии / А. Н. Пампура, А. И. Хавкин // Регулярные выпуски «РМЖ». — 2003. — №20. — С. 1126.
2. Проблемы организации выявляемости и учета больных аллергией в Орловском регионе- 2024 - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/303/30/lang.ru/> (дата обращения 23.01.2024г.)
3. Статистические данные проявления аллергических реакций у взрослого населения - 2024- URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/303/30/lang.ru/> (дата обращения 22.01.2024 г.)

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Алябьева Евфросиния Николаевна

Логачева Анастасия Павловна

Руководители:

Огородникова Анна Сергеевна

Шейко Ирина Сергеевна

СПб ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург

Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2025 г. в качестве важнейших направлений повышения эффективности и обеспечения этапности медицинской помощи предусматривает совершенствование первичной медико-санитарной помощи, реструктуризацию работы круглосуточных стационаров на основе широкого внедрения стационар замещающих технологий [2, с. 31].

Развитие стационар замещающих форм оказания медицинской помощи определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой – необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения, то есть объективной потребностью самой системы здравоохранения, действующей в реальной социально-экономической среде. ДС представляют собой структурные подразделения лечебно-профилактических учреждений, которые могут быть образованы как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных учреждениях здравоохранения [1, с. 11-23].

В целом за последние 5 лет в Российской Федерации число ДС на базе амбулаторно-поликлинических учреждений увеличилось почти в 4 раза, а на базе больничных учреждений – в 12 раз [4, с. 11-15].

Понятие качества сестринской помощи неразрывно связано с лечебно-диагностическим процессом, поэтому сестринскому персоналу, от которого зависит эффективность лечения, реабилитация, выздоровление пациента, в этом процессе отведена значительная роль. Это особенно актуально при реформировании технологии сестринской практики, предусматривающей ее стандартизацию [6, с. 33-37]. По мнению ряда авторов, преобразования в сестринском деле должны осуществляться на основе анализа современного состояния качества сестринской помощи и определения как сильных, так и слабых сторон деятельности медицинских сестер, работающих в различных медицинских организациях с различными категориями пациентов. Достижение высокого качества медицинской помощи возможно лишь при изменении роли сестринского персонала, повышении эффективности его работы [5, с. 64]. Вместе с тем, в настоящее время отсутствуют научно обоснованные подходы к управлению сестринской службой в условиях дневного стационара [3, с. 17-22]., что и определило цель настоящего исследования.

Организация ДС предусматривает выполнение следующих функций:

1. Проведение лабораторно-инструментального обследования пациентов.
2. Программное лечение, не требующее круглосуточного наблюдения.

При этом сохраняется способность к самообслуживанию и не требуется круглосуточное медицинское наблюдение.

3. В ДС организовано оказание медицинской помощи пациентам на внебюджетной основе при использовании лечебно-диагностических методов, не входящих в стандарты лечения заболеваний.

4. Консультативная помощь врачам других специальностей [7, с. 31-36].

Был проведен опрос медицинских сестер дневного стационара одной из поликлиник Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 14 медицинских сестер в возрасте от 18 до 50 лет. Стаж работы в данной должности варьировался от нескольких месяцев до 15 лет.

По результатам исследования большинство респондентов вполне удовлетворены своей работой.

При этом, из положительных производственных факторов респонденты назвали следующие: «возможность учебы и повышения своей квалификации», «любимая работа», «возможность карьерного роста», «прекрасный коллектив».

В свою очередь, на вопрос о производственных факторах, оказывающих негативное влияние на рабочем месте, респонденты указали на вынужденные задержки на работе, выполнение работы сверх функциональных обязанностей, физические и эмоциональные нагрузки.

В результате исследования выяснилось, что большинство медицинских сестер дневного стационара считают необходимым регулярно проходить курсы повышения квалификации и обучаться новым современным технологиям. Безусловно, осознание медицинскими сотрудниками того, что повышение уровня квалификации и овладение новыми профессиональными компетенциями влияет на качество оказываемой медицинской помощи, является важным фактом.

Непрерывное медицинское образование необходимо осуществлять на протяжении всей профессиональной деятельности.

К наиболее важным факторам, оказывающим влияние на качество медицинской помощи в дневном стационаре, респонденты отнесли уровень профессиональных навыков и умений, материальное обеспечение трудовой деятельности, интенсивность трудовой нагрузки медицинских сестер, наличие четких СОПов и инструкций.

Результаты опроса медицинских сестер демонстрируют заинтересованность последних в развитии своих профессиональных навыков; осознание уровня их влияния на качество медицинской помощи, оказываемой пациентам на базе дневных стационаров.

Далее был проведен опрос пациентов дневных стационаров, результаты которого позволили выяснить степень удовлетворенности респондентов качеством работы медицинских сестер. Было опрошено 24 пациента дневного стационара в возрасте от 18 лет и старше.

Все опрошенные пациенты предпочли лечение в дневном стационаре госпитальному.

Большинство пациентов оценили организацию оказания медицинской помощи в дневном стационаре положительно.

Отвечая на вопрос «Информирует ли Вас медицинская сестра о предстоящих манипуляциях, назначенных врачом? Объясняет ли цель назначенных процедур, побочных эффектах ЛС?», подавляющее большинство респондентов ответили утвердительно. Однако, некоторые пациенты все же не полностью удовлетворены оказанием медицинской помощи аргументируя это тем, что, по их мнению, медицинские сестры дневного стационара из-за чрезмерной нагрузки, не успевают уделить должного внимания каждому пациенту, несвоевременно реагируют на просьбы со стороны пациентов, не информируют о предстоящих манипуляциях.

Интересно, что на аналогичный вопрос медицинские сестры единогласно ответили утвердительно.

Характеризуя медицинских сестер, большинство пациентов отметили высокие профессиональные компетенции и способность применить их в конкретной ситуации, также были названы такие личностные характеристики, как сострадание, дисциплинированность, ответственность и умение наладить контакт с пациентом.

Пациентам от 18-35 лет важнее получить качественную и бесплатную медицинскую помощь, не отрываясь надолго от трудовой деятельности, а пациентов 35-65 лет привлекает возможность получения профессиональной помощи в комплексе с коммуникативной составляющей, респонденты старше 65 лет во главе ставят соблюдение этических норм и проявление внимания и уважения со стороны сестринского персонала.

Профессиональные качества медицинских сестер дневного стационара большинство респондентов оценили на «отлично» и «хорошо», отмечая их профессиональный опыт,

аккуратность и уверенность при выполнении манипуляций, доброжелательность, открытость, умение поддержать беседу.

Из негативных оценок деятельности медицинских сестер некоторые пациенты указали на хамское отношение, отсутствие информации о возможных побочных эффектах проводимых процедур, а также фамильярное обращение («бабуль», «женщина», «гражданочка» и т.д.). Учитывая, что более 80% опрошенных не нашли отрицательных моментов, можно считать, что большинство респондентов оценивают качество предоставляемой помощи медицинскими сестрами ДС положительно.

Резюмируя полученные результаты, можно сделать вывод, что для организации продуктивной деятельности дневного стационара важной составляющей является: профессионализм медицинских сестер. Помимо этого, очевидным является факт, что эффективность работы медицинской сестры в ДС во многом определяется личностными качествами.

Исходя из выше сказанного, были внесены предложения по оптимизации работы дневного стационара:

1. Минимизация времени для решения организационных задач путем цифровизации документооборота;
2. Обеспечение современным материально-техническим оснащением в достаточном количестве;
3. Обучение медицинского персонала речевым модулям для повышения эффективности коммуникации;
4. Сокращение времени ожидания процедур за счет внедрения электронной очереди;
5. Обучение персонала современным технологиям, которые помогут повысить эффективность работы;
6. Введение дистанционного мониторинга пациентов с использованием различных приложений и программ;
7. Разработка и внедрение приложений для дистанционного оповещения пациентов о времени посещения дневного стационара;
8. Внедрение материального стимулирования медицинского персонала;
9. Увеличение количества штатных единиц, что поможет сократить трудовую нагрузку.

Подводя итог, можно сказать, деятельность медицинской сестры стационара включает в себя множество аспектов, связанных с медицинской практикой, организацией и контролем медицинских процедур, уходом за пациентами и ведением медицинской документации. Эта профессия требует большой ответственности, профессионализма и терпения, и играет ключевую роль в обеспечении качественной медицинской помощи пациентам.

Список использованных источников:

1. Апраксина, К.С. Дневной стационар выгодная форма медицинского обслуживания/ К.С. Апраксина // *Здравоохранение Российской Федерации* - 2019. - №5. - С. 24-25.
2. Вахитов Ш.М., Нуриева Э.В. Роль медицинских сестер в современном здравоохранении // *Казанский медицинский журнал*. 2019. Том 91. № 2. С. 260-263.
3. Двойников С.И. Управление качеством медицинской помощи. Качество сестринской помощи // *Сестринское дело*. 2020. № 3. С. 11-13.
4. Назаренко Г.И., Ролько В.Т., Пахомова Н.И. Технология управления сестринским процессом в лечебно-профилактическом учреждении // *Проблемы управления здравоохранением*. 2021. № 6. С. 34-41.
5. Калининская А.А., Батыров Н.Н. Дневной стационар – эффективная форма использования коечного фонда. – М.: Медицина, 2020. – 193 с.
6. Коновалова Т.В. Опыт организации и оценки качества работы среднего медицинского персонала в дневном стационаре // *Главная медицинская сестра*. 2019. № 3. С. 13-24; № 4. С. 13-25.

7. Котеева Н.Ш. Дневной стационар как неотъемлемое структурное подразделение амбулаторно – поликлинического учреждения// *Внебольничные учреждения в системе современного здравоохранения.* – Казань. – 2020. – С. 110-113.

8. Суманова Ш.Б. Дневной стационар поликлиники // *Здравоохранение.* 2022. № 1. С. 5-7.

КУРСОВАЯ РАБОТА КАК ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Сергеева Варвара Михайловна

Руководители: Зинчева Юлия Игоревна

Ермак Ольга Николаевна

СПб ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург

Эффективное развитие системы здравоохранения в значительной степени зависит от профессионального уровня и качества подготовки студента колледжа.

Научной основой для укрепления системы подготовки специалистов сестринского дела и развития сестринской практики должны стать научные исследования в области сестринского дела. Именно научные исследования в сестринском деле, как и в любой другой дисциплине, являются способом получения достоверных данных, позволяющих на их основе осуществлять и совершенствовать профессиональную деятельность специалистов сестринского дела. Использование фактических данных, полученным на основе научных исследований в области сестринского дела, как непосредственно в самой сестринской практикеспособствует качественным изменениям в отношении здоровья для отдельных лиц, семей, общин и системы здравоохранения в целом.

Будущие медицинские сестры в процессе своего профессионального становления должны постичь не только азы в рамках естественных и медицинских предметов, обрести определенные знания о том, как нужно действовать в каждой конкретной ситуации, но и овладеть соответствующими приемами. Поэтому в подготовке квалифицированных медсестер освоение теории и практики идет рука об руку, не исключая при этом исследовательской деятельности.

В соответствии с учебным планом каждый студент пишет курсовую работу медицинского профиля по проблематике одного или нескольких профессиональных модулей на последнем году обучения в осеннем и весеннем семестрах.

Курсовая работа - одна из важных форм обучения студента. В процессе выполнения курсовой работы студент приобретает навыки самостоятельной научной работы, осваивает современные методы ведения исследовательской деятельности, учится работать с литературой и нормативными актами, развивает творческое мышление и умение аргументировано отстаивать свою точку зрения. Нередко курсовая работа становится основой для написания в будущем выпускной квалификационной работы.

Курсовая работа позволяет:

1. Систематизировать теоретические и практические знания по учебным дисциплинам и профессиональным модулям специальности «Сестринское дело».

2. Приобрести навыки самостоятельной работы по применению теоретических знаний на практике.

3. Владение методикой исследования в различных областях науки.

Курсовая работа является «учебной» исследовательской деятельностью, небольшой, но законченной. Курсовая работа – это теоретическое исследование, но в ней должна быть приведена хотя бы одна самая простая, но самостоятельная идея студента по эффективному решению вопроса.

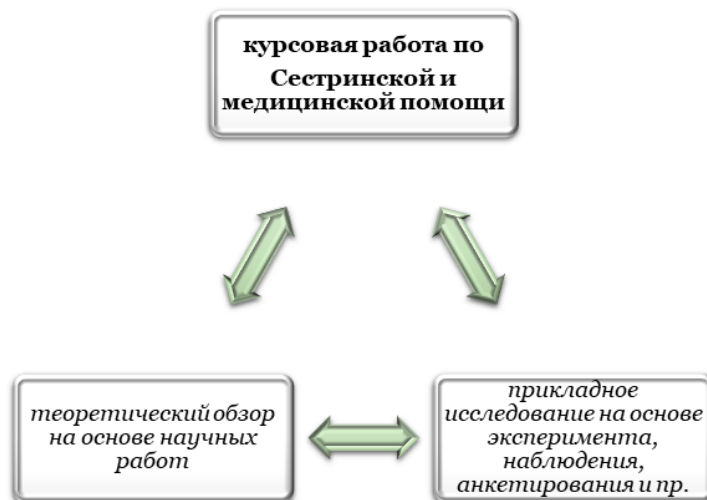


рис.1 Взаимосвязь курсовой работы с этапами теоретической основы и исследований.

При выполнении курсовых проектов по сестринской помощи студентам предстоит проявить не только полученные ими знания, но и показать умение пользоваться ими на практике: самостоятельно и грамотно подбирать информационную основу по определенной теме, определять траекторию исследовательского пути (определять последовательность действий в рамках темы, обосновывать каждый шаг и пр.).

Все ключевые этапы исследования, план исследования, информационную основу следует согласовывать с научным руководителем.



рис.2 Актуальность темы и данных курсовой работы

В состав основной части курсовой работы входит две главы:

Первая – теоретическая. Ее основная цель – раскрыть ключевые аспекты работы медицинского персонала в рамках намеченной темы;

Вторая – практическая глава. В данном случае проводится тщательный анализ данных, но интересующее явление будет изучаться с разных позиций. В случае с теоретическим видом курсовой работы подвергаться анализу будут различные научные теории, методики, мнения. С практической позиции исследовать следует конкретные практические данные. В этом случае в основу второй главы кладут статистические материалы, результаты всевозможных опросов, медицинская практика, данные с места практики студента и пр.

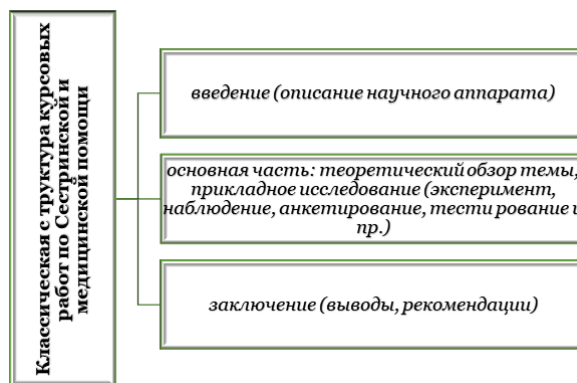


рис. 3 Структура курсовой работы.

В курсовой работе важно не просто раскрыть проблему, описать процесс или явление. В ней необходимо показать роль и миссию медсестры, ее роль в медицинской среде, в конкретной медицинской области. Обратите внимание, что сестринская помощь не предполагает назначение медикаментозного лечения, но она нацелена на профилактику и исцеление пациентов посредством проведения специальных мероприятий и процедур, которые выполняет именно медсестра.

Особое внимание при написании работы необходимо уделить правильному ее оформлению! Курсовая работа должна быть отредактирована и тщательно вычитана. Оформление работы должно отвечать действующим требованиям к изложению текстов.

В заключении важно отметить, что:

1. Исследовательская деятельность студентов является важнейшим компонентом и показателем качественной подготовки специалистов со средним профессиональным медицинским образованием.

2. Внедрение новых медицинских технологий и методов оказания сестринской помощи в практическом здравоохранении предъявляет особые требования к работнику.

3. Современный специалист должен не только обладать необходимой суммой фундаментальных и специальных знаний, но и владеть определенными навыками самостоятельного решения практических задач, он обязан постоянно повышать свою квалификацию, адаптироваться к быстро меняющимся факторам научно-технического прогресса и социальной среды.

Список использованных источников:

1. Валова, И.А., Киселева, А.Н., Мышкина, Л.В. Современная подготовка студентов медицинского колледжа: научные исследования в сестринском деле / И.А. Валова, А.Н. Киселева, Л.В. Мышкина // *Медсестра*. – 2015. – № 10. – С. 38-43

2. Галяутдинова И. Р. Совершенствование методов организации и управления повышения качества профессионального образования медсестер в первичном звене здравоохранения /И. Р. Галяутдинова // *Молодой ученый*. — 2014. — №5.

3. Кельжанова М. К. Анализ и совершенствование системы качества медицинской помощи / М. К. Кельжанова, К. К. Косыбаева, Н. К. Турсынбекова // *Молодой ученый*. — 2014. — №10.

4. Лапик С. В. Проблемы и новшества высшего сестринского образования (на примере Тюменской области) / С. В.Лапик// Главная медицинская сестра- 2011- № 6.
5. Мороз, О.Н. Организация учебно-исследовательской работы студентов / О.Н. Мороз // Сестринское дело. – 2014. – № 6. – С. 19-21.
6. Островская, И.В., Скобелева, О.А. Научно-исследовательские компетенции медсестер / И.В. Островская, О.А. Скобелева // Медсестра. – 2015. – № 3. – С. 39-44.
7. Реформа здравоохранения в США и перемены в сестринском деле (На основе материалов ASN)//Сестр. дело. 1997. — № 5.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПЛОВЦОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Соколова Софья Юрьевна

Руководители:

Шереметова Татьяна Владимировна

Якутина Анастасия Николаевна

СПб ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург

Спортивное плавание относится к циклическим видам спорта с преимущественно аэробной направленностью метаболических затрат [1]. При этом совершаются однообразные повторяющиеся движения, что может приводить к костно-мышечным проблемам. Самой частой проблемой у пловцов-спортсменов является поражение опорно-двигательного аппарата — плеч, коленей, позвоночника [3]. Учитывая колоссальные физические нагрузки, становится очевидной потребность в медицинской реабилитации, направленной на активацию защитных и компенсаторно-приспособительных компонентов [2].

Цель исследования — изучение по данным современной научной литературы наиболее частых поражений опорно-двигательного аппарата у пловцов, применяемых методов профилактики и реабилитации.

Выполнен поиск научных публикаций. С официальных сайтов изданий скачивались полные тексты статей, которые затем анализировались.

Поражения плеч у спортсменов-кролистов Учёные Д. Кеннеди и Р. Хокинс ещё в 1974 г. предложили термин «плечо пловца» для обозначения боли в области плеча, возникающей во время и после тренировок [3]. Плечевой сустав по своей природе не является стабильным. Его стабилизация, правильность движений, безболезненное функционирование обеспечивается, в основном, усилением мышц.

Максимальное проталкивание создаётся приведением и внутренней ротацией руки, в основном за счёт двух мышц — большой грудной и широчайшей мышцы спины. Наружная ротация и стабилизация головки плечевой кости обеспечивается совместным усилием малой круглой и большой грудной мышц. Передняя зубчатая и подлопаточная мышцы активны на всём протяжении гребка. При этом передняя зубчатая мышца обеспечивает позиционирование и стабилизацию лопатки, а подлопаточные мышцы выступают в качестве внутреннего ротатора [3]. Чаще всего причиной возникновения болей в плече у пловцов является ущемление сухожилий манжеты ротаторов плеча под клювовидно-акромиальной дугой или внутри сустава.

Условием для ущемления внутри сустава сухожилия надостной мышцы и длинной головки двуглавой мышцы плеча с передневерхним аспектом суставной ямки и суставной губы лопатки является гиперэкстензия руки в конце подводной фазы гребка (позднего проталкивания), когда головка плечевой кости смещается вперед и вращается внутрь. Ущемление возникает, когда кисть пересекает продольную ось тела [7].

После трехминутного максимального усилия у пловцов кролем на груди меняется биомеханика лопаток: усиливается их внутренняя их ротация при всех положениях плеча и передний наклон лопатки при передней флексии плеча на 120°. Это может создавать риск травмы плеча [4].

Годы тренировок в спортивном плавании приводят к снижению эластичности надостных мышц, утолщению их сухожилий, развитию боли и снижению функциональности манжеты ротаторов плеча, однако не влияют на силу мышц плечевого пояса [5].

Иногда причиной слабости надостной и подостной мышц при субакромиальном конфликте может быть переднее положение головы спортсмена в процессе плавания, которое приводит к преходящей компрессии корешка CV [7].

Термин «плечо пловца» является собирательным, включающим, помимо субакромиального импинджмент-синдрома, различные редко встречающиеся проблемы плеча, что требует дифференциальной диагностики: нестабильность плечевого сустава, нарушение подвижности лопатки, повреждение суставной губы лопатки, добавочная акромиальная кость, ущемление надлопаточного нерва и дисбаланс ротаторов плеча [7], усталостные переломы I ребра [2].

Колено является вторым по частоте источником боли у пловцов, участвующих в соревнованиях. Боли в области колена чаще встречаются при плавании брассом, чем при других техниках [3]. В процессе плавания брассом подразделяют три фазы: толчок ногами (начинается с максимального сгибания коленей в сагиттальной плоскости до полной экстензии в голеностопных суставах); скольжение; возврат к исходной позиции (от начала сгибания в коленных суставах до полного их сгибания). В технике брассом ведущим звеном являются ноги, они создают наибольшую часть тяговых усилий. В фазу толчка происходит выпрямление ног в бедренных и коленных суставах, затем следуют голеностопные суставы. При этом максимальные угловые скорости приходятся на колени [2]. Поэтому перегрузки у пловцов брассом способствуют повреждению колена и возникновению в нём боли [1].

На основании данных, предоставленных районным врачом-физкультурным диспансером, было проведено исследование эффективности проводимого восстановительного комплекса на работоспособность пловцов. В восстановительный процесс был включен ряд средств и методов, результаты оценивались по изучению динамики специальных тестов – Гарвардский степ-тест и пробы Руфье. Проведенный анализ результатов мониторинга тестов позволил сделать вывод об оптимизации функционального состояния и спортивной работоспособности спортсменов на протяжении всего цикла наблюдения.

Боли и травмы чаще встречаются у спортсменов с несовершенной техникой плавания. Поэтому одной из задач была отработка корректного двигательного стереотипа. В начале дистанции при плавании кролем на груди активность трёхглавой мышцы плеча, задней части дельтовидной и двуглавой мышц плеча больше, чем в конце дистанции, а у более крупных мышц — большой круглой, грудной, широчайшей мышцы спины — наоборот: к концу дистанции активность увеличивается. Поскольку наибольшую долю в создании суммарного рабочего эффекта движения осуществляют, в основном, крупные мышцы, то недостаточную активность мышц туловища при гребке рукой следует рассматривать как ошибку в технике пловца. Поэтому при гребке рукой очень важно более активно подключать к работе мышцы туловища, до того, как наступило утомление мелких мышц рук и плечевого пояса [4]. Для этого необходимы соответствующие тренировки для обеспечения оптимального соотношения уровня развития силы наиболее мощных и наиболее так называемых «быстрых» мышц, участвующих в гребке [5]. При появлении боли в плече у пловцов кролем на груди меняется гребок: в фазу возврата к исходной позиции локоть заваливается. Этим пловец уменьшает внутреннюю ротацию руки, чтобы избежать боли от конфликта в субакромиальном пространстве. Наблюдаемое при этом более широкое вхождение кисти в воду уменьшает верхнюю ротацию лопатки и переднюю флексию плеча. Ранний выход кисти из воды уменьшает гиперэкстензию и чрезмерную внутреннюю ротацию плеча. В результате, происходит переднее смещение головки плечевой кости и возможное поражение [4]. Поэтому

использование алгоритма применения методов кинезотерапии совместно с программой тренировки и укрепления выносливости мышц области плеча и лопатки с акцентом на передние зубчатые мышцы, ромбовидные мышцы, нижние порции трапецевидной мышцы, подлопаточные мышцы предотвращает такие повреждения [6]. Тренировка выносливости мышц туловища (укрепление, стабилизация и гибкость) является важной составляющей в любой программе профилактики повреждения [7]. В программе тренировок на суше должен быть сделан акцент на укреплении наружных ротаторов плеча, что снижает риск его повреждения [4]. У пловцов брассом для снижения риска повреждения колена и возникновения в нём боли необходимо совершенствовать технику толчка ногами. Так, у пловцов мирового класса по сравнению с пловцами национального уровня в фазе толчка ногами нет коактивации между передней большеберцовой и икроножной мышцей, и они начинают фазу возврата к исходной позиции с меньшим углом сгибания коленей [3].

Также в восстановительную программу у пловцов было включено проведение массажа (классического спортивного и соединительнотканного) на область мышц, суставов и сухожилий (в местах их прикрепления), подверженных наибольшей нагрузке в процессе плавания.

Для стимуляции работы физического аппарата рекомендуется проводить сеансы массажа после или между тренировками через 30–40 мин после нагрузки, с периодичностью 3–4 раза в неделю. В соревновательном периоде массаж рекомендуется делать ежедневно после заплывов. При сильном утомлении спортсменов массаж проводят щадящее, непродолжительное время или не проводят вообще [6]. Массаж рекомендуется также на этапе подготовки спортсмена к старту путём одноминутного растирания мышц, несущих основную нагрузку, исключив из сеансов предстартового массажа разминание и ударные техники [1].

Все стили плавания предполагают переразгибание в пояснично-крестцовой области для обеспечения оптимального положения. Высокая интенсивность и постоянные повторения таких толчковых ударов перегружают задние структуры поясничного отдела позвоночника. Могут происходить растяжения мышц и связок, которые быстро разрешаются благодаря реабилитации с применением современных методов физиотерапии [3].

Проведённый научный обзор позволяет сделать вывод, что повторяющиеся однообразные нагрузки при спортивном плавании могут приводить к поражению опорно-двигательного аппарата. Профилактикой данных поражений является отработка корректной техники плавания с учётом правильного двигательного стереотипа. Проведённое исследование даёт возможность систематизировать используемые методы реабилитации пловцов.

Список использованных источников:

1. Аикина Л. И. Обоснование дифференцированного применения различных приемов массажа в разминке пловца. *Вестник НВГУ* 2022; 2: 71–74.
2. Букреева Ю. А., Мостовая Т. Н. Массаж как средство восстановления физической работоспособности пловцов. *Наука - 2020*; 1 (12); 133–137.
3. Гилев Г. А. О структуре внутримышечной координации движений спортсмена (на примере спортивного плавания). *Наука и спорт: современные тенденции* 2019; 1 (6): 67–70.
4. Гилев Г. А., Максимов Н. Е., Удилова И. В. Об активности мышц при выполнении спортивных движений. *Известия ТулГУ. Физическая культура. Спорт* 2022; 4: 93–98.
5. Заборова В. А., Гуревич К. Г., Никитюк Д. Б., Селуянов В. Н., Рыбаков В. А. Оценка функционального состояния мышц квалифицированных спортсменов-пловцов. *Кубанский научный медицинский вестник* 2020; 5 (160): 55–60.
6. Литвинов И. А., Галлямова А. Ф., Новиков Ю. О. Алгоритм использования различных методик реабилитации при лечении цервикокраниалгий. 2019; 2: 36–38.
7. Новиков Ю. О. Боль в спине: клиника, дифференциальная диагностика, лечение. *Вертеброневрология* 2021; 1–2 (8)

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА КАК ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Горшкова Анастасия Константиновна

Руководители:

Агушева Наталья Александровна,

Михайлова Анна Вячеславовна

ГАПОУ Саратовской области

"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов

В 1992 году редактор женского журнала о здоровье «Сама» Александра Пенни и вице – президент Корпорации «Эсте Лаудер» Эвелин Лаудер выдвинули идею провозгласить ленту символом борьбы с раком молочной железы.

Символ борьбы с раком груди — розовая лента. Все благодаря Эвелин Лаудер, бывшей вице-президентом Estee Lauder, и журналисту Александре Пенни. По их инициативе в 1992 году в качестве напоминания об опасном заболевании ленту раздавали сначала в нью-йоркских магазинах бренда, а затем и в бутиках по всей стране. Но с цветом ленты они определились не сразу — розовой она стала позже.

С тех же пор — то есть с 1992 года — ежегодно корпорация Estee Lauder проводит кампанию против рака груди. Ее задача — распространение информации о заболевании, а также сбор средств на его исследование и поиск новых методов лечения.

Основная цель программы – информирование женщин о раке молочной железы и научные исследования в этом направлении уменьшение риска и предотвращение заболевания посредством распространения информации о различных методах лечения оказание помощи при восстановлении и реабилитации.

По данным ВОЗ, в России каждый год такое заболевание, как рак молочной железы, обнаруживают у 54 тысяч женщин. 60% из них удается победить недуг, но в 40% случаев — а это около 22 тысяч женщин — он приводит к летальному исходу. Но профилактические меры и регулярная диагностика могут изменить эти показатели к лучшему.

В России примерно в 40% случаев рак молочной железы обнаруживают на поздних стадиях. Это связано с особенностями заболевания. Когда оно только начинает развиваться и опухоль в размерах достигает 1–2 см, на самочувствии женщины это никак не отражается, опасность может остаться незамеченной. Кроме того, необходимость регулярно проходить обследования осознают далеко не все, и это тоже становится причиной того, что рак обнаруживают поздно. 98% — такова доля женщин с диагнозом рак молочной железы, которые выздоравливают, если заболевание у них выявляют на ранних сроках.

Актуальность данной темы обусловлена значимостью информирования в профилактике онкологических заболеваний и является важной биологической и социальной проблемой. Однако достичь значительного улучшения состояния здоровья населения только средствами общественной профилактики невозможно. Эффективность профилактических мер на 80% зависит от сознательного отношения женщины к охране своего здоровья.

Хотя достижения в области медицины предоставляют женщинам немало возможностей следить за состоянием своего здоровья, посещая специалистов, 70% женщин обнаруживают заболевание в «домашних условиях» — с помощью самодиагностики. Поэтому важно быть внимательной к своему самочувствию.

Необходимо сформировать научный подход к управлению здоровьем, который сфокусирован на предотвращении развития онкологических заболеваний и поддержании в идеальной форме общего состояния здоровья и качества жизни.

Профилактика – комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Указанные вопросы требуют научно-практической разработки, организационных решений, способных не только сохранять и формировать собственное здоровье, но и создавать необходимые условия для развития здоровья и формирования здорового образа жизни молодежи.

Исследовательская работа проходила на базе СОБМК.

В эксперименте приняли участие студенты I и II курса в количестве 40 человек, возраст – 18-19 лет. Выбор возрастной группы проводился в соответствии с тем, что именно в этом возрасте происходит становление и закладка основных физических и духовных качеств, приобщение к вредным привычкам.

Исследование проводилось в 3 этапа:

1-й этап (раздел I) – поисково-теоретический. На данном этапе изучалась литература, выполнялся анализ состояния проблемы по учебно-программным документам общеобразовательной школы, выявлялись структура и содержание понятий «профилактическая медицина», «здоровый образ жизни» и его критерии; определялись цели, задачи и гипотеза исследования; проводился поисковый эксперимент по выявлению педагогических подходов к возможностям формирования ценностных ориентаций подростков на ЗОЖ. Изучалась роль биологии в формировании у них установок на здоровье сберегающее поведение.

2-й этап. В исследовании приняли участие 40 человек – обучающиеся I и II курсов СОБМК, (средний возраст 18-19 лет).

3 этап – аналитический – был посвящен систематизации и обобщению данных исследовательской работы, уточнению выводов, оформлению результатов исследования, составлению диаграмм.

На сегодняшний день самым распространённым видом выявления уровня осведомленности по ЗОЖ обучающихся являются различные способы динамической оценки одиночных показателей, например:

1. Опрос (анкетирование, беседа);
2. Работа с информацией;
3. Метод анализа и интерпретации полученных данных.
4. Выработка рекомендаций

Для выявления уровня осведомленности по здоровому образу жизни студентам было предложено ответить на вопросы анкеты.

Заключение

Обобщив результаты проведенной исследовательской работы, можно сделать следующие краткие выводы:

1. Современная сложная социально-экологическая ситуация в мире, обусловившая резкое ухудшение показателей здоровья населения планеты, и проявила представление о здоровье как о «личном деле каждого».

Осознание важности «немедицинских» составляющих здоровья, обусловило необходимость выявления основных факторов, определяющих здоровье молодежи, воздействуя на которые, можно переломить складывающуюся отрицательную динамику изменения здоровья населения.

2. В этой ситуации ведущая роль в решении этой чрезвычайно важной социальной задачи отводится образованию, которое в наибольшей степени способно обеспечить массовость и в то же время системность в формировании представлений о здоровье и отвечающих им ценностных ориентаций.

Оздоровительную направленность средств биологического воспитания можно реализовать через укрепление физического и психического здоровья, формирование поведенческих основ ЗОЖ, раскрытие резервных возможностей человека, профилактике онкологических заболеваний.

Необходимо продолжить информационную работу среди молодежи о ЗОЖ.

Список использованных источников:

1. Морозов, М. А. *Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие* / М. А. Морозов. — 2-е изд. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2012. — 175 с.
2. Барышева, Е. С. *Культура здоровья и профилактика заболеваний: учебное пособие* / Е. С. Барышева, С. В. Нотова. — Оренбург: ОГУ, 2016. — 214 с.
3. Захарова Н. О., Семиглазов В. Ф., Duffy S. W. *Скрининг рака молочной железы: проблемы и решения: монография.* — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 176 с
4. Семиглазов В.Ф., Семиглазов В.В. *Профилактика и ранняя диагностика рака молочной железы. Советы специалистов.* С.-Пб., Клевер Принт; 2003. с. 3—4.

**СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.
СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

*Мамунц Сюзанна Александровна
Туманова Арина Константиновна
Руководитель:
Назарова Елизавета Андреевна
ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов*

Сердце состоит из четырех камер, правое предсердие, правый желудочек, левое предсердие, левый желудочек. Находятся в плотных стенках. К основным особенностям сердечной мышца относятся:

- автоматия-способность к ритмическому сокращению миокарда, под влиянием импульса которые появляются в самом органе;
 - проводимость -способность сердца генерировать сигналы, способствующие возбудимости предсердий;
 - возбудимость-способность сердечной мышцы возбуждаться от раздражителей.
 - сократимость-сила сокращений сердечной мышцы;
 - рефрактерность-невозможность миокарда активироваться при воздействии импульса.
- Также у основных особенностей мышцы, наблюдаются нарушения:

Автоматия Миокарда теряет способность независимо от времени создавать импульсы.

Проводимость, нарушения делятся на 2 вида:

1. Брадиаритмии - происходит нарушение ритма, который связан с блокадой сердца.
 2. Тахикардия, в этом случае ритм увеличивается, в минуту может достигать 90 ударов.
- Возбудимость - это возникновение нарушений сердца, которые вызывают внеочередное сокращение или учащенный ритм.

Сократимость, нарушается при любом сильном повреждении какой-либо сердечной мышцы.

В камерах содержится кровь. Стенки, постоянно сокращаясь, находятся в непрерывном движении, обеспечивают перемещение, продвижение крови по всей сети сосудов тела (сосудистой системы). Без такого насоса, направляющего и придающего ускорение потоку крови, существование организма невозможно.

Сердце человека – это мышечный насос. Каждый день сердце сокращается и расслабляется 100000 раз, перекачивает 7600 литров крови.

Сердце - располагается в нижнем отделе среднего средостения, между правым и левым легкими. Через стенку капилляров осуществляется отдача питательных веществ и кислорода из крови в клетки, и переход углекислого газа и других продуктов жизнедеятельности из клеток в кровь. Сердечно - сосудистая система отвечает за обеспечение циркуляции крови в организме человека, жизненно важной для поддержания многих функций.

Кровь, протекающую по сердечно - сосудистой системе, можно сравнить со спортсменом, который бежит на различные дистанции. Когда она проходит через малый (легочный) круг кровообращения – это бег. А большой круг – это уже марафон.

В сердечно-сосудистой системе существует 3 круга кровообращения: малый (легочный), большой (телесный), венечный (сердечный). Малый круг - отвечает за поступление крови в легкие, там кровь отдает углекислый газ и обогащается кислородом. Большой круг -обеспечивает транспорт крови по всему телу. Кровь, перекачивается левым желудочком в аорту, затем она поступает в капиллярные сосуды, где кислород из крови обменивается на углекислый газ.

В это момент артериальная кровь становится венозной.

Венечный круг, обеспечивает питание сердца, вся кровь от сердца собирается в венечный синус.

Круги замкнулись. Все повторяется снова. Их связь происходит только на уровне капиллярных сетей. Объем крови в кругах кровообращения равен между собой.

С каждым сокращением сердце взрослого человека выбрасывает и в большой, и в малый круги в покое около 60 мл крови (у детей меньше).

Так же в сердечно - сосудистой системе имеются кровеносные сосуды: артерии, артериолы, капилляры, венулы и вены. Все эти сосуда помогают крови поступать в органы и ткани организма.

Сердечно - сосудистые заболевания.

Инфаркт Миокарда - это омертвление сердечной мышцы, из-за плохого кровоснабжения.

Первые признаки инфаркта: возникает отдышка, бледность кожи, возникает боль за грудной клеткой, также у человека появляется сильный страх смерти, холодный пот, также может возникать тошнота и потеря сознания.

Первая помощь медицинскими работниками оказывается с помощью:

1. Биохимического анализа крови, с помощью данного анализа мы можем выявить вещества, которые являются продуктами злокачественных клеток.
2. Также применяют ЭКГ для постановки диагноза.
3. Компьютерная томография.

Инсульт - это острое состояние, характеризующееся неожиданным нарушением кровоснабжения головного мозга, приводит к гибели ткани и нарушения нервной системы.

Первыми признаками инсульта, являются: онемение рук и ног, запутавшееся сознание, головокружение, ухудшение зрения, возникают проблемы в речи.

При первой медицинской помощи, скорая может применить лекарственную терапию, чтобы поддерживать кровоснабжение и дыхание.

В тяжелых случаях могут применять сердечно-легочную реанимацию.

Заболевание	Основные причины	Медицинская помощь	Заболеваемость
1. Инфаркт Миокарда	Причинами являются: закупорка одной из артерии сердца, артериальная гипертония, может возникать из-за эмболии, т.е закупоривание воздухом , жиром.	Первая помощь медицинскими работниками оказывается с помощью 1. Биохимического анализа крови, с помощью данного анализа мы можем выявить вещества, которые являются продуктами	Если сравнить 2010 год, с 2016 , то заболеваемость инфарктом в 2010 была больше (1055592 человек) , а в 2016 заболеваемость незначительно снизилась и количество заболевших стало (904055 человек).

		злокачественных клеток . 2. Также применяют ЭКГ для постановки диагноза. 3. Компьютерная томография.	
2. Инсульт	Причинами являются: атеросклероз, перенапряжение, а также гипертония.	При первой медицинской помощи, скорая может применить лекарственную терапию, чтобы поддерживать кровоснабжение и дыхание. В некоторых случаях применяют сердечно-легочную реанимацию.	Количество заболевших инсультом в 2010 году составляло 384,4 , а в 2016 заболеваемость повысилась и стала 414,0

Вывод: в наше время очень большое количество пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: инфаркт и инсульт. Для их предотвращения необходимо с малых лет уже заботиться о своем здоровье, не иметь вредных привычек, заниматься спортом и правильно питаться.

Список использованных источников:

1. Атлас Сапина.
2. <https://bakulev.ru/patients/articles/stati-dlya-patsientov/363502/>.
3. <https://www.tromboza.net/vsyo-o-tromboze/cardiovascular-system>.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ β 2-АДРЕНОМИМЕТИКОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Ковригина Елена Андреевна
Усенко Юлия Юрьевна
Руководитель: Щеглова Ольга Михайловна
ОГАПОУ "Старооскольский медицинский колледж",
г. Старый Оскол, Белгородская обл.*

Актуальность исследования. Бронхиальная астма (БА) – это хроническая болезнь дыхательных путей, для которой характерны периодически повторяющиеся приступы удушья и свистящего дыхания. В настоящее время в мире насчитывается около 360 млн. человек, которым поставлен диагноз «бронхиальная астма».

Данные свидетельствуют о том, что люди, страдающие астмой, имеют пониженную способность выполнять регулярные действия и работать. Бронхиальная астма является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины в связи с высоким уровнем распространения, стойкой утратой трудоспособности, снижением качества жизни больного и смертности.

Цель исследования: провести маркетинговые исследования лекарственных препаратов для лечения БА на примере β_2 -адреномиметиков.

Задачи исследования: изучить и обобщить данные о БА и о лекарственных препаратах для лечения БА, провести анализ ассортимента ЛП исследуемой группы на примере β_2 -адреномиметиков.

Объект исследования: аптека г. Старый Оскол.

Предмет исследования: аптечный ассортимент лекарственных препаратов для лечения БА аптеки г. Старый Оскол

Методы исследования: контент-анализ официальных источников информации, обобщение данных, структурный анализ, математический и сравнительный анализ.

Для достижения сформулированных целей была разработана концепция, состоящая из 2 этапов: 1 этап – проведение контент-анализа официальных источников информации о ЛС, зарегистрированных Министерством Здравоохранения РФ: Государственный реестр ЛС, Регистр лекарственных средств; 2 этап – анализ ассортимента лекарственных препаратов группы β_2 -адреномиметиков для лечения БА в аптеке г. Старый Оскол по коэффициенту полноты; по производственному признаку; по зарубежным странам-производителям; по отечественным фирмам-производителям; по составу; по действующим веществам; по видам ЛФ; по ЛФ; по условиям отпуска из аптечной организации.

Анализ АТХ-классификации лекарственных препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей позволил выявить, что сегмент фармацевтического рынка β_2 -адреномиметиков для лечения БА представлен 10 МНН и 56 торговыми наименованиями, 288 ЛП с учетом дозировки и лекарственной формы. В аптечном ассортименте эти показатели составили 9, 26 и 45 соответственно (рис.1).

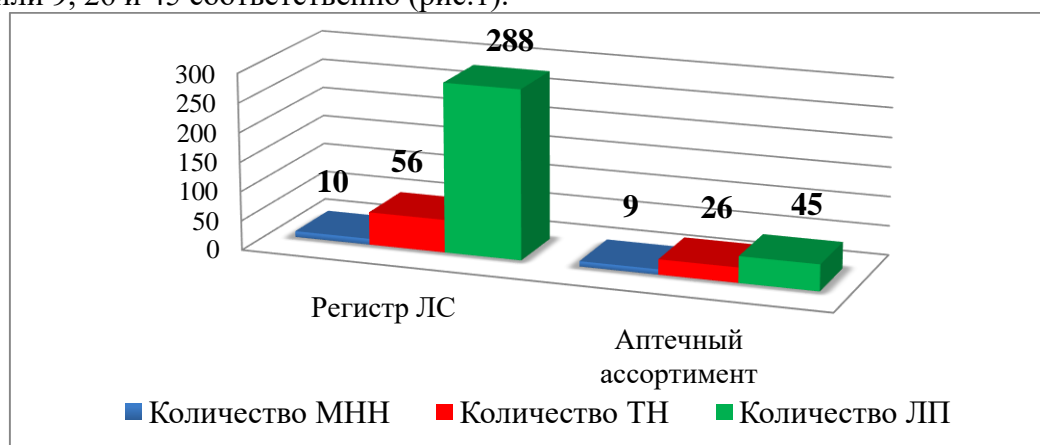


Рис. 1. Распределение ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА по МНН, ТН, ЛП

Проведен расчет процентного соотношения лекарственных препаратов исследуемой группы, имеющихся в аптеке (26), к числу зарегистрированных на фармацевтическом рынке России (56). Коэффициент полноты ассортимента составил 46,4%.

Проведенное в ходе исследования распределение ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА по производственному признаку показало, что в структуре аптечного ассортимента лекарственных препаратов анализируемой группы преобладают ЛП зарубежного производства - 57,8%. На долю ЛП отечественного производства приходится - 42,2%.

Анализ аптечного ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА по зарубежным странам-производителям выявил, что лидирующие позиции (15,4%) занимают лекарственные препараты, производимые в Словении (Форадил Комби), Индии (Асталин, Комбитид Стархалер, Сальмекорт), Италии (Атимос, Фостер) и Швеции (Окис Турбухалер, Симбикорт Турбухалер).

В ходе исследования проведен анализ ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА по отечественным фирмам-производителям. Лидирующее место среди отечественных фирм-производителей занимает компания ООО «ПСК Фарма» (Сальбутамол Эйр) – 36,8%. Наименьшая доля 5,3% приходится на компании ООО "Гротекс" (Новатрон нео), АО "ГлаксоСмитКляйн Трейдинг" (Вентолин), АО "Биннофарм" (Фенотэйр), ООО "ЮжФарм" (Берипракс), ООО "КъезиФармасьютикалс" (СабаКомб) (рис.2).

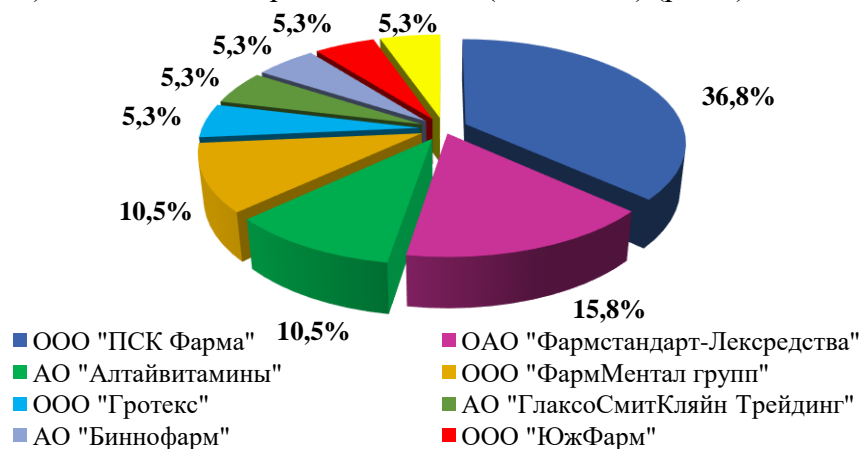


Рис. 2. Распределение ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА по отечественным фирмам-производителям

Распределение аптечного ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА по составу показало, что один активный компонент содержат 25 наименований (Сальбутамол-Фармстандарт), что составляет 55,6% , на долю комбинированных лекарственных препаратов приходится 44,4%.

Анализ ассортимента по действующим веществам позволил выявить, что лидирующее место 31,1% занимают комбинированные препараты Формотерола с Будесонидом (Респифорб Комби, Симбикорт Турбухалер). Лекарственные препараты, имеющие в своем составе Сальбутамол (Вентолин, Асталин, Сальбутамол-Фармстандарт) занимают второе место – 24,4%; на третьем месте (15,6%) лекарственные препараты Формотерола (Формотерол Эйр, Форалес, Атимос) (рис. 3).

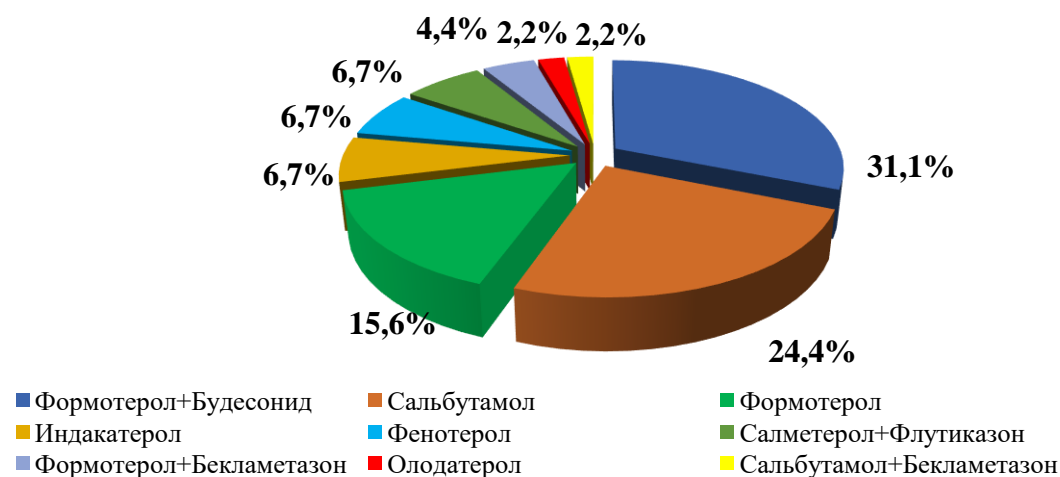


Рис. 3. Распределение ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА по действующим веществам

В структуре аптечного ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА наибольшую долю занимают твердые лекарственные формы – 51,1%. Жидкие лекарственные формы в ассортименте исследуемой группы занимают наименьшую долю – 8,9%. При этом все

препараты предназначены для ингаляций, в целом преимущество ингаляционной терапии перед другими методами заключается в более быстром всасывании лекарственных средств, увеличении их активной поверхности, создании высоких концентраций лекарственных средств непосредственно в очаге поражения. Кроме того, минуя печень, лекарственные средства в неизменном виде действуют при заболеваниях верхних дыхательных путей и легких более эффективно, чем при их пероральном применении.

Распределение ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА по лекарственным формам показало, что в структуре аптечного ассортимента анализируемой группы преобладают лекарственные препараты в виде аэрозоля для ингаляций дозированного 40,0% (Новатрон нео). Достоинствами данной ЛФ является удобство, портативность, быстрота выполнения процедуры, низкая стоимость. Второе место занимают лекарственные препараты, выпускаемые в виде капсул с порошком для ингаляций – 33,3%; наименьшую долю составляют ЛП в виде раствора для ингаляций – 8,9% (рис.4).



Рис. 4. Распределение ассортимента β_2 -адреномиметиков для лечения БА по лекарственным формам

Результаты проведенного анализа ассортимента ЛП анализируемой группы по условиям отпуска из аптечной организации позволили выявить, что все ЛП аптечного ассортимента отпускаются из аптечной организации по рецепту врача на рецептурном бланке № 107-1/у. В Перечень ЖНВЛП для медицинского применения на 2024 год включены селективные β_2 -адреномиметики R03AC (Индакатерол, Сальбутамол, Формотерол), адренергические средства в комбинации с ГК R03AK (Беклометазон+формотерол, Будесонид+формотерол, Вилантерол+флутиказон фуроат, Мометазон+фенотерол, Салметерол+флутиказон).

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

БА – заболевание, при котором в бронхах происходит воспаление, чаще всего аллергической природы. Лекарственное лечение бронхиальной астмы состоит из назначения бронхорасширяющих препаратов и средств, подавляющих аллергическое воспаление.

β_2 -адреномиметики для лечения БА пользуются большим спросом, а также являются доступными по ценовому признаку, так как большинство входит в перечень ЖНВЛП, а также удобны по способу применения.

Маркетинговый анализ показал, что анализируемая группа ЛП представлена как отечественными, так и зарубежными ЛП, которые выпускаются в различных лекарственных формах. Все это в совокупности позволяет современному фармацевтическому работнику иметь возможность выявить желания покупателя для удовлетворения его потребностей.

Список использованных источников:

1. Молостова, Т. Н. β -адреноблокаторы у больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой / Т. Н. Молостова // *Практическая пульмонология*. – 2018. – 245 с.
2. Бронхиальная астма. Диагностика, лечение и профилактика – URL: http://elib.usma.ru/bitstream/usma/4808/1/UMK_2021_030.pdf (дата обращения: 01.02.2024)
3. Государственный реестр лекарственных средств – URL: <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx/> (дата обращения: 02.02.2024)
4. Машковский, М.Д. Лекарственные средства – URL: <http://mashkovsky.ru> (дата обращения: 21.03.2024)
5. Регистр лекарственных средств – URL: <https://www.rlsnet.ru/> – (дата обращения: 01.02.2024)
6. Справочник лекарственных средств Видаль – URL: <https://www.vidal.ru> (дата обращения: 30.01.2024)
7. Средства, влияющие на дыхательную систему – URL: <https://present5.com/sredstva-vliyayushhie-na-dykhatelnyuyu-sistemu-pod-bronxoobstruktivnym/>

АКСИОМЫ ПРОДАЖ: ИСКУССТВО ПРОДАВАТЬ В АПТЕЧНОЙ СФЕРЕ

Долженко Яна Сергеевна

Руководители:

Дериземля Наталья Сергеевна

Титова Валентина Васильевна

ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула

За последние два десятилетия в фармацевтическом бизнесе произошли большие перемены. Раньше аптек было мало, все они были государственными, да и цены на лекарства в любой аптеке по всей стране были одинаковыми. Сегодня ситуация изменилась: аптеки открываются на каждом углу, государственных аптек осталось немного, а уж о разнице в цене на препараты и говорить не приходится[1,2].

Аптеки и аптечные сети сегодня находятся в условиях жесткой конкурентной борьбы. Однако в зависимости от региона ситуация может различаться кардинальным образом. Это связано в первую очередь с тем, что не хватает специалистов, которые бы в этих аптеках работали. Поэтому однозначно оценить, насколько рынок сконцентрирован и конкурентен, ни в коем случае нельзя[3].

Тем не менее, если говорить о больших городах и областях, то конкуренция между аптеками в них достаточно серьезная. Например, на территории Тульской области 70% доли от общего рынка занята фармацевтическим рынком[6].

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что, начиная с 2017 года, Росстатом фиксировалось более чем 15%-й рост числа фармацевтических торговых точек. Согласно предположению экспертов, увеличение розничных точек стало прямым следствием обострения конкуренции[6]. В этой связи, ведущей в управлении предприятием должна стать стратегия конкурентной рациональности, представляющая целенаправленные действия по поиску устойчивого преимущества перед конкурентами путем удовлетворения нужд потребителей с помощью совершенствования техники продаж[4,5].

В ходе исследования взаимосвязи техники продаж и экономической эффективности работы на примере аптек ООО «Ригла-Тула» было проведено интервьюирование персонала данной сети.

В интервьюировании приняли 2 категории респондентов: молодые сотрудники с небольшим стажем работы (менее 3 лет) и сотрудники со стажем работы более 20 лет.

Таблица 1. Данные интервьюирования респондентов

Респондент/вопрос	Как справляетесь с конфликтными покупателями?	«фирменный приём» расположения к себе клиента	Метод увеличения продаж
Респондент 1 Стаж работы 24 года	Выслушиваю, вникаю в суть проблемы и решаю, путем разъяснения покупателю особенностей отпуска лс	Улыбка при приветствии	Правильно выявить потребность покупателя, предложить ему комплексную продажу
Респондент 2 Стаж работы 37 лет	Я выслушаю, пытаюсь разобраться в ситуации, сделать их более спокойными, принимать решение исходя из проблемы	Затрудняется ответить	Дополнительные предложения
Респондент 3 Стаж работы 40 лет	Я выслушиваю, объясняю, стараюсь решить проблему исходя из ситуации	Искренняя улыбка	Предлагаю дополнительные продажи, рассказываю об акциях, предлагаю большие упаковки
Респондент 4 Стаж работы 6 месяцев	Пытаюсь им всё разъяснить	Искренняя улыбка	Как можно больше рассказать об интересующих препаратах
Респондент 5 Стаж работы 3 года	Сохраняю спокойствие и иду на компромисс	Работаю по алгоритму	Методом допродажи
Респондент 6 Стаж работы 2 года	Не поддаюсь панике и не вступаю в перепалку с клиентом. Стараюсь сводить любой конфликт к положительному исходу	Устанавливаю общий контакт с клиентом	Умение убеждать

Подводя итоги интервьюирования, можно сделать выводы. Персонал с довольно большим стажем работает по алгоритму обслуживания клиентов внутри аптечной сети.

При встрече с покупателем необходимо поприветствовать и непременно улыбаться.

При общении с конфликтными покупателями фармацевты внимательно выслушивают претензию, вникают в суть проблемы, пытаются её решить исходя из ситуации и пожеланий клиента. Также необходимо быть доброжелательным.

Для увеличения продаж используют:

- Предложение дополнительной продажи
- Правильно выяснить потребность покупателя, предлагать ему комплексную продажу
- Предлагать большие упаковки.

Проанализировав таблицу, можно сделать выводы. Молодые сотрудники при своей работе придерживаются алгоритмов.

При встрече с клиентом приветствуют его, устанавливают визуальный контакт.

При общении с конфликтными покупателями фармацевты стараются сохранять спокойствие, найти компромиссы, и всё объяснить.

Для увеличения продаж используют:

- Метод допродажи
- Подробную консультацию об интересующих препаратах

У покупателей, зашедших в аптеку, как правило, складываются доверительные отношения со взрослыми специалистами. И это не случайно.

Во-первых, они более четко следуют регламентам компании и стандартам, так как они обладают большим опытом работы с клиентами.

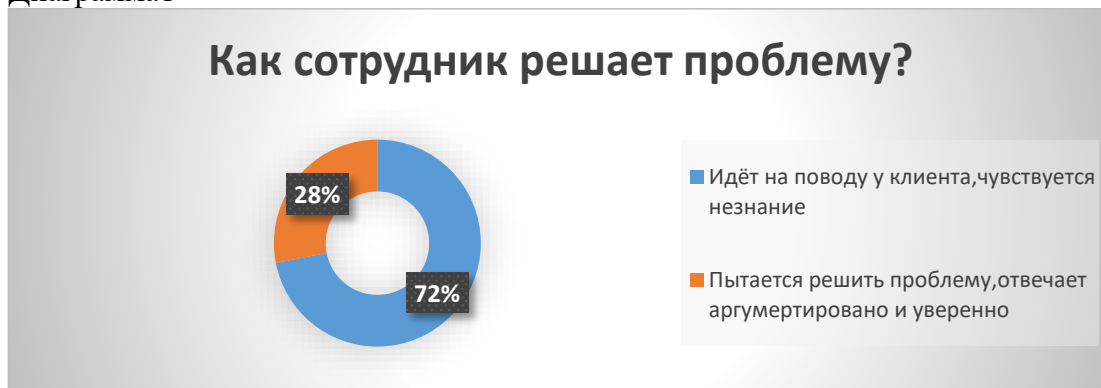
Во-вторых, статистика показывает, что в 70% случаев человек пойдёт именно к старшему специалисту, если у него будет выбор.

Чтобы установить, как применение техники продаж отражается на покупателях, было проведено анкетирование. Было опрошено 50 человек. Результаты следующие:

- Критерий «Тон, настроение фармацевта независимо от ситуации»: «очень важно» 24 (48%), «важно» 16 (32%), «не совсем важно» 10 (20%)
- Критерий «При отсутствии нужного лекарства Вам посоветовали аналогичное лекарство»: «очень важно» 28 (56%), «важно» 18 (36%), «не совсем важно» 2 (4%) и «совсем неважно» 2 (4%)

На вопрос: «Действия сотрудника при решении проблемы»:

Диаграмма 1



Немалую роль при обслуживании играют тон, настрой фармацевта, поэтому для более эффективной продажи, нужно быть в отличном настроении.

Для пациентов очень важно, чтобы при отсутствии лекарства им предложили аналог.

Было выявлено, что большинство посетителей аптеки ООО «Ригла» считают персонал вежливым при обслуживании, который пытается решить проблему, выражается четко и ясно, отвечает уверенно и аргументировано.

На основании проведенных исследований сделать вывод:

Сочетание профессиональных знаний плюс стандарт обслуживания, умение общения с конфликтными покупателями, предложение акционного товара в нужное время, забота о покупателях, личные качества персонала способствуют повышению уровня продаж в аптеке.

Клиенты ООО «Ригла-Тула» довольны качеством обслуживания, важные критерии при удовлетворении их потребности соблюдены персоналом аптеки. А это значит, что техника продаж в этой сети грамотно применяется и дает положительную тенденцию укрепления на фармацевтическом рынке среди своих конкурентов.

Список использованных источников:

1. Акопян, А. Особенности конкуренции на рынке медицинских услуг и товаров медицинского назначения / А. Акопян, В. Мурашов, Р. Бочкарев // *Маркетинг*. 2021.- № 3. - С. 107-108.

2. Березина, Г. Ресурсы увеличения продаж: активный способ воздействия на покупателя / Г. Березина // *Новая аптека*. - 2022.- № 12.- С. 27-29.

3. Гончаров, О.И. Харизматическое обслуживание в аптеке / О.И. Гончаров // *Новая аптека*. - 2020.- № 11.- С. 20-22.

4. Дорофеева, В.В. Аптека глазами покупателей / В.В. Дорофеева, Л.В. Голубкина // *Фармац. вестн.*- 2021.- № 38.- С. 18-21.

5. Завьялов, П.С. Конкурентоспособность и маркетинг / П.С. Завьялов // *Рос. экон. журн.*- 2021.- №12.- С.50.

6. Электронный ресурс-код доступа: <https://www.gks.ru/statistic>

НЕЙРОМАРКЕТИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЛОЯЛЬНОСТИ ПОКУПАТЕЛЕЙ В АПТЕКЕ

Ролдугина Дарья Альбертовна

Руководители:

Дериземля Наталья Сергеевна

Титова Валентина Васильевна

ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула

Чувства не обманывают;

обманывает составленное по ним суждение.

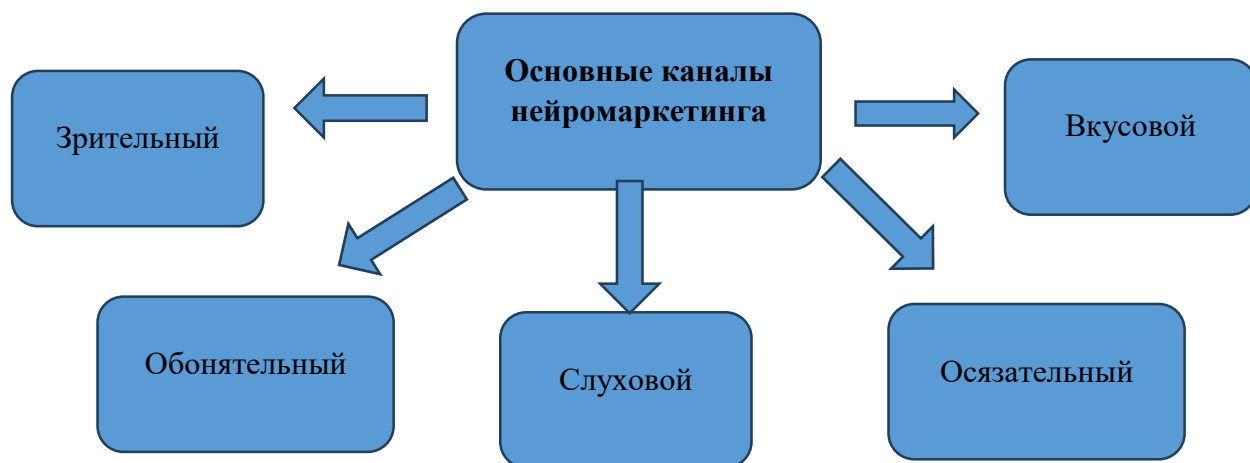
И. Гете

Нейромаркетинг – новое научное направление, в основе которого лежит симбиоз знаний о нейрофизиологии человека и маркетинговых подходах. По сути, это инновационный вид маркетинга, в котором взаимодействие с потребителем строится на научной основе – на понимании принципов организации функционирования высшей нервной деятельности человека. [1]

Человек воспринимает сигналы окружающей среды (например, цветовую палитру презентуемого товара), они вызывают определенные эмоции, а те в свою очередь со временем формируют условные рефлексы, которые можно поставить на службу маркетинга.[3]

Актуальность данной темы в том, что применение нейромаркетинга недопустимо в отношении продвижения рецептурных средств. Данные подходы нельзя использовать с целью навязывания покупки. Нейромаркетинг в аптеках должен, в первую очередь, служить целям создания комфортной для посетителей обстановки и лучшего понимания их нужд.[1]

Рис. 1. Каналы восприятия

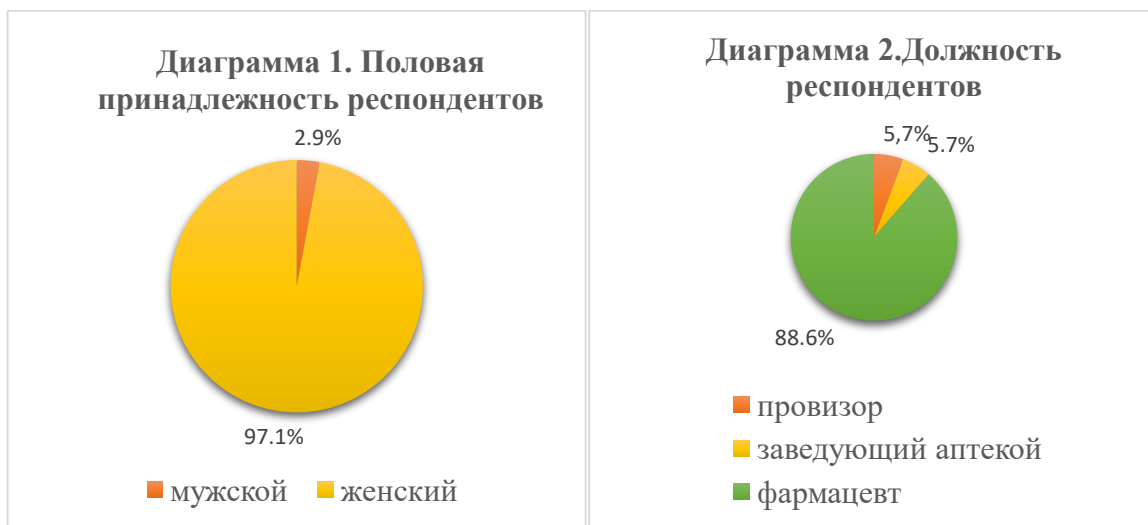


Чем больше органов чувств будет задействовано в процессе восприятия, тем более заметным окажется благоприятный эффект. [2]

Таблица. Способы поднятия лояльности покупателей в аптеке

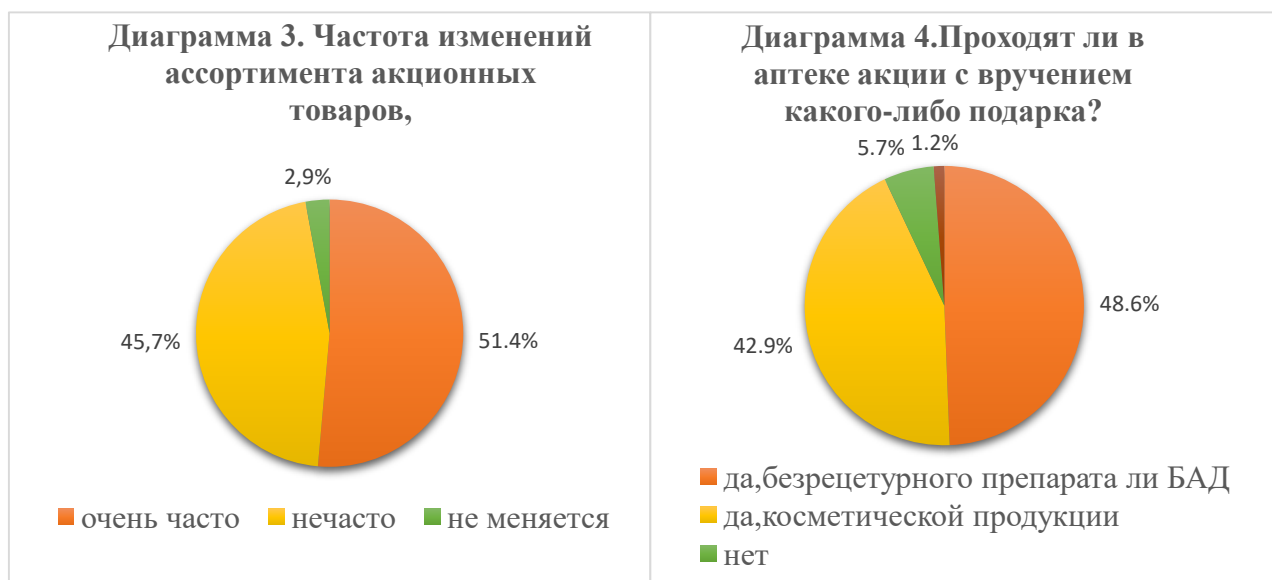
Наименование способа	Суть способа
<i>Визуальный мерчандайзинг</i>	Визуальный мерчандайзинг включает цветное оформление витрин либо другого оборудования, освещение и выкладку препаратов. Направленное освещение расставляет акценты, которые помогают покупателю ориентироваться в зале.
<i>Звуковой дизайн</i>	Звуковой дизайн включает музыку, стиль и звуковое оформление объявлений в торговом зале, приветствие посетителей, звуки при открывании дверей и т.д. Правильно подобранная музыка формирует в сознании покупателей положительный образ аптечной организации. Музыка не должна быть громкой и навязчивой. Она – фон для покупок и не должна от них отвлекать.
<i>Ароматический маркетинг</i>	Для человека нет нейтральных запахов: любой запах он воспринимает как приятный или неприятный. При этом неприятные запахи человек воспринимает острее, чем те, которые ему нравятся. При подборе аромата нужно учитывать площадь и освещенность помещения, трафик посетителей и цветовые решения торгового зала.
<i>Вкусовой маркетинг</i>	В основном покупателям предлагают лечебный чай, конфеты, батончики и гематоген, реже – минеральную воду или детское питание.
<i>Подарки и бонусы</i>	Использование дисконтных программ, скидок и клубных карт. При покупке в аптеках нередко выдаются различные подарки. Так же распространена практика выдачи небольших тематических презентов (кружки, щетки, магниты и др). Клиентам предлагаются всевозможные сервисы бесплатных услуг.
<i>Кинестетические эффекты</i>	Стимуляция продажи с помощью чувства осязания. Основная задача кинестетического эффекта – вызвать у посетителя аптеки приятные ощущения и сделать их якорем для нужных ассоциаций.

Чтобы установить, как нейромаркетинг влияет на лояльность покупателей аптечных учреждений, было проведено анкетирование. Было опрошено 35 сотрудников. Среди которых преимущественно специалисты на должности – фармацевт (88,6% опрошенных) женского пола (97%).



При опросе сотрудников было выявлено, что ассортимент акционных товаров меняется довольно часто, что свидетельствует о постоянно растущем спросе, и как следствие, заинтересованности посетителей аптек в разнообразии предложения ассортимента. (Диаграмма 3) На фоне постоянно меняющегося ассортимента акционных товаров, было установлено, что в аптеках периодически проходят бонусные программы с вручением различных подарков. (Диаграмма 4)

В ходе анализа ответов сотрудников аптек было выявлено, что большинство считает неуместным использование музыкального сопровождения в аптечном учреждении.



(Диаграмма 5) Также в результате анкетирования был получен результат об использовании вкусового маркетинга, в ходе которого, посетителям предлагается попробовать различную продукцию, но, к сожалению, такая практика для аптек крайне редка. (Диаграмма 6)

Диаграмма 5. Считаете ли Вы целесообразным использовать в качестве фона в аптеке тихую расслабляющую музыку?

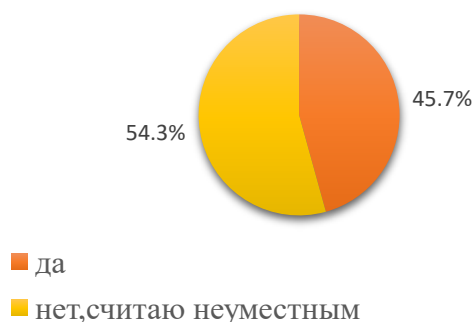


Диаграмма 6. Используется в вашей аптеке вкусовой маркетинг?

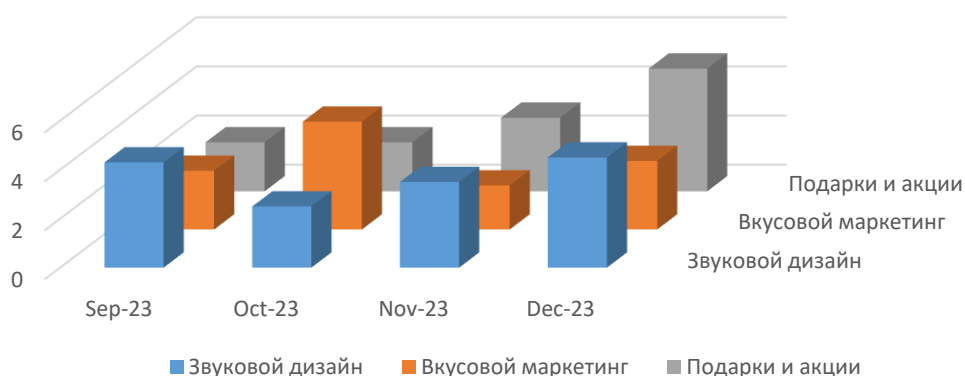


На основании полученных данных, сотрудникам аптечного пункта №12 ООО «Фармпланета» было предложено в течении 4 месяцев (сентябрь-декабрь 2023 года) использовать 3 инструмента нейромаркетинга:

- Звуковой дизайн – использование расслабляющей музыки (1-10 число месяца);
- Вкусовой маркетинг – предложение продуктов диетического питания (11-20 число месяца);
- Вручение различных подарков, к приобретенной продукции аптечного ассортимента (21-30 число месяца).

Элементы нейромаркетинга запускали в разные даты месяца (информация указана выше) и на фоне этого отслеживали на сколько происходит прирост продаж и в последствии увеличения выручки в аптеке. (Диаграмма 7)

Диаграмма 7. Влияние инструментов нейромаркетинга на продажи апт. пункта №12 ООО "Фармпланета"



На основании полученных данных анализа продаж, за указанный период, можно сделать следующий вывод, что актуальность изучения применения элементов нейромаркетинга в аптечных учреждениях состоит в увеличении эффективности работы и росте выручки аптечных организаций на основе понимания основополагающих механизмов нервной системы.

Список использованных источников:

1. Прожерина Ю. Нейромаркетинг для аптечных организаций; 2023
2. Аптечные продажи: методическое пособие для первостольника, 2023

3. *Фармацевтический нейромаркетинг: подходы к определению сущности и аспекты практической реализации: журнал-Научное обозрение. Экономические науки.* -2022.-№3-С.57-61

Ссылка для анкетирования:

https://docs.google.com/forms/d/1SVMndTnhay28AvyAt_6FKi7A69FdwdbN_jEAqB5W6hQ/edit?pli=1#responses



ПСИХОСОМАТИКА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА

Таратынкина Ульяна Александровна

Руководитель: Воронцов Роман Дмитриевич

ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула

Психосоматика – это наука, которая изучает связь психологических, эмоциональных и социальных явлений с телесными болезнями.

Итак, было бы странно полагать, что люди сразу поняли, как психика влияет на тело.

«Как не следует пытаться лечить глаза отдельно от головы и голову — отдельно от тела, так не следует и лечить тело, не леча душу, и у эллинских врачей именно тогда бывают неудачи при лечении многих болезней, когда они не признают необходимости заботиться о целом, а между тем если целое в плохом состоянии, то и часть не может быть в порядке... всё — и хорошее и плохое — порождается в теле и во всем человеке душою, и именно из неё все проистекает, точно так же как в глазах все проистекает от головы. Потому-то и надо прежде всего и преимущественно лечить душу, если хочешь, чтобы и голова, и все остальное тело хорошо себя чувствовали. Лечить же душу, дорогой мой, должно известными заклинаниями, последние же представляют собой не что иное, как верные речи: от этих речей в душе укореняется рассудительность, а её укоренение и присутствие облегчают внедрение здоровья и в области головы, и в области всего тела.»

Платон «Хармид»

Если расшифровать термин психосоматика, то мы получим: «ψυχή» – душа, «σῶμα» – тело. Но в Древней Греции не было консенсуса, и ученые не могли определиться, что же оказывает большее влияние на организм человека. Платон делал упор на душу, а вот Гиппократ отдавал предпочтение влиянию тела. Из-за этого возникало огромное количество споров, ведь прийти к единому мнению практически невозможно.

Вильгельм Вунд. Именно он дал толчок для исследования основ психосоматики, а точнее ее части, касающейся души человека. Психика (греч. psychikos – душевный) – свойство человека или животного субъективно отражать события объективной реальности для его ориентации и взаимодействия с окружающей средой. Сейчас мы точно знаем, что нашу психику можно поделить на 7 частей: ощущения, восприятие, память, воображение,

мышление, речь и внимание. И все эти аспекты так или иначе оказывают влияние на восприятие человека окружающего мира и регуляции его ответной реакции.

Автором самого термина «психосоматика» является Иоганн Хайнрот. Он ставил во главу угла заболевания именно психику. Так, например, причину туберкулеза, эпилепсии и рака он рассматривал как переживание чувства злобы и стыда.

Рассмотрим механизм психосоматической реакции на состояние организма, а также, как регулярные негативные мысли перед сном могут нарушить работу вашего сердца и даже привести к серьезным заболеваниям.

Стрессом для организма является любой выход из гомеостатического равновесия. Стресс каким-то образом сказывается на нашем организме, нашем теле. Но каким?

Парк – прекрасное и, пожалуй, лучшее место для прогулок на свежем воздухе, будь то свежее раннее утро или нежный прохладный вечер. Каждый может найти себе здесь занятие по душе, особенно летом, когда возможностей для отдыха особенно много. Те, кто любит активно проводить время, катаются по парковым дорожкам на велосипедах, роликах и самокатах, занимаются на уличных турниках, играют в бадминтон, теннис и другие игры. Итак, представим ситуацию: человек спокойно прогуливается по парку, как вдруг из кустов на него выпрыгивает агрессивная, злобно скалящаяся собака. Человек напуган. Рецепторы передают информацию в мозг, он ее обрабатывает, посылает сигнал к сердцу, что пора качать кровь. Она в свою очередь, начинает снабжать кислородом мышцы, и срабатывает рефлекторное: «Спасайся!» ...

Однако человек – странное существо, которое, казалось бы, имеет все нужные инструменты для создания чего-то нового. Но с другой же стороны, он может самостоятельно повернуть этот инструмент против себя и сделать гораздо хуже. Этот инструмент – воображение.

Наше воображение устроено так, что порой без нашего ведома начинает ярко рисовать обстоятельства в красках, со всеми эмоциями и отношением людей. Например, если это неловкая ситуация, которая произошла с вами на работе. Вы, скорее всего, захотите, как можно скорее забыть о ней, но ваш мозг не позволит этого сделать и будет прокручивать его раз за разом, и в какой-то момент вы можете обратить внимание, что ваше сердце бьется с бешеной силой, но ведь вы просто лежите в постели. И иногда подобные марафоны преследуют людей с пугающей периодичностью: каждый день перед сном. И так непроработанный, неоправданный стресс остается в организме и оказывает губительное влияние на наше тело, вызывая порой крайне серьезные проблемы со здоровьем.

Также важно напомнить, что у нас есть симпатическая нервная система и парасимпатическая. Симпатическая активируется, когда нужно спастись, бежать, атаковать. Поэтому, когда вы мучаете себя нервными мыслями перед сном, активируется именно симпатическая нервная система. А вот парасимпатическая отвечает за расслабление нашего организма и переваривание пищи. Но важно подметить, что эти системы не работают вместе.

Так, находясь в длительном стрессе, вся ваша энергия уходит в симпатическую нервную систему, а именно на сокращение мышц, кстати, не только рук и ног, но и мышц, регулирующих работу ЖКТ. А это означает, что еда, поступающая в наш организм, проходит по пищеварительному тракту с большими усилиями. Соответственно, стенки органов могут истощаться, а вещества, которые отвечают за переваривание и усваивание пищи, вырабатываются в значительно меньшей степени. Именно поэтому при включении симпатической нервной системы отключаются прочие потребности организма, (отсутствие голода) дабы спасти его целостность в общем. Организм кричит лишь об одном: «беги!».

Именно так, только от одной мысли, вызывающей тревогу, у человека могут начаться проблемы с ЖКТ. Только лишь от одной мысли!

Обобщая, можно сказать, что стресс всегда имеет исключительно патогенную этиологию в нашем организме. Ну конечно, это не так. Стресс – это базовая реакция организма, к которой он в большинстве случаев готов. Мы можем испытывать стресс

в краткосрочной перспективе, но стресс на регулярной основе организм попросту не способен выдержать.

Что же ждет человека при попадании в эту воронку своих фантазий и страхов? **Первой стадией** поражения (давайте его назовем «вирусом страха») станет оттягивание решения долгосрочной проблемы, что приведет к беспокойству в области, например, ЖКТ. Скорее всего, человек захочет обратиться к врачу, но ответ специалиста на вопрос о наличии заболеваний, очевидно, будет отрицательным. И тогда пациент с большей вероятностью подумает о том, что просто себя накручивает. Но это далеко не так. На самом деле у него случился функциональный сбой определенного органа. Важно, что при обследовании не всегда удается найти функциональный сбой, так как обследование направлено на обнаружение органического изменения нашего организма. И когда врач ничего не находит, пациент считает, что все хорошо и он здоров. Но если дискомфорт никуда не уходит, то вскоре состояние может ухудшиться.

Вторая стадия. Допустим, человек смирился с дискомфортом в области ЖКТ, но через время к нему прибавляются всё новые беспокойства. И тогда он снова решается обратиться к врачу. И - о чудо! Он находит органические повреждения органов, будь то язва или, например, гастрит. И тогда врач прописывает таблетки. Пациент пропивает курс медикаментов, и ему становится лучше. Но если язва была вызвана вашими страхами и тревогой, есть шанс рецидива. Да и действие препаратов будет длиться только во время их приема, потому что раздражающий фактор стресса никуда не девается, он продолжает влечь за собой последствия. Это замкнутый круг.

Поэтому, если вы замечаете за собой боли непонятной этиологии, тем более после прохождения полного осмотра врачом. Задумайтесь. А не часто ли вы нервничаете? Если вы поймали себя на подобной мысли, скорее всего, вы находитесь на стадии функционального сбоя организма и лучше не доводить его до стадии органической поломки, потому что в большинстве случаев дороги назад уже не будет.

Если подытожить все вышесказанное, то можно понять, что проследить связь между психикой и телом стали очень давно. Сначала больший упор делали именно на телесные повреждения, потому что их можно увидеть невооруженным взглядом. Потом начали задумываться, а точно ли все идет исключительно извне? Может, дело в самом человеке? В его организме, разуме?

Главным аспектом в психосоматике является именно стресс. Он может быть спровоцирован разовой ситуацией или же преследовать нас ежедневно в нашей голове, наших мыслях и фантазиях. Может быть с нами дома, когда мы отдыхаем, или же на важной встрече по работе. Главное, что, если вовремя начать прорабатывать эти проблемы, то есть шанс остановить этот механизм и не позволить дойти до действительно серьезных проблем в организме, которые возможно лишь купировать на время, а при каждом новом приступе стресса нарушения обязательно вернуться.

— «Если у вас болит челюсть, значит, у вас имеются недосказанности близким и значимым для вас людям. Когда что-то так и хочется сказать, а правила приличия или другие обстоятельства не позволяют.»

Вот, что написано в интернете по запросу: причины боли в челюсти.

Но давайте подумаем логически и опустим клинические варианты, такие как заболевания суставов, ротовой полости и т.д.? Когда человек злится, он зачастую сам того не замечая, сжимает челюсти. Это легко объяснить с точки зрения биологии. Ведь любое животное, когда злится, демонстрирует свой звериный оскал сопернику, чтобы показать агрессивный настрой. Следовательно, из-за регулярного стискивания зубов челюсть гораздо быстрее изнашивается, и у человека возникают определенные беспокойства. Но ведь сжимание челюсти может свидетельствовать и о других эмоциях? Например, такой, как страх. Из этого можно сделать вывод, что по одному симптому или единой локализации болезни нельзя выяснить точную причину её возникновения.

На сегодняшний день международным сообществом признается 3 области заболеваний, которые могут быть спровоцированы психосоматической реакцией. Внимание! Могут! Но не значит, что они вызваны именно вашими мыслями, далеко нет. К ним относятся:

1. Некоторые проблемы, связанные с сердечно-сосудистой системой. Определенная мысль вызывает у вас стресс. Сердце и сосуды работают на износ, и случается некая поломка.

2. Органы ЖКТ. Об этом мы уже говорили ранее, что при нахождении организма в постоянном стрессе замедляется работа органов пищеварения, а большинство питательных веществ уходит на поддержание работы напряженных от страха мышц, что приводит к определенным проблемам.

3. Болевые симптомы любой этиологии. Регулярный стресс – это постоянный спазм мышц. Область изнашивается и приводит к постоянным болям и даже приступам непроизвольного тонического судорожного сокращения мышц.

Если вы столкнулись с проблемами, вызванными вашими переживаниями, то попробуйте сделать следующее:

1. Разберитесь в главном вопросе: почему я испытываю стресс в таком количестве? Что является его источником?

Во время размышления вы можете вслух проговаривать все ваши насущные проблемы. Важным результатом будет любая яркая эмоция, вызванная вашим мини тренингом. То есть та ситуация, которая вызывает у вас наибольший поток негативных эмоций, и будет корнем ваших переживаний.

2. Уменьшите влияние данного фактора на вашу жизнь или постарайтесь полностью исключить его из своей жизни.

3. Если же исключить фактор стресса невозможно, пробуйте разобраться в его происхождении и влиянии на вас и ваши эмоции. Может, вы придете к выводу, что к проблеме нужно относиться легче, а может, даже найдете её решение.

«Здоровье – это свободное течение энергии, которая, проходя через множество различных частей, сходится в единой точке, интегрируется в единое целое...»

Антонио Менегетти

Список использованных источников:

1. *Доказательная психосоматика: факты и научный подход. Очень полезная книга для всех, кто думает о здоровье/Тимофей Кармацкий, 25 мая 2023 г.*

2. *Изнанка психосоматики. Мышление/Лана Боева и Михаил Филяев, 6 марта 2020 г.*

3. *Размотай свои нервы. Научно доказанный способ разорвать порочный круг тревоги и страха/Жадсон Брюер, 30 июня 2023 г.*

ПАТОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПЛЕСНЕВЫХ ГРИБОВ НА БРОНХОЛЕГОЧНУЮ СИСТЕМУ ЧЕЛОВЕКА

Алтухова Дарья Дмитриевна

Руководитель: Заверюха Виктория Владимировна

Уссурийский филиал КГБПОУ

"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск

В современной жизни, человек все чаще сталкивается с плесневыми грибами в жилых домах, офисных зданиях и помещениях, которые пагубно влияют не только на бронхолегочную систему, но и на весь организм человека в целом, приводя человека к различным заболеваниям.

Дыхательная система - это система органов, которые обеспечивают газообмен между окружающей средой и организмом человека. Мы вдыхаем (почти) чистый живительный

кислород и выдыхаем углекислый газ. Всего несколько секунд, но в этот момент внутри нас происходит очень сложный процесс.

Что такое плесень очень важно знать всем. Плесень окружает нас повсюду. Одни виды плесени могут убить, другие же, наоборот, спасают.

Считается, что из сотен тысяч видов плесневых грибов только около ста видов могут вызывать заболевания у человека.

Воздействие на здоровье людей, проживающих в сырых помещениях, оказывают не только споры (клетки) грибов, но и клеточные фрагменты, которым до сих пор уделяли мало внимания.

Плесень - простонародное название грибка, который, в свою очередь, бывает плесневым (растет на камне, бетоне, краске), грибом синевы (растет в клетчатке дерева), грибом гниения (бактериальная, белая, бурая гниль, растущая на древесине), дрожжевым грибом (на пищевых продуктах).

Излюбленные места обитания плесени - сырые подвалы, влажные стены домов, системы отопления и охлаждения, кондиционеры, посудомоечные машины, мусорные баки, книжные шкафы, ванные комнаты, цветочные горшки.

Наиболее оптимальная температура для его развития +20°C, влажность 90% и более. Грибок растет на самых разных поверхностях, включая ткань, бумагу, дерево, стекло и пластик. По мере роста грибок может «переваривать» материал, на котором растет. Любую плесень в доме нужно расценивать как потенциально опасную для здоровья и немедленно начинать борьбу.

Плесень, вырабатывает токсины, которые наносят вред здоровью человека. Человек может вдохнуть с воздухом плесневые споры, при этом они осядут в бронхах и легких. Плесень может проникать в легочную ткань очень глубоко.

Истинные грибковые повреждения легких характерны для людей с патологиями иммунной системы. Действительно, в пораженных грибком помещениях люди чаще страдают от различных болезней легких, например, у человека может развиваться бронхиальная астма. Однако следует помнить, что основная опасность плесени - не в самом действии грибка, а в аллергии, которую он может вызвать. При вдыхании спор у аллергиков развивается воспалительный процесс, и если контакт с аллергеном постоянный, такое воспаление может приводить к серьезным повреждениям легочной ткани.

Грибы в целом, и плесени, в частности, могут вызывать заболевания человека такими путями как:

- 1) прямая инфекция. Плесневые грибы вызывают эти виды заболеваний очень редко и преимущественно у больных с серьезными иммунодефицитными состояниями;
- 2) грибы могут вызывать аллергические реакции, которые обычно обусловлены вдыханием или попаданием на слизистые оболочки частиц плесневых грибов. Аллергию могут вызывать как живые, так и мертвые грибы [].

Плесневые грибки вызывают кашель, насморк, возникает то, что упоминалось выше, это явление аллергического поражения дыхательных путей, что может перерасти в астму. Постепенно плесень распространяется в организме и поражает внутренние органы, дыхательные пути. А это уже говорит о наличии генерализованной грибковой инфекции.

Аллергические реакции от воздействия плесневых грибов на легочную ткань хорошо описаны в очень широком диапазоне: от воспаления верхних дыхательных путей (Риниты-воспаление слизистой оболочки носовых ходов) с сопутствующим конъюнктивитом до тяжелой бронхиальной астмы, аллергического бронхолегочного аспергиллеза и экзогенного аллергического альвеолита.

При дыхании споры плесени оседают в бронхах и легких, проникая глубоко в ткани, из-за этого у человека появляется кашель, свистящее дыхание, насморк.

При длительном воздействии плесени могут развиваться такие заболевания органов дыхания, как:

- 1) фарингит;

- 2) тонзиллит;
- 3) хронический бронхит;
- 4) пневмония.

Если перечисленные болезни уже развиты в хронической форме, то вдыхание спор плесени вызывает их осложнения.

У астматиков воздействие спор плесени провоцирует обострение болезни - приступы удушья, хрипы и кашель. Ряд исследований также свидетельствуют, что из-за вдыхания плесени астма может развиваться и у ранее здоровых людей. Отличить симптомы аллергии на плесень от других видов аллергии невозможно, поэтому для получения точного диагноза необходим прием врача и взятие анализов.

Постоянная борьба иммунитета с попаданием в организм спор плесени снижает общие защитные силы, поэтому организм не может противостоять инфекции в полную силу. Из-за этого человек чаще болеет ОРВИ (острое респираторное вирусное заболевание) и гриппом, а также медленнее выздоравливает. Кроме того, к вирусной инфекции может присоединиться бактериальная, что также увеличивает тяжесть болезни и затягивает сроки выздоровления.

Так, вдыхание плесневых грибков рода *Aspergillus* приводит к развитию аспергиллеза-инфекции, поражающей в первую очередь дыхательные пути, а затем и другие органы.

Изначально болезнь проявляется как аспергиллезный бронхит или трахеобронхит - появляется слабость, кашель, затем может развиваться аспергиллезная пневмония, а также болезнь может захватить желудок, головной мозг и кожу. Наиболее подвержены заражению аспергиллезом люди с иммунодефицитом, эта болезнь - главная причина смерти при остром лейкозе и трансплантации гемопоэтических клеток. Клиническим проявлениям предшествует короткий - от 1-3 часов до 3 дней - инкубационный период.

Появляется стойкое непрекращающееся ощущение горечи во рту, першение в горле. Отмечается повышение температуры до высоких цифр, сопровождающееся ломотой в костях, ознобом. Для аспергиллезной пневмонии характерна лихорадка неправильного типа. Температура повышается в утренние часы, снижается до нормальных или субфебрильных значений к вечеру.

Заболевание протекает бурно. Кашель в начале болезни мучительный, носит приступообразный характер, позднее становится продуктивным. Отделяется серо-зелёное или кровянистое содержимое бронхов. Больного мучает одышка даже при небольшой нагрузке. Беспокоят интенсивные боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании и перемене положения тела.

Выражены симптомы общей интоксикации: слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышенная утомляемость, похудание. Определяется учащённое сердцебиение и перебои сердечного ритма. Острому инвазивному лёгочному аспергиллёзу часто сопутствует поражение придаточных пазух носа и макулопапулёзные кожные высыпания.

Исходя из этого, можно сделать вывод, что грибковое образование в доме может являться токсическим источником различных заболеваний. Он оказывает не только влияние на организм, но и трудно выявляемый. При постоянной борьбе иммунитета с попаданием в организм спор плесени снижает общие защитные силы, поэтому организм не может противостоять инфекции в полную силу.

Ежегодно более 2,1 миллиона человек страдают от инвазивного аспергиллеза, вызываемого грибами *Aspergillus* на фоне хронической обструктивной болезни легких, интенсивной терапии, рака легких и гематологических злокачественных новообразований. Смертность при этом составляет примерно 1,8 миллиона человек (85,2%). Ежегодную заболеваемость хроническим аспергиллезом легких оценивают в 1,8 миллиона случаев, а смертность - в 340 тысяч (18,5%).

Грибковая астма распространена среди около 11,5 миллиона человек и может быть причиной 46 тысяч смертей в год (приблизительно 10% от всего числа смертей, связанных с астмой).

Для профилактики заболеваний, необходимо как можно скорее избавляться от источника. Последствия внедрения спор в организм, зачастую несут характерные изменения в нем при его отравлении. Тем не менее, новые данные показали, что грибки гораздо смертоноснее других патогенов. От них, к примеру, умирает в шесть раз больше людей, чем от малярии, и почти втрое больше, чем от туберкулеза.

На данный момент, слишком долго мы считали, что плесень абсолютно безвредна. Жители городов проводят в своих квартирах 50-70 % времени, а всего в закрытых помещениях, включая рабочие места до 80-90 % времени. За это время через дыхательные пути фильтруется находящийся в помещении воздух и если в нем содержится большое количество микроорганизмов, они оседают на легких, вызывая различные болезненные состояния.

Проведя исследовательскую работу по данной теме, выяснилось, насколько важны условия проживания в жизни каждого человека и опасность воздействия плесневых грибов на бронхолегочную систему человека.

Список использованных источников:

1. СанПин 2.1.2.2645-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям проживания в жилых зданиях и помещениях (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 10 июня 2010г. № 64. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12077273/>
2. Баранникова Д.А. Плесень и человек // Старт в науке. – 2017. – № 4-3. - URL: <https://science-start.ru/ru/article/view?id=782>
3. Население / Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. - URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>
4. ООО «СЭС» (Санитарно-экологическая Служба). 2023 г. - URL: <https://dezinsektor.spb.ru/poleznye-stati/kak-vliyaet-pleesen-na-cheloveka-v-kvartire.htm>
5. Плесень и ее влияние на здоровье человека / Управление Федеральной Службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Хабаровскому Краю от 28.11.2016. – URL: <http://27.rosпотребнадзор.ru/content/335/54529/>

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА СНА НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТА

*Громова Анастасия Евгеньевна
Руководитель: Перечкина Наталья Григорьевна
Уссурийский филиал КГБПОУ
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск*

Сон является одним из важнейших факторов, влияющих на физическое и психическое здоровье человека. Сон необходим для восстановления энергии, регуляции гормонального баланса, укрепления иммунитета, обработки информации и формирования памяти.

Исследования показывают, что при суточном сне до пяти и даже трех часов, происходит снижение концентрации внимания и памяти; появляется дневная сонливость и, как следствие, снижение работоспособности [1].

Целью нашего краткого исследования является изучение характеристик сна и выявление того, как сон влияет на успеваемость и работоспособность студентов нашего колледжа.

Сон - это физиологическое состояние организма высших позвоночных животных и человека, характеризующееся почти полным отсутствием реакций на внешние раздражители, уменьшением активности ряда физиологических процессов [4]. И.П.Павлов рассматривал сон как охранительное торможение. Сон представляет собой вид торможения, которое широко распространяется по коре полушарий большого мозга и в нижележащие нервные центры. Во время сна происходят многие физиологические процессы:

- понижается обмен веществ;
- частота сокращений сердца падает;
- дыхание становится редким и поверхностным;
- температура тела снижается;
- совершаются активные жизненно важные процессы [2].

Выделяют две фазы сна. Медленный сон составляет 75% от всего сна, состоит из 4 фаз:

- дремота - это совсем неглубокий сон до 5 минут;
- вторая фаза - до 20 минут, на ЭЭГ-импульсные всплески высокой частоты и низкой амплитуды;
- третья фаза - глубокий сон. На ЭЭГ появляются высокоамплитудные волны низкой частоты — дельта-волны;
- четвертая фаза сна - еще более глубокий сон. На ЭЭГ — дельта-волны, дыхание и ритм сердца замедляются, температура тела и мозга немного снижается.

Вторая фаза - парадоксальный (быстрый) сон (25%), состоящий из 5 фаз:

- первая фаза наступает через 20-30 мин. после глубокого сна;
- вторая фаза. Быстрое движение глаз из стороны в сторону;
- третья фаза. Почти полностью пропадает тонус мышц;
- четвертая фаза. Учащается сердечный и дыхательный ритм, поднимается температура и давление. ЭЭГ мозга становится, как у проснувшегося человека;
- пятая фаза длится в среднем 10 минут. Снятся самые эмоциональные и зрелищные сны [2].

Нет единого необходимого времени сна для всех людей.

Продолжительность и глубина сна зависят от характера человека, возраста, работы, привычек, степени утомления. Есть «жаворонки», «совы», «голуби». Ценность сна зависит от того в какое время люди ложатся спать.

Однако, согласно исследованиям продолжительность ночного сна для подростков и молодых взрослых, как правило, считается оптимальным 9 часов, но не менее 8 часов сна в течение 24 часов. При продолжительности ночного сна менее 8 часов позитивный эффект сна на организм человека начинает снижаться.

Если постоянно недосыпать, то может возникнуть много проблем, которые окажут влияние на наше здоровье. Например, такие как:

- 1) неполадки с дневным режимом;
- 2) ухудшение поведения;
- 3) вероятное появление депрессии;
- 4) нарушение уровня успеваемости;
- 5) сбои в функциях головного мозга;
- 6) ухудшение общего физического и психоэмоционального состояния;
- 7) регулярное недосыпание служит причиной снижения скорости психомоторики и как следствие — ухудшение успеваемости в обучении [3].

Специалисты отмечают, что основными причинами сложного просыпания являются лень, отсутствие чувства ответственности, общение половину ночи по сети (или игры), возможные уважительные обстоятельства.

Проблема в том, что постоянное недосыпание превращается в серьезную бессонницу. И чтобы ее побороть - важно устранить основополагающие причины.

Для выявления причин, влияющих на качественный сон, нами было проведено социологическое исследование отношения студентов медицинского колледжа к проблемам связанным со сном, где мы попытались выяснить существуют ли таковые, каковы причины недосыпаний и как можно, по их мнению, бороться с ними.

Было проанкетировано 300 студентов первого и второго курса специальностей «Сестринское дело», «Фармация» и «Лечебное дело».

Анализ показал, что почти 40% опрошенных студентов первого курса ложатся спать раньше 22 часов, а на втором курсе таких ребят всего 11%. Многие студенты второго курса

объясняют это большим объемом домашнего задания и самостоятельной подготовки.

При этом чуть меньше половины студентов первого курса просыпается после 7 часов, а на 2 курсе в это время просыпается 57% ребят.

По данным опроса, 72% студентов спят меньше, чем рекомендуется для их возраста, а 20% страдают от хронической бессонницы.

Как на первом, так и на втором курсе большой процент студентов долго не могут уснуть, что, скорее всего, связано с тем, что многие перед сном общаются в социальных сетях, играют в компьютерные игры.

Исходя из анализа данных, мы видим, что студентам тяжело просыпаться утром, при этом на втором курсе это сложно делать большей части опрошенных студентов. Проблемы недосыпания у студентов существует и очень явно прослеживается.

Как на первом, так и на втором курсе более трети студентов отмечают, что качество сна и его продолжительность оказывают влияние на успеваемость. Студенты отмечали, что им сложнее сконцентрироваться на занятиях, запоминать и т.п. Было выяснено, что нарушения сна в большей степени касаются тех студентов, которые живут в общежитии.

На основе анализа мы предлагаем придерживаться ряда советов по вопросам приведения сна в порядок и высыпания.

Эти рекомендации общеизвестные: это режим дня, проветривание помещения перед сном и многие другие, которым нас приучают с детства. Студенты должны планировать свою нагрузку заранее: успевать учиться без «хвостов», заниматься и решать бытовые вопросы (уборка, питание), уход за собой, посещать какие-либо развлекательные мероприятия, спортивные клубы, секции и т.п. Многие студенты колледжа подрабатывают, что тоже нужно планировать с учетом режима сна.

Поэтому студенты должны расставить приоритеты (здоровье, учеба) и помнить, что без полноценного сна сложно воспринимать учебный материал, сконцентрироваться на учебном процессе, справляться с учебными нагрузками.

Итак, сон важен для здоровья студентов, точно также как питание и физические нагрузки. Качество и количество сна влияют на работоспособность, настроение, творческий потенциал и когнитивные функции человека, может увеличить риск развития заболеваний. Студенты являются одной из наиболее уязвимых групп населения, подверженных недостатку сна. Анализ показал, что студенты спят меньше, чем рекомендуется для их возраста, а некоторые страдают от хронической бессонницы.

Основными причинами недосыпа у студентов являются: нерегулярный график сна, высокая учебная нагрузка, стресс, социальные факторы, неправильное питание, употребление кофеина, алкоголя и других веществ.

Список использованных источников:

1. Антипов, В. А. Влияние сна на здоровье и продуктивность студентов / В. А. Антипов, А. В. Климов // Молодой ученый. — 2021. — № 23 (365). — С. 123-125. — URL: <https://moluch.ru/archive/365/81852/> (дата обращения: 14.02.2024).
2. Влияние сна на работоспособность мозга. - URL: <http://dnevniknauki.ru/images/publications>
3. Влияние на успеваемость студентов. - URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=16920&ysclid=ls1jp2u228557658917>
4. Сон. - URL: <https://ratio-natura.ru/sites/default/files/2022-11/vliyanie-prodolzhitelnosti-sna-na-uspevaemost-studentov.pdf>
5. Тридцатко, О.А. Влияние сна на качество обучения студентов / О.А.Тридцатко // Эпоха науки. – 2022. - № 29. - С. 310-313.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ. ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

*Передрий Юлия Олеговна
Руководитель: Заверюха Виктория Владимировна
Уссурийский филиал КГБПОУ
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск*

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является весьма важной проблемой современной медицины. Актуальность обсуждения состояния обусловлена широкой распространенностью язвенной болезни, что составляет от 10% до 15% всего земного шара. Встречается у людей любого возраста, но чаще 30-40 лет; мужчины болеют в 6-7 раз чаще, чем женщины [3, с 233].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — это хроническое заболевание, склонное к рецидивированию, характеризующееся образованием язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Это заболевание относится к наиболее частым поражениям органов желудочно-кишечного тракта.

По современным представлениям, язвенная болезнь имеет много причин, среди которых наследственные (генетические), инфекционные, социальные (курение, алкоголь), нервно-психические, алиментарные (пищевые) и лекарственные факторы. Но ведущей теорией заболевания является признание решающей роли хеликобактерной инфекции — это микроорганизмы, защищенные оболочкой от действия кислоты желудочного сока. Обсеменение слизистой оболочки желудка хеликобактерпилори сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведет к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты.

Имеется следующая классификация заболевания [5, с 8]:

В зависимости от наличия или отсутствия хеликобактерной инфекции:

- 1) ассоциированные с хеликобактерной инфекцией;
- 2) неассоциированные с хеликобактерной инфекцией;

По локализации:

- 1) язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала);
- 2) язвы двенадцатиперстной кишки (луковицы, пост бульбарного отдела);
- 3) сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

По числу язвенных поражений различают:

- 1) одиночные;
- 2) множественные язвы

В зависимости от размеров язвенного дефекта:

- 1) язвы малых (до 0,5 см в диаметре);
- 2) средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров;
- 3) большие (2,0 – 3,0 см в диаметре);
- 4) гигантские (свыше 3,0 см в диаметре) язвы

По стадии течения заболевания:

- 1) обострения;
- 2) заживления;
- 3) рубцевания;
- 4) ремиссии

На долю *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний относят 95% случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, 70-80% - язвенной болезни желудка, 60-70% - рака желудка. Однако, несмотря на стабилизацию показателей заболеваемости, за последние годы частота осложнений и летальных исходов при ЯБ возросла, что позволяет определить прогрессивный вариант течения болезни у некоторых пациентов. При ЯБ часто (до 20 %)

регистрируются кровотечения, при рецидиве кровотечения смертельный исход констатируется у 76 %. Частота перфораций может достигать у больных ЯБ 30 % [4, с 331] (рисунок 1).

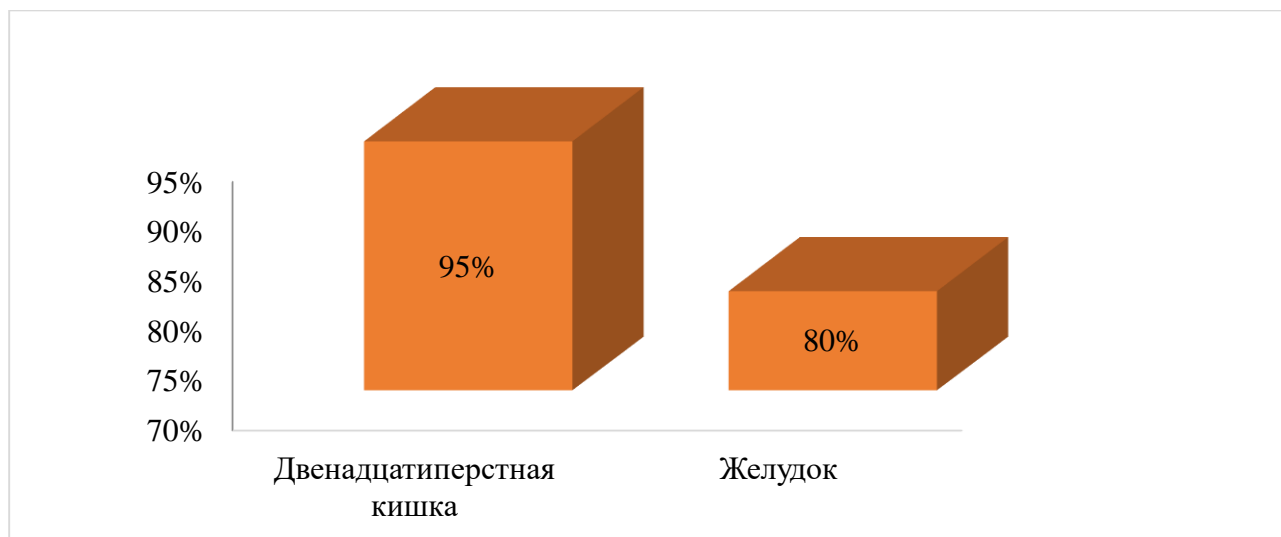


Рисунок 1 - Ассоциированные с хеликобактерпилори

В период обострения язвенной болезни наблюдается боль, локализуемая в подложечной области, иногда левее или правее средней линии. По характеру ноющая, давящая, режущая, сверлящая на значительном протяжении подложечной области. Боль часто связана с приемом пищи, а время возникновения боли зависит от локализации дефекта. При локализации язвы в верхнем (кардиальном) отделе желудка боль возникает через 1-1,5 часа после еды. При язве в нижнем отделе (пилорическом) и язве луковицы двенадцатиперстной кишки боль возникает через 2 – 3 часа после еды, а также пациента могут беспокоить «голодные» боли, которые возникают «натощак» и проходят после приема пищи, и ночные боли. Кроме болей пациента беспокоят изжога, отрыжка кислым, тошнота, рвота на высоте болей, приносящая облегчение, склонность к запорам. Течение заболевания характеризуется чередованием обострений и ремиссий и соответственно – наличием или отсутствием болевого и диспепсического синдромов, которые имеют сезонность, а именно весна и осень.

Под влиянием неблагоприятных факторов (например, таких, как физическое перенапряжение, прием НПВП и/или препаратов, снижающих свертываемость крови, злоупотребление алкоголем) возможно развитие осложнений.

Кровотечение – одно из грозных осложнений язвенной болезни вследствие разрушения кровеносных сосудов. В верхних отделах проявляются кровавой рвотой по типу кофейной гущи, а в нижних отделах - черным, дегтеобразным стулом. Также характерны сухость во рту, жажда, общая слабость, бледность кожи, холодный липкий пот, учащенный пульс, падение артериального давления.

Для перфорации – то есть проникновение содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость или окружающие органы и ткани через сквозное отверстие в стенке органа. Наблюдается внезапная «кинжальная» боль в подложечной области, защитное напряжение мышц брюшной стенки («доскообразный» живот). После периода мнимого улучшения, прогрессирует картина разлитого перитонита. К перечисленным признакам следует добавить рвоту, задержку стула и газов, эпизоды обморочных состояний. Иногда возникает перерождение язвы в рак, для которого боли теряют периодичность, становятся постоянными. Снижается кислотность желудочного сока, реакция кала на скрытую кровь постоянно положительная. У больных снижаются аппетит, масса тела, повышается СОЭ.

На основе жалоб пациентов и осмотра, врачом заключается диагноз, и назначаются

дополнительные методы исследования: лабораторные методы (общий анализ крови, кал на скрытую кровь) а также инструментальное обследование (фиброгастроуденоскопию, где с помощью эндоскопа выводится изображение язвенного дефекта на монитор) [1, с 200].

Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки заключается в 2 этапах. Первый из них это консервативное лечение, оно всегда комплексное, дифференцированное с учетом факторов, способствующих заболеванию, патогенеза, по локализации язвенного дефекта, характера клинических проявлений, степени нарушения функций гастродуоденальной системы, осложнений и сопутствующих заболеваний. Заключается в устранении факторов, способствующих рецидиву болезни; лечебное питание; лекарственная терапия; физические методы лечения (физиолечение, гипербарическая оксигенация — ГБО, иглорефлексотерапия, лазеротерапия, магнитотерапия). Второй этап лечения — это хирургическое, направленное на оказание экстренной помощи при осложнениях, угрожающих жизни человека, а именно кровотечение, перфорация или пенетрация [1, с. 150].

Профилактика язвенной болезни в целом включает в себя профилактику любых заболеваний пищеварительной системы. Профилактика рецидивов язвенной болезни заключается в динамическом (диспансерном) наблюдении за больными с обязательным осмотром и клинико-эндоскопическим обследованием 2 раза в год.

В качестве профилактики обострений рекомендуются чередование режима труда и отдыха, нормализация сна, отказ от вредных привычек, рациональное пятиразовое питание и использование двух- или трехкомпонентной терапии в течение недели каждые 3 месяца. Кроме этого спать 6-8 часов; отказ от жирной, копченой, жареной пищи; во время болей в желудке надо обследоваться и пищу принимать 5-6 раз в день, протертую, легко усвояемую: каши, кисели, паровые котлеты, рыбу морскую, овощи, омлет; лечить больные зубы, чтобы пищу хорошо пережевывать; избегать стрессов, т.к. после нервного перенапряжения боли в желудке усиливаются; не принимать пищу очень горячую или очень холодную, т.к. это может способствовать возникновению рака пищевода; не курить; не злоупотреблять алкоголем.

Надо помнить, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки — это не только местное повреждение желудка. Это мучительная болезнь всего организма, которую легче предупредить, чем всю жизнь к ней приспосабливаться и лечить.

Список использованных источников:

1. Баратов, И.Ш. Результаты резекции желудка по Бильрот-1 при язвенном пилородуоденальном стенозе / И. Ш. Баратов, А.С. Азимов, А.Х. Алиев, М.А. Кахаров, А.Х. Гуломов // Вестник Здоровья и образования в XXI веке. - Электрон. журн. - 2006. №2. – URL: <https://cyberleninka.ru> (дата обращения: 20.12.2019)
2. Демидова, Т.В. Сестринский уход при язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки [Электронный ресурс] / Т. В. Демидова, А. Л. Чатуев, И. Л. Головенко // Альманах сестринского дела. – 2019 – № 1 – С. 9-14.
3. Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки» 2021. Минздрав России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/388_2
4. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) /В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, П. В. Царьков [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020 – Т. 30, № 1 – С. 49-70.
5. Павлюков, Р. А. Оценка риска развития гастродуоденальных эрозий и язв, индуцированных приемом мелоксикама, у пациентов с серопозитивным и серонегативным ревматоидным артритом / Р. А. Павлюков, М. Р. Конорев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019 –Т. 29, № 2 – С. 45-52.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Пятаева Тамара Алексеевна

Руководитель: Ведерникова Ольга Константиновна

Уссурийский филиал КГБПОУ

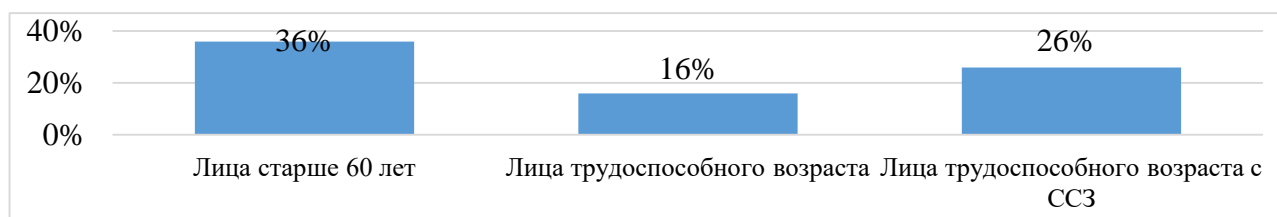
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск

В Российской Федерации свыше 45000 пациентов находятся на заместительной почечной терапии, из них большинство (примерно 75%) получают поддерживающее лечение методом программного гемодиализа.

Гемодиализ – длительное, часто пожизненное и весьма дорогостоящее лечение. Оно выполняется с помощью аппарата «искусственная почка», который замещает функции пораженного органа. Программный гемодиализ должен обеспечить как адекватное удаление уремических токсинов, так и поддержание водного баланса.

Результаты проведенных эпидемиологических исследований в РФ показали, что проблема хронической болезни почек для нашей страны является не менее острой. Снижение функции почек наблюдается у 36% лиц в возрасте старше 60 лет, у лиц трудоспособного возраста снижение функции отмечается в 16% случаев, а при наличии сердечно-сосудистых заболеваний его частота возрастает до 26% (рисунок 1) [3].

Рисунок 1 – Распространенность снижения функции почек



Ежегодный прирост числа пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии, в среднем составляет 10,8%. Данные таблицы 1 свидетельствуют о постоянном росте числа больных, получающих заместительную почечную терапию.

Таблица 1 - Динамика числа пациентов, получающих различные виды заместительной почечной терапии в Российской Федерации, на 1 млн населения, 2012 и 2022 гг. [3]

Показатель	2012 г.	2022 г.	Прирост, %
Пациенты на гемодиализе	132,7	343	+158,5
Пациенты на перитонеальном диализе	12,4	18	+45,2
Пациенты с трансплантацией почки	38,6	79	+104,7
Всего пациентов, получающих ЗПТ	183,7	440	+139,5

При этом доля больных, получающих программный гемодиализ, растет, а доля перитонеального диализа и трансплантации почки замедляется. Данная тенденция является тревожной, так как ПД является доказано более фармакоэкономически предпочтительным методом лечения терминальной стадии, а ТП – единственный способ, позволяющий полностью вылечить болезнь.

Пациенты, которые приходят в клинику диализа в первый раз, по понятным причинам обеспокоены и расстроены необходимостью диализа, процедуры, которая будет доминировать в их жизни, пока они не получают новую почку. Обучение пациентов тому, чего ожидать во время диализа, проведение их через процесс, объяснение того, сколько времени займет диализ, и

ответы на любые вопросы является частью работы медсестры гемодиализа. Пациентам важно научиться оценивать свой порт доступа к диализу на наличие покраснения, дренажа или других признаков инфекции. Сестринская роль в гемодиализе включает в себя обучение пациентов этой важной процедуре [4].

Велика роль медицинской сестры и в проведении непосредственно самой процедуры гемодиализа. Следует отметить, что до начала программного диализа необходимо создать сосудистый доступ. При этом до начала операции по его созданию медсестре следует хорошо проинформировать пациента о предстоящей операции и подробно объяснить правила послеоперационного ухода за доступом. Пациент должен знать, что руку с функционирующей фистулой нельзя использовать для пункции вены и для мониторинга артериального давления.

Медицинские сестры проходят специальную подготовку по использованию диализных аппаратов для пациентов с почечной недостаточностью. Диализ удаляет токсины и отходы из крови и может быть жизненно важной процедурой для этих пациентов. Медицинские сестры, работающие на программном гемодиализе, играют большую роль в предотвращении осложнений во время этого процесса. Они проверяют лабораторные результаты пациента перед диализом, чтобы убедиться, что баланс жидкости и электролитов находится в приемлемых пределах, взвешивают пациента до и после процедуры, чтобы убедиться, что возвращается нужное количество жидкости, и следят за тем, чтобы пациенты не принимали лекарства, которые могут вызвать проблемы во время диализа [1]. Всем этим обуславливается актуальность и важность исследования данной темы.

В отделении гемодиализа одна из главных ролей принадлежит не только врачу – нефрологу, но и медицинской сестре диализного зала. Как известно, гемодиализ является одним из основных методов лечения ХПН и поддержания нормального функционирования организма при данной патологии почек, а проведение процедуры очистки крови в полном объеме возможна лишь при активном участии среднего медицинского персонала, под контролем врача специалиста.

Основными задачами медицинской сестры являются проведение сеанса программного гемодиализа под контролем врача, оказание помощи при неотложных состояниях, которые могут возникнуть при проведении процедуры, регистрация происходящих изменений.

После диализа медсестры гемодиализа наблюдают за признаками серьезного осложнения, называемого синдромом неравновесия – неврологические симптомы, связанные с этим осложнением, включают спутанность сознания, изменение уровня сознания или внезапные и сильные головные боли. Медсестры должны немедленно сообщить об этих изменениях лечащему врачу.

Сестринская роль в гемодиализе включает в себя роль звуковой доски для пациента и ее семьи, поощряя их выражать свои чувства, предлагая способы справиться с ожиданием, если они находятся в списке трансплантации, или помогая им включить реалии еженедельного диализа в свою жизнь [2].

Гендерный состав пациентов данной группы представлен в диаграмме (рисунок 2).

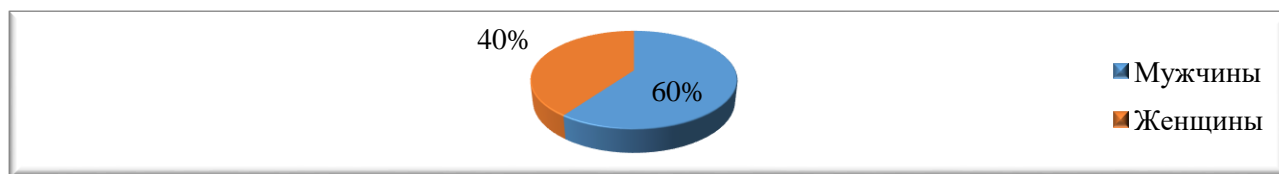


Рисунок 2 – Гендерный состав пациентов отделения

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что большинство пациентов с ХПН в терминальной стадии это мужчины (60%), следовательно, именно мужчины составляют большую часть данного отделения.

Возрастные категории пациентов находящихся на программном гемодиализе представлены в данной диаграмме (рисунок 3).

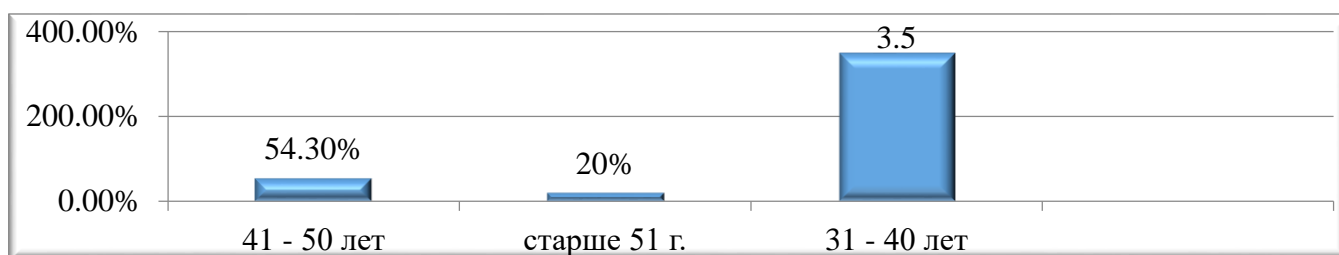


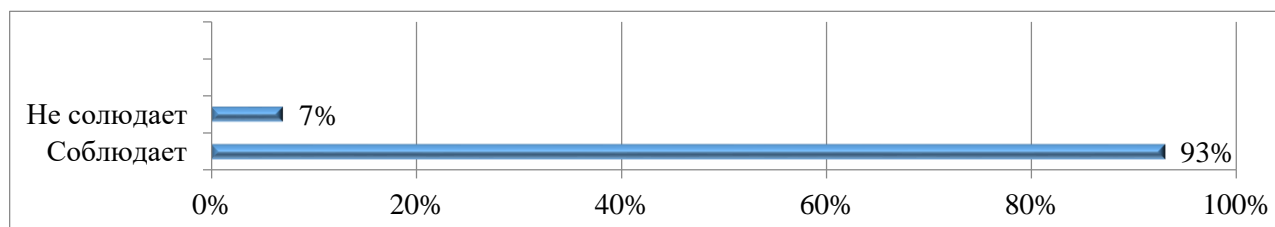
Рисунок 3 – Возрастные группы пациентов на программном гемодиализе

Следуя из данной диаграммы можно сделать вывод, что большинство пациентов имеющие ХПН в терминальной стадии и проходящие процедуру гемодиализа это пациенты от 31 до 40 лет, т.е. достаточно молодые люди.

Медицинская сестра должна знать некоторые особенности каждого пациента, такие как: на протяжении скольких лет пациент получает процедуру, способен ли человек осуществлять само уход, и т.д. Также пациенту нужно объяснить, что необходимо осуществлять регулярный контроль артериального давления, выполнять все назначения лечащего врача, соблюдать диету, контролировать набранный вес в междиализный период, а так же контролировать любые отклонения от общего состояния, а если пациент заметил какие либо отклонения от нормы, то незамедлительно сообщить об этом лечащему врачу.

Ведь собственный контроль пациента своего состояния, это очень важно для успешного прохождения процедуры очистки крови. Соблюдает ли пациент рекомендации данные медицинской сестрой представлены на рисунке 4.

Рисунок 4 – Соблюдение пациентом рекомендаций данных медицинской сестрой

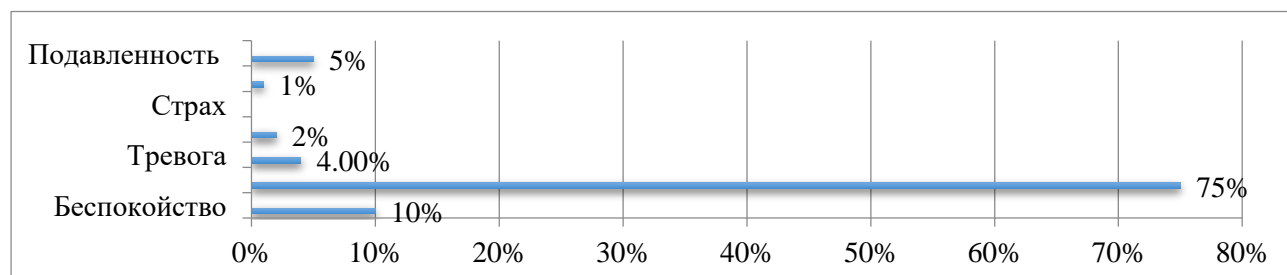


Следуя представленной выше диаграмме можно сделать вывод, что основная часть пациентов строго соблюдает все рекомендации данные медицинской сестрой и лечащим врачом.

Большое значение в процедуре программного гемодиализа является позитивный настрой пациента, т.к. пациент должен понимать, что данная процедура направлена на облегчение состояния при ХПН, а самое главное поддержание жизнедеятельности организма. Поэтому средний медицинский персонал должен обеспечить в отделении благоприятную психологическую обстановку для пациентов проходящих сеанс программного гемодиализа.

Результаты анкетирования показали, какой эмоциональный настрой испытывают пациенты при проведении сеанса. Данный результат показан на диаграмме рисунка 5.

Рисунок 5 – Эмоциональный настрой пациентов во время процедуры гемодиализа



Исходя из данной диаграммы, можно сделать вывод, что пациенты в данном отделении испытывают положительный настрой при прохождении процедуры, потому что 75% процентов диализных пациентов испытывают доверие к медицинскому персоналу.

Социальный статус пациентов данной группы определяется тем, что имеют ли они возможность получать образование или выполнять профессиональную деятельность. Результаты исследования представлены в диаграмме (рисунок 7).

Рисунок 7 – Социальный статус пациентов отделения



Ввиду того, что процедура гемодиализа является достаточно затратной по времени, и проходят ее 3 раза в неделю, это не дает возможности полноценно выполнять свои профессиональные обязанности, и учебный процесс. Но некоторые пациенты способны совмещать как сеансы, так и трудовую и учебную деятельность, но это лишь 10% из 100%.

В процессе работы средний медицинский персонал тесно общаются с пациентами в процессе лечения, следовательно, видят, как ухудшение, так и улучшение состояния пациентов.

Можно сделать вывод, что работа медицинской сестры в отделении гемодиализа кардинально отличается от работы медицинских сестер других отделений. За время, которое пациент находится на процедуре, а это 4–6 часов, она должна выполнить огромное количество работы, при этом она должна обладать определенным профессиональным мастерством, иметь чувство ответственности, высокие морально–этические качества, но при этом, не привязываясь к пациенту т.к. это может повлиять на реалистичный взгляд на состояние человека, и, сохраняя человечность, поэтому все медицинские сестры этого отделения имеют высокий уровень стрессоустойчивости.

Именно от профессиональной компетентности и личностно-психологических качеств медицинских сестёр зависит качество обслуживания пациентов, а значит и качество их жизни.

Список использованных источников:

1. *Бабаян, С.Р. Профессиональный уход за пациентом. Младшая медицинская сестра/ С. Р. Бабаян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 117 с.*
2. *Двойников, С.И. Справочник главной медицинской сестры /С. И. Двойников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 109с.*
3. *Заболеваемость населения России/ Федеральная служба государственной статистики. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>*
4. *Прохорович, Е.А. Хроническая болезнь почек/ Е. А. Прохорович. – М.: Эксмо-Пресс, 2022. – 176 с.*

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОБОЛЬНЫХ

Старкова Ксения Николаевна

Руководитель: Ведерникова Ольга Константиновна

Уссурийский филиал КГБПОУ

"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно регистрируется более 10 млн. человек с впервые диагностированным онкологическим заболеванием. Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них – одна из негативных тенденций в динамике состояния здоровья населения Российской Федерации, где эти заболевания являются второй по частоте причиной смертности после сердечно-сосудистых заболеваний.

В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России являются: рак кожи, рак молочной железы, рак трахеи, рак бронхов, рак легких. В 2022 году показатель смертности от злокачественных новообразований в Приморском крае составил 219,1 на 100 тыс. населения, что является высшим показателем в период за 2020–2022 гг. По данным Росстата, на территории Уссурийского городского округа, в 2021 году было зафиксировано 3335 онкологических пациентов, стоящих на учете. В структуре погибших от злокачественных новообразований в 2022 году в Уссурийском городском округе на первом месте были пациенты с онкологическим поражением легких, второе место занимала смертность от рака желудка, а третье – рак молочных желез.

Трудно переоценить роль сестринского персонала в оказании помощи онкологическим больным. Главная задача медицинской сестры при уходе за онкологическими пациентами – обеспечение комфорта и безопасности пациента, контроль его состояния, активное участие в процессе лечения онкобольных (эффективное общение с пациентом, работа с цитостатическими препаратами, уход при химиотерапии, противоболевое лечение), помощь в понимании диагноза и болезни, обучение пациента уходу за собой, поддержка семьи больного в трудных жизненных обстоятельствах.

Онкологические заболевания ставят перед медицинским персоналом ряд специфических задач. Одной из этих задач является умение эффективно общаться на профессиональном уровне с пациентами на разных этапах принятия заболевания пациентами и всех этапах лечения таких больных.

Сейчас становится ясно, что без учета психологических факторов невозможно выстроить грамотное и эффективное общение, направленное на улучшение доверия, лояльности к медицинскому учреждению, направленное на улучшение адаптивных качеств пациентов и их родных и готовность к специальным методам лечения: химиотерапии, оперативному лечению, лучевой терапии, последующей реабилитации [7].

Онкологическое заболевание оказывает на психику человека двойное влияние – соматогенное и психогенное.

Задача медперсонала – максимально избегать ненужных негативных психологических воздействий на больных и всемерно способствовать созданию психологического климата, благоприятно влияющего на процесс выздоровления.

Кроме того, это еще и общение с родными пациента, выстраивание своего рода длительных партнерских отношений, создание команды, которая будет на определенном этапе способствовать принятию ситуации и поддержанию эмоциональных ресурсов.

Предпосылки взаимодействия медицинского персонала и больного формируются в зависимости от ряда факторов, обуславливающих ожидания больного. Это и предварительная информация о медработнике (мнение, сформированное под влиянием сведений, полученных от других больных или медработников), и репутация медицинского учреждения (его престижность), и степень «доступности», уверенность в «правильности» назначенного лечения

и залог успешности всего процесса в целом [15].

Для оценки уровня удовлетворенности онкологических пациентов качеством оказания сестринской паллиативной помощи было проведено социологическое исследование, на базе ГБУЗ «Приморский краевой онкодиспансер» целью которого являлось определение организации оказания паллиативной медицинской помощи средним медицинским персоналом, что позволит выявить области для улучшения качества оказания медицинской помощи данному контингенту пациентов.

Анкета представлена вопросами с несколькими ответами для выбора респондента. Анкетированием были охвачены 35 пациентов (16 женщин и 9 мужчин), находящиеся в стационаре (рисунок 1).

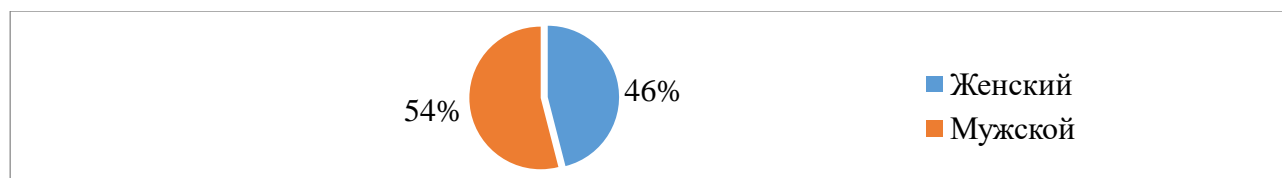


Рисунок 1 – Гендерная принадлежность пациентов

Таким образом, 46% составляли женщины и 54% составляли мужчины.

Качество сестринского ухода за собой пациенты оценили следующим образом (рисунок 2).

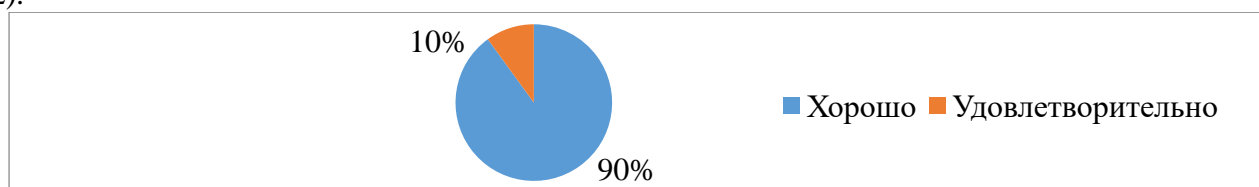


Рисунок 2 – Оценка качества сестринского ухода

Таким образом, 90% респондентов оценили сестринский уход как «хорошо», а 10% – удовлетворительно.

Стиль общения медицинской сестры респонденты оценили следующим образом (рисунок 3).

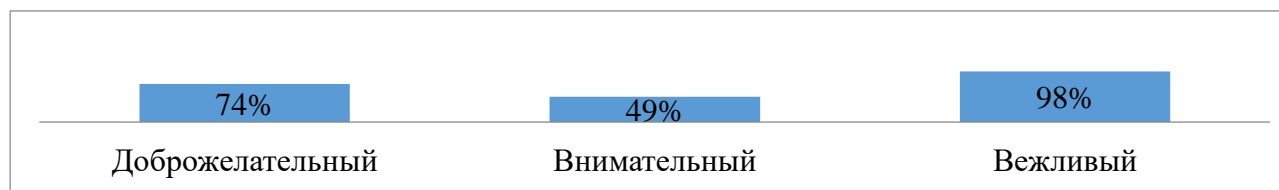


Рисунок 3 – Стиль общения медицинской сестры

Таким образом, стиль общения медсестры как доброжелательный оценили – 74%, внимательный – 49%, вежливый – 98%.

На вопрос о своевременности выполнения медицинскими сестрами лечебных процедур респонденты дали следующие ответы (рисунок 4).

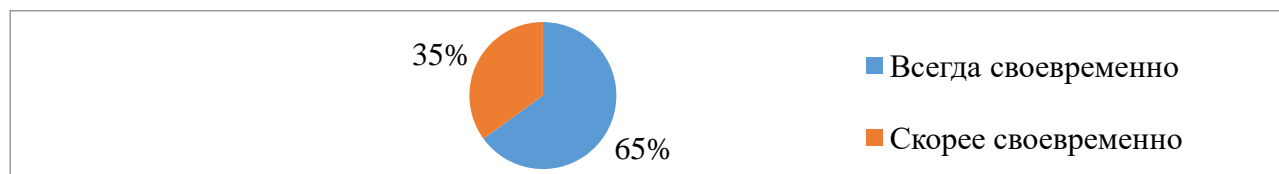


Рисунок 4 – Своевременность выполнения медицинскими сестрами лечебных процедур

По итогам опроса выяснилось, что медицинские сестры, назначенные лечебные процедуры выполняют: всегда своевременно—65%, скорее своевременно – 35%.

На вопрос анкеты о том, беседует ли медицинская сестра «по душам» с пациентами были даны следующие ответы (рисунок 5).

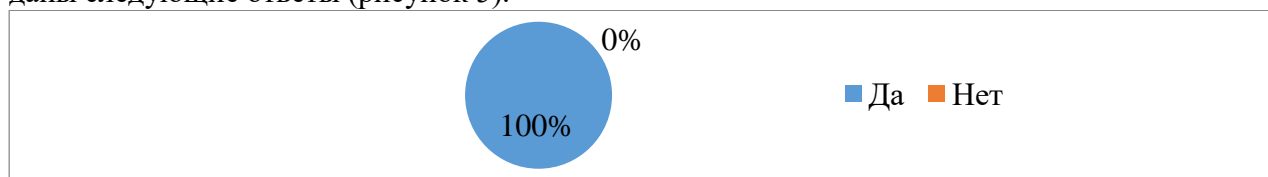


Рисунок 5 – «Беседует ли с Вами медицинская сестра?»

Таким образом, медицинская сестра «по душам» беседует с 14% респондентами.

В таблице 1 приведены данные опрошенных больных, о состоянии пациента при возникновении боли, в процентном соотношении.

Таблица – Состояние пациента при возникновении боли

Состояние	%
Снижением настроения	100
Появление тревоги	76
Ожидание появления боли	82
Эмоциональной лабильностью	43
Ограничением деятельности (в зависимости от выраженности ХБС)	60

Согласно, полученным данным у всех пациентов идёт снижения настроения (100% опрошенных), ограничением деятельности - у 60% (в зависимости от выраженности ХБС – хронический болевой симптом), более 80% живут в ожидании появления боли.

Следовательно, в случае наличия ХБС, особенно важна нормализация психоэмоционального состояния больного, что реализовывалось в назначении психофармакотерапии (антидепрессанты, дневные транквилизаторы, нейролептики, снотворные) совместно с психокоррекцией [6].

Таким образом, больше всего внимания онкобольным пациентам уделяют медицинские сестры, именно они выполняют все назначения врача, инъекции, процедуры. Такие пациенты испытывают тяжелые страдания, поэтому купирование боли и психологическая поддержка со стороны медицинской сестры имеет огромное значение. Паллиативная медицина дает возможность оптимизировать качество жизни инкурабельных пациентов и их родственников, поэтому должна получить дальнейшее развитие в структуре отечественного здравоохранения.

По результатам исследования, было выявлено, что пациенты получают информацию о доступной медико-социальной помощи не в полном объеме. Многие из респондентов получают информацию о правилах получения инвалидности, существующих реабилитационных центров для онкологических больных и иной медико-социальной помощи, положенной данным категориям лиц по государственным гарантиям из интернета ресурсов или вообще не владеют ею.

Данные проблемы имеют различные причины возникновения.

Важнейшей задачей среднего медицинского персонала является психологическая работа с семьей пациента, так как зачастую родственники не способны самостоятельно справиться с обрушившимися на них проблемами и, тем самым, неумышленно усугубляют состояние пациента сами того порой не понимая.

Медико-социальная обеспеченность пациентов, со злокачественными заболеваниями наиболее полно раскрывает содержание сестринской профессии. Медицинская сестра находится в постоянном контакте с онкологическим пациентом, поэтому она является связующим звеном между пациентом и внешним миром.

Список использованных источников:

Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (изм. 24.07.2023). - URL: <http://base.garant.ru/12191967/>

1. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях: Приказ Минздрава России от 24.01.2022 № 21н. – URL: <http://base.garant.ru/>

2. О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации: Приказ Минздрава РФ от 23 сентября 2003 г. № 455. – URL: <http://base.garant.ru/4179641/#ixzzfzJjozE>

3. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи: Приказ Минздрава России от 7 июля 2015 г. № 422н. – URL: <http://base.garant.ru/>

4. Баженов, С.А. Качество жизни населения / С. А. Баженов. – М.: ЭКОС, 2020. – 108 с.

5. Барановский, В.А. Справочник медицинской сестры / В.А.Барановский. – М.: Медицина, 2020. – 153 с.

6. Ганцев, Ш.Х. Онкология / Ш. Х. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 704 с.

Двойникова, С.И. Проведение профилактических мероприятий / С.И.Двойникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 122 с.

7. Заболеваемость населения России: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>

Кузнецова, О.Ю. Паллиативная помощь в амбулаторных условиях / О. Ю. Кузнецова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 336 с.

Лапотников, В.А. Сестринский уход в онкологии. Паллиативная медицинская помощь / В. А. Лапотников. – М.: Лань, 2024. – 268 с.

8. Обрезан, А.Г. Некоронарогенная патология сердца и кардиоваскулярные осложнения химиотерапии / А. Г. Обрезан. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 240 с.

9. Орлова, Н.В. Паллиативная медицинская помощь взрослым и детям / Н. В. Орлова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 592 с.

10. Хансен, Э.К. Лучевая терапия в онкологии / Э. К. Хансен. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 984 с.

11. Отвагина, Т.В. Терапия (оказание медицинских услуг в терапии) / Т. В. Отвагина. – М.: Мысль, 2020. – 99 с.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

*Щиголева Арина Витальевна
Руководитель: Горюнова Елена Владимировна
Уссурийский филиал КГБПОУ
"Владивостокский базовый медицинский колледж", г. Уссурийск*

Актуальность данной темы заключается в том, что заболевания органов пищеварения по-прежнему остаются актуальной проблемой. Симптомы возникают у многих людей самого разного возраста. Ощущение тяжести, изжоги или болезненного дискомфорта знакомо практически каждому. Это первые признаки заболеваний органов пищеварения. При появлении симптомов важно сделать правильные выводы. Поэтому на первый план выходит профилактика гастрита и язвы – наиболее распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Среди болезней пищеварительного тракта безусловными лидерами являются воспалительные процессы различных его отделов, имеющие острый или хронический характер течения: гастрит и язвенная болезнь желудка.

Гастрит - полиэтиологическое заболевание, возникающее при воздействии на желудок различных повреждающих факторов. Его развитию способствуют патологические процессы, при которых нарушается локальная резистентность слизистого слоя, общая реактивность организма, регуляция секреторной и моторной функции органа.

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, с циклическим течением, склонное к прогрессированию и развитию осложнений, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.

Пациентов беспокоят эпигастральные боли разной интенсивности, тошнота, рвота, отрыжка, ухудшение аппетита, учащение стула. Нарушения общего состояния при остром воспалении представлены слабостью, головокружениями, снижением трудоспособности. При инфекционном генезе расстройства возможны лихорадка, озноб, насморк, кашель, миалгии, артралгии [3, с.483].

Самодиагностика опасна развитием тяжелых осложнений вне зависимости от того, язва у пациента или гастрит. Хронический гастрит может привести к анемии, нарушению функций слизистой оболочки желудка и секреции, образованию пептических язв и опухолей [3]. Если заболевание вызвано бактерией *Helicobacter pylori*, то повышается риск развития рака желудка.

Главные симптомы заболеваний органов пищеварения:

- 1) тошнота, рвота;
- 2) вздутие, запор, диарея;
- 3) изжога;
- 4) боли в животе.

На первом этапе нашего исследования был проведен анализ статистических данных взятых из статистического сборника по России.

Таблица 1 - Общая заболеваемость взрослых (18 лет и старше) на 100 тыс. взрослого населения России

	2020	2021	2022	Темп прироста, убыли (%) в 2022г. к 2021г.
Всего	229091,3	245 149,0	254 022,5	+3,6
Болезни эндокринной системы	12 071,6	12 426,0	13 051,4	+5,0
Болезни системы кровообращения	35 420,8	36 239,1	38 275,5	+5,6
Болезни органов дыхания	61 312,4	66 596,6	68 881,4	+3,4
Болезни органов пищеварения	14 810,0	15 103,8	15 298,8	+1,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	7 201,0	7 495,2	7 589,2	+1,2
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	17 360,5	17 667,7	18 864,1	+6,8

Из данных таблицы можно сделать вывод, что значительный рост отмечается в следующих классах:

- 1) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (+6,8%), которые занимают первое место по числу заболеваемости на территории России;
- 2) болезни системы кровообращения (+5,6%) занимают второе место;
- 3) третье место принадлежит болезням эндокринной системы (+5,0%).

Нас интересуют данные по заболеваемости органов пищеварения, поэтому именно эти значения отобразим в виде диаграммы, что позволит нам наглядно продемонстрировать значительный рост болезни органов пищеварения (рисунок 1).

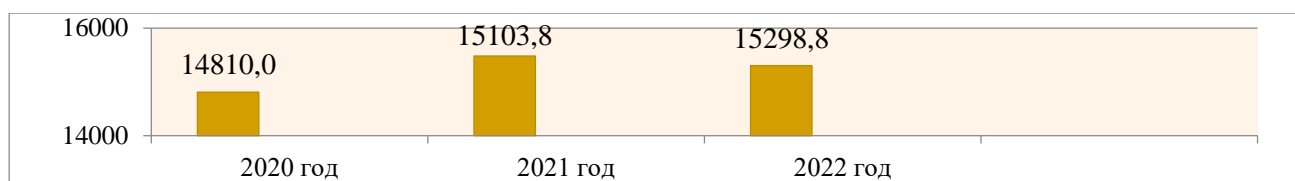


Рисунок 1 - Болезни органов пищеварения у населения России (на 100 тыс. населения) с 2020 -2022 гг.

Из данных мы видим, что количество болезней органов пищеварения у населения по России увеличилось за 3 года на 3,3%.

После анализа данных из государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Приморском крае в 2022 году», мы рассмотрели общую заболеваемость населения Приморского края по основным классам болезней (на 100 тыс. населения), данные которые представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Общая заболеваемость взрослых (18 лет и старше) на 100 тыс. взрослого населения Приморского края

	2020	2021	2022	Темп прироста, убыли (%) в 2022г. к 2021г.
Всего	50748,6	56194,8	62008,6	+10,3
Болезни эндокринной системы	663,1	556,1	491,6	-11,6
Болезни нервной системы	791,0	766,7	760,1	-0,9
Болезни системы кровообращения	3109,1	2635,9	2632,4	-0,1
Болезни органов дыхания	8222,8	18127,6	20315,0	+12,1
Болезни органов пищеварения	1869,8	1845,4	2116,8	+14,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3564,5	2996,8	2771,9	-7,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2036,6	1909,8	2121,9	+11,1

Из данных таблицы можно сделать вывод, что значительный рост отмечается в следующих классах:

- 1) болезни крови, кроветворных органов (+34,6%), которые занимают первое место по числу заболеваемости на территории Приморского края;
- 2) болезни органов пищеварения (+14,7%) занимают второе место;
- 3) третье место принадлежит болезням органов дыхания (+12,1%).

Положительная динамика отмечена в болезнях эндокринной системы (-11,6%), в болезнях кожи и подкожной клетчатки (-7,5) и в болезнях нервной системы (-0,9). Болезни системы кровообращения остаются на прежнем уровне с прошлым годом.

Опять же, нас интересуют данные по заболеваемости органов пищеварения, поэтому именно эти значения отобразим в виде диаграммы, что позволит нам наглядно продемонстрировать значительный рост болезни органов пищеварения (рисунок 2).

Из данных мы видим, что количество болезней органов пищеварения у населения по России увеличилось за 3 года на 13,2%.

Можно сделать вывод, что заболевания органов пищеварения возрастают в десятки раз.

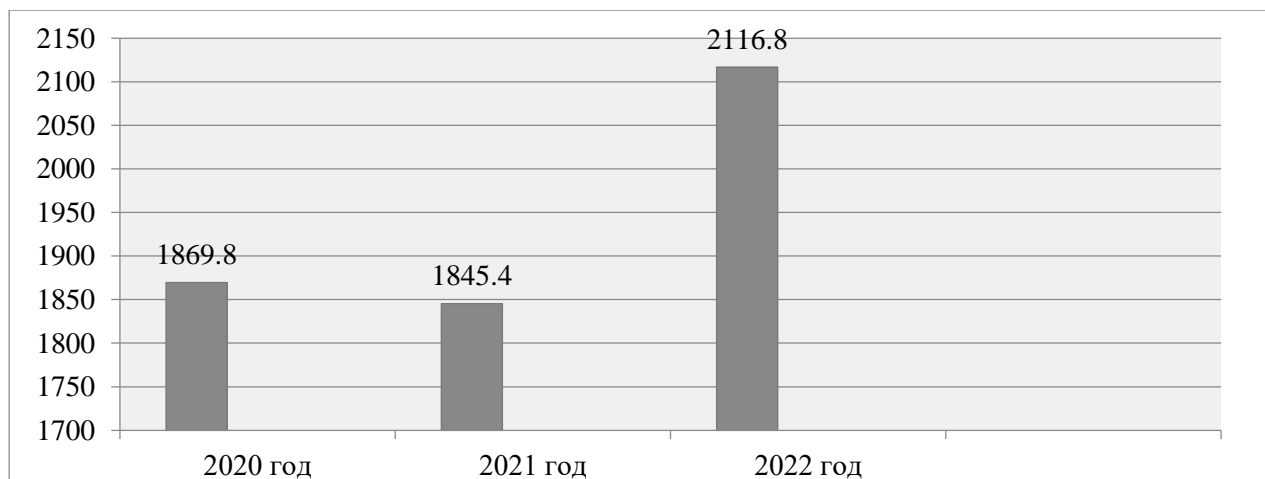


Рисунок 2 - Болезни органов пищеварения у населения Приморского края (на 100 тыс. населения) с 2020 -2022 гг.

Поэтому людям, которые сталкиваются с симптомами этих заболеваний или предпосылками к ним, необходимо сразу обратиться к врачу, чтобы начать лечение или не допустить развитие того или иного заболевания и избежать прогрессирования и осложнений болезни.

Гастрит и язвенная болезнь желудка могут быть вызваны многими факторами, такими как инфекционные агенты, химические воздействия, стресс, пищевые погрешности. Важную роль играет питание. В лечебных диетах важны подбор продуктов, соблюдение технологии кулинарной обработки, температура потребляемой пищи, кратность и время приема пищи. Общие принципы лечебной диеты при хронических заболеваниях соблюдаются постоянно, прежде всего, это касается продуктов, исключаемых из питания.

Список использованных источников:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Приморском крае в 2022 году» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://25.rosпотребнадзор.ru/306/-/asset_publisher/XbM9/content/
2. Статистический сборник «Здравоохранение в России 2023» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf>
3. Аруин, Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И.Аруин. - М.: Трида-Х, 2020. - 483 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ В УРЮПИНСКОМ РАЙОНЕ

*Коваль Евгений Дмитриевич
Иванов Александр Евгеньевич
Руководитель: Огданов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

Ключевые слова: корь, клиника, эпидемиология, Урюпинск.

Введение. Актуальность данной проблемы, обусловлено тем, что корь вновь встречается среди взрослого населения, особенно детского. В последнее время в медицинских публикациях говорится о росте заболеваемости корью и даже угрозе эпидемии. По данным ВОЗ регистрируется рост заболеваемости корью с декабря 2022 года по настоящее время. Следует отметить, что из 30 434 случаев кори, зарегистрированных за 2023 г. 90 %(27390) были выявлены в Евроазиатского регионе. Максимальная заболеваемость отмечается в

Казахстане и составляет около 40% (12304 случай), от всего количества заболевших. Россия на втором месте-6131 случая (20%). Рост заболеваемости корью является следствием снижения иммунной прослойки, как среди детей, так и взрослых в связи с отказами от вакцинации. Там, где корь остается эндемичной, ее эпидемический процесс характеризуется выраженной сезонностью: в зонах умеренного климата наиболее интенсивная передача вируса наблюдается преимущественно в конце зимы и весной (большинство случаев кори наблюдаются в зимне-весенний период (декабрь-май) с ростом заболеваемости каждые 2-4 года). До внедрения программ вакцинации заболеваемость детей корью была практически поголовной. Эпидемии кори носили циклический характер и возникали примерно раз в четыре года с чередованием подъемов заболеваемости и межэпидемических периодов, характеризующихся низкой заболеваемостью. С внедрением вакцинации против кори и ростом охвата прививками уровень заболеваемости этой инфекцией в годы эпидемических подъемов снизился, а межэпидемические периоды стали более продолжительными. Достижение очень высокого уровня популяционного иммунитета привело к элиминации кори во многих странах, но если этот уровень не поддерживать, то периодические эпидемические подъемы заболеваемости корью будут возникать вновь. Корь-это острая вирусная инфекция, самая «заразная» среди детских инфекций.

Цель исследования. Анализ госпитальных случаев кори по данным ГБУЗ Урюпинская ЦРБ им. В.Ф.Жогова, инфекционное отделение.

Корь является одной из самых заразных болезней в мире, индекс контагиозности составляет более 90 %. Восприимчивыми к кори считают тех, кто не болел корью и не прививался против нее (остаются высоко восприимчивыми к кори в течение всей жизни и могут заболеть в любом возрасте) или привит однократно, а также лиц с неизвестным прививочным анамнезом или тех, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела к вирусу кори в защитных титрах в РТГА - 1:5, в реакции торможения пассивной гемагглютинации (РТПГА) - 1:10 и выше. Эпидемиологическая классификация случаев кори: - случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных клинических признаков кори, перечисленных выше, следует считать "подозрительным"; - случай острого заболевания, при котором имеются клинические признаки, отвечающие стандартному определению случая кори, и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем кори следует считать "вероятным"; - случай острого заболевания, классифицированный как "подозрительный" или "вероятный" после лабораторного подтверждения диагноза, считается "подтвержденным". При этом лабораторно подтвержденный случай кори не обязательно должен отвечать стандартному клиническому определению случая (атипичные, стертые формы). При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза кори из-за невозможности проведения исследований "вероятный" случай автоматически классифицируется как "подтвержденный". Окончательный диагноз кори устанавливается при наличии лабораторного подтверждения диагноза и/или при эпидемиологической связи с другими подтвержденными случаями данного заболевания.

Материалы и методы. Больные корью, госпитализированные в Урюпинскую ЦРБ им. В. Ф. Жогова, инфекционное отделение за период с 1 января 2023 года по 1 февраля 2024 года. Диагноз был подтвержден методом ИФА в лаборатории Регионального центра ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области».

Результаты исследования. У всех наблюдаемых больных эпидемиологических данных о контакте с больными подтвержденной кори не было, однако выявлено, что пациенты выезжали в Таджикистан (33,3%), Азербайджан (16,6%), а также кочевали по различным городам России (цыганский табор) (25%). Около 78% больных детей не были вакцинированы против кори. Отсутствие вакцинации детского населения в основном связан с отказом родителей от профилактических прививок. Проведено клиническое наблюдение и лечение 12 чел, из них 8 детей в возрасте от 6 мес. до 16 лет и 4 взрослых, больных корью. У 5 детей (62,5%) диагностирована типичная среднетяжелая форма, у 3-х детей (37,5%) и 4-х взрослых (100%) тяжелая форма. Среднетяжелая форма кори характеризовалась циклическостью течения

со сменой периодов болезни, наличием характерных клинических проявлений. Патогномоничные симптомы в виде пятен Бельского–Филатова–Коплика выявлены в 66,6%, в 100% случаев наблюдалась этапность высыпания и пигментации. Уменьшение продолжительности катарального периода до 2 дней: в 40% случаев. При тяжелом течении наблюдались осложнения в виде ларингита со стенозом гортани 1–2 ст. пневмонии с ДН 1–2 ст. со снижением сатурации до 88%. Одна пациентка в возрасте 42 лет находилась в отделении реанимации с тяжелой коревой пневмонией, дыхательной недостаточностью 2 ст. на высокопоточном кислороде.

Заключение. Клиническая картина современной кори не изменилась. Сохранились характерные клинические симптомы, а также стадийность инфекционного процесса. Корь у всех пациентов протекала типично с преобладанием среднетяжелых форм. Тяжелые формы чаще регистрировались у взрослых и характеризовались развитием пневмонии. Заболеваемость корью привитых детей вероятно связана с нарушениями в организации прививочной работы. Причинами выявления очагов кори в Волгоградской области и Урюпинском районе являются завозные случаи инфекции из других регионов, миграция населения и отсутствие вакцинации.

Список использованных источников:

1. Ежемесячные обновления данные по кори и краснухе Европейского региона ВОЗ – август 2022. URL: <https://clck.ru/347ZE3> (дата обращения 23.01.2024).
2. Особенности течения кори у взрослых / И.А. Иванова [и др.] // *Лечащий Врач*. - 2020. - №11. - С. 36-39.
3. Тимченко В.Н., Быстрыкова Л.В. *Инфекционные болезни у детей: Учебное пособие*. Санкт-Петербург.: Издательство СпецЛит, 2019.– 72 с.

ВЗГЛЯД СОВРЕМЕННЫХ МАМ НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ СВОИХ ДЕТЕЙ

Першикова Анжела Олеговна
Руководитель: *Огдданов Алексей Геннадьевич*
Урюпинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск

Ключевые слова: вскармливание, раннее прикладывание к груди, дети, матери.

Аннотация. Вскармливание младенцев должно служить объектом пристального внимания педиатров, так как это является основой формирования их здоровья. От грамотности матерей в вопросах вскармливания напрямую зависит качество питания детей. В связи с чем актуально изучение знания матерей о вскармливании младенцев.

Актуальность исследования: Женское грудное молоко — это уникальный по своему составу продукт, идеально подходящий для младенца. Он является обязательным основным условием формирования здоровья, оказывает влияние на последующее становление очень важных социальных функций, связанных с интеллектуальным потенциалом общества, физической работоспособностью, воспроизводством. Значительно больше года, кормление младенцев грудью всегда широко практиковалось в России. Однако в последние десятилетия в России отмечается резкое снижение частоты кормления грудью[1].

Среди молодых женщин распространены неверные представления о старомодности грудного вскармливания, возможности его равноценной замены, свободная реклама и доступность адаптированных молочных смесей промышленного производства.

Грудное вскармливание восстанавливает единство системы мать - дитя, и чем раньше после родов ребенок прикладывается к груди, тем прочнее и быстрее восстанавливается эта связь. Ничто так не привязывает ребенка к матери и не вызывает ответных чувств, как кормление малыша грудью[2].

Научная гипотеза. Вскармливание ребенка исключительно грудным молоком в первые месяцы жизни положительно влияет на его умственные способности. Грудное вскармливание имеет важное психологическое преимущество, как для матери, так и для ребенка, способствует формированию между матерью и ребенком тесных, нежных взаимоотношений.

Цель исследования. Изучить отношение матерей к вскармливанию детей.

Задачи: 1. провести анкетирование женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет по вопросам грудного вскармливания.

2. сравнить полученные данные с национальными рекомендациями по питанию детей до 1 года.

Материалы и методы: нами было использован анкетный метод. Проводился опрос женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты исследования. Опрошены 150 женщин от 20 до 40 лет, преобладали мамы с высшим образованием (83,2 %) Значительное большинство женщин (87,2 %), считают, что грудное вскармливание (ГВ) – лучшее питание для младенца, однако, чем оно лучше, затрудняются объяснить[3]. Не смотря на предпочтение грудного вскармливания, каждая третья мама (32,9 %) использует докорм детскими молочными смесями. Основной причиной докорма являлось сомнение в достатке молока и констатация гипогалактии (76,5 %), которую опрошенные, почти в половине всех случаев (44,9 %), диагностировали себе сами. При этом причины сомнений в достатке молока не подвергались анализу, что позволяет сомневаться в достоверности наличия у них гипогалактии.

Все опрошенные мамы считают, что прикорм необходим ребенку, но по срокам его введения существуют различные мнения, так, в рекомендуемые сроки от 4 до 6 мес. вводят его лишь 29 %, а большинство женщин (54 %), считают, что оптимальный срок с 6 месяцев, 13 % вводят позже – в 7-9 мес., а отдельные мамы лишь с 1 года, (3 %) считают возможным введение прикорма ранее 4 месяцев.

Часто ориентиром для выбора срока и качества первого прикорма мамами используется информация, указанная на упаковках детских продуктов питания. В качестве первого прикорма 75 % мам предпочитают вводить овощное пюре, на втором месте фруктовое пюре (17 %), на третьем месте безмолочная каша (6 %), в единичных случаях – бульон и яблочный сок. Опрос мам показывает, что 63 % за промышленно приготовленные продукты прикорма.

Выяснилось, что мамы очень осторожно вводят в рацион мясо. Половина опрошенных дают мясо своим малышам в возрасте 7-8 месяцев (50 %), и даже позже 39 % и лишь 11 % – малыток своевременно получают мясо с 6 мес. Некоторые мамы 16,8 % считают, что неадаптированные кисломолочные продукты можно вводить в рацион ребенка ранее 8 месяцев, однако предпочитают их давать в 8 мес. – 32,9 % опрошенных, в более поздние сроки 44,3 %

Выводы. Взгляд современных мам на питание детей не всегда находится в соответствии с Национальными рекомендациями по вскармливанию младенцев. Просвещение матерей в вопросах рационального питания поможет обеспечить развивающийся организм необходимыми нутриентами и энергией для дальнейшего роста и правильного психомоторного и интеллектуального развития. Представленные результаты выявили актуальные проблемы, которые требуют практического решения. Опрашиваемые женщины не до конца осознают пользу кормления детей сцеженным собственным и донорским молоком, а также приема витаминно-минеральных комплексов во время беременности и кормления грудью. Необходима целенаправленная работа по улучшению знаний населения в отношении важности грудного вскармливания, его вклада в здоровье ребенка и матери, а также в отношении практических вопросов организации питания кормящих матерей и питания детей первого года жизни.

Список использованных источников:

1. Актуальные проблемы грудного вскармливания // Вопросы современной педиатрии – 2010 – Т. 9 №6.
2. Воронцов И. М., Фатеева Е. М., Хазенсон Л. Б. Естественное вскармливание детей. СПб: ППМИ, 2020. 200 с.
3. Мухамедова, Х. Т. Роль исключительного грудного вскармливания в становлении познавательного развития и психосоциальной адаптации детей в обществе / Х. Т. Мухамедова, У. Д. Джалалов, Н. С. Султанова 2019. — № 18 (77). — С. 149-153.

ЗНАЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ПРОПАГАНДЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

*Пономарева Марина Викторовна
Руководитель: Круглова Марина Николаевна
Урюпинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

«Какая собственность может быть священнее, чем молоко матери для младенца. В его законных правах на эту собственность нет никаких сомнений. Это единственный капитал ребенка - молоко, оно появляется вместе с ним и для него. Здесь все его сокровища, сила жизни, роста - все в этой пище».

М. Монтессори

Основная особенность периода новорожденности – это процессы адаптации организма ребёнка к условиям внеутробной жизни. В этот период начинается лёгочное дыхание, включается малый круг кровообращения, закрывается овальное отверстие между предсердиями и Боталлов проток между аортой и лёгочной артерией, заселяется микрофлорой пищеварительная система, перестраивается система кроветворения и т.д. В этих условиях организм функционирует в состоянии неустойчивого равновесия, а это значит, что новорождённый ребёнок особенно уязвим для воздействия неблагоприятных факторов. Основной особенностью периода грудного возраста является высокий уровень обменных процессов, быстрые темпы нарастания физических показателей, интенсивное нервно-психическое развитие. Особое значение в этих возрастных периодах имеет грудное вскармливание. Нарушения в организации вскармливания детей первого года жизни являются одной из причин значительной распространенности таких алиментарно-зависимых заболеваний как, анемия, гипо- и паратрофия, рахит, пищевая аллергия и служит преморбидным фоном для возникновения и хронического течения заболеваний желудочно-кишечного тракта, болезней органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и др.

С грудным молоком ребенок получает необходимую энергию, пластический материал для построения клеток и тканей, факторы защиты, обеспечивающие достаточную сопротивляемость к различным инфекционным заболеваниям, выносливость по отношению к неблагоприятным воздействиям внешней среды и стрессовым ситуациям. Материнское молоко максимально адаптировано к особенностям пищеварительной системы младенца. При рациональном питании кормящей матери грудное молоко способствует сохранению и поддержанию здоровья детей, их гармоничному развитию.

Согласно совместно разработанной ВОЗ и ЮНИСЕФ Глобальной стратегии по кормлению детей грудного и раннего возраста, в течение первых 6 месяцев жизни необходимо стремиться к кормлению исключительно грудным молоком. В процессе кормления грудное молоко оказывает взаимное глубокое эмоциональное воздействие, благоприятное влияние на развитие центральной нервной системы ребенка и его эмоциональный тонус.

Актуальность проблемы в том, что среди молодых женщин распространены неверные представления о старомодности грудного вскармливания. А также недостаточной распространенностью информации о грудном вскармливании, ранним введением в рацион ребенка молочных смесей, неадекватно подобранных по срокам назначения и ассортименту продуктов прикорма, что впоследствии влечет за собой развитие проблем со здоровьем ребенка и возникновение различных заболеваний. Практика показывает, что недостаточными являются знания кормящих матерей, отмечается их неспособность и даже нежелание кормить детей грудью.

Предмет нашего исследования – роль медицинского работника в пропаганде грудного вскармливания

Объект исследования – матери, выписавшиеся из роддома и уровень осведомленности матерей по грудному вскармливанию.

Целью нашего исследования является выявление роли акушерки и медицинской сестры по пропаганде грудного вскармливания.

Если будет эффективно организована работа медицинского персонала по пропаганде грудного вскармливания, то это приведёт к увеличению детей, находящихся на естественном вскармливании и, тем самым, к снижению заболеваемости и смертности новорождённых и грудных детей, что докажет положительную роль медицинского работника в организации пропаганды грудного вскармливания.

Исследование проводилось путем анкетирования молодых матерей ГБУЗ Урюпинская ЦРБ Петровская амбулатория. В нем приняло участие 30 человек. 7 матерей не мотивированы кормить грудью, не смотря на 100% информированность о пользе грудного вскармливания для ребенка. Причинами отказа кормить будущих детей грудью были указаны в половине случаев – возможное ухудшение внешности и в ограничение так называемой «свободы», связанной с лактацией. Анкетирование выявило, что все матери знают о преимуществах естественного вскармливания для здоровья и развития ребенка.

Большая работа по подготовке беременных женщин к предстоящему материнству и успешному кормлению ребенка грудью проводится в Школах материнства, Школах будущих родителей, Школах здорового ребенка. Однако, очень часто, у будущих матерей остается много вопросов относительно правильного кормления ребенка, следовательно, проведение исследований по повышению эффективности мероприятий по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания актуально и имеет научно-практическую значимость.

Анализ результатов проведенного исследования по пропаганде грудного вскармливания в работе акушерки и медицинской сестры ГБУЗ Урюпинская ЦРБ Петровская амбулатория выявил следующее.

1. Акушерка и медицинская сестра ГБУЗ Урюпинская ЦРБ Петровская амбулатория систематически обсуждают с женщинами своего педиатрического участка вопросы преимущества и важности грудного вскармливания, дают рекомендации по поддержанию и сохранению лактации, обучают женщин технике кормления ребенка грудью, сцеживанию молочных желез, уходу за молочными железами, а также выдают письменные рекомендации женщинам в виде памяток по вопросам грудного вскармливания и оказывают необходимую фельдшерскую помощь.

2. Анкетный опрос 30 женщин педиатрического участка подтверждает то, что акушерка и медицинская сестра обсуждают с кормящими женщинами вопросы преимущества грудного вскармливания, поддержания лактации, важность исключительно грудного вскармливания детей первых 6 месяцев жизни, оказывает им необходимую медицинскую помощь: обучает женщин правильным положениям во время кормления и прикладыванию ребенка к груди, уходу за молочными железами, при необходимости технике сцеживания молочных желез, а также выдают памятки по вопросам грудного вскармливания, что способствует более длительному кормлению ребенка грудью.

3. Статистические данные грудного вскармливания в Петровской амбулатории за отчетный период 2022 год так же подтверждают то, что проводится работа по пропаганде

грудного вскармливания. Практически все дети педиатрического участка Петровской амбулатории от рождения до 6-ти месяцев включительно находятся на естественном (грудном вскармливании). Перевод детей на смешанное или искусственное вскармливания после полугода обусловлен объективными причинами: нехватка грудного молока у матери и самостоятельный отказ ребенка от грудного вскармливания к 12 месяцам.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что акушеркой и медицинской сестрой Петровской амбулатории проводится качественная и эффективная работа по пропаганде грудного вскармливания, что в свою очередь позволяет создать для ребенка прочный фундамент здоровья в будущем.

Анализируя практическую работу медицинского персонала чаще всего используется устный метод, собеседование; групповые дискуссии; лекции; устные журналы; школы здоровья. Так же в практике широко используется и методы наглядной агитации: стенгазеты, выставки и уголки здоровья. В настоящее время методы воздействия также включают интерактивное образование пациентов с применением мультимедийного оборудования, видеоматериалов, аудиозаписей, сети Интернет.

Во время написания исследовательской работы в Петровской амбулатории нами были проанализированы виды вскармливания детей первого года жизни. Анализ статистических данных по видам вскармливания детей первого года жизни за 2022- 2023 годы, показал снижение количества детей, находящихся на искусственном вскармливании. Данная статистика говорит об эффективности работы медицинского персонала по пропаганде грудного вскармливания, которое, в свою очередь, положительно влияет на психическое и физическое развитие ребёнка.

Наше исследование показало, что у женщин есть стремление кормить грудью, но возникают некоторые трудности и в решении этих проблем должен помогать медицинский работник. Медицинские работники в свою очередь также считают, что их помощь важна, как для налаживания грудного вскармливания, так и для репродуктивного здоровья женщины. Медицинский персонал должен обладать необходимыми знаниями о естественном вскармливании и успешно применять эти знания на практике при консультировании матерей.

Список использованных источников:

1. Абольян Л.В. *Охрана и поддержка грудного вскармливания для достижения целей устойчивого развития. Аналитический обзор* / Л.В. Абольян, В.А. Полесский, У.М. Лебедева // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2020 - №66. – С. 1-35.
2. Адонина А.Ю. *Грудное вскармливание – здоровье растущего поколения. Причины снижения грудного вскармливания* / А.Ю. Адонина // *Экономика и социум*. - 2018 - № 1 – С. 28-30.
3. Золотарева И.Л. *Грудное вскармливание как основа развития здорового ребенка* / И.Л. Золотарева, Н.Н. Попова // *В сборнике: Современное образование: опыт прошлого, взгляд в будущее. Сборник статей*, 2020 – С. 256-262.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОЗДНИХ ПОСТОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Харламова Дарья Константиновна
Руководитель: Самохина Елена Анатольевна
Урюпинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

Чтобы понять, насколько актуальна проблема поздних постоперационных осложнений обратимся к данным ВОЗ, ежегодно в мире выполняют 232 млн обширных оперативных вмешательств. Серьезные осложнения развиваются в 4—17% случаев, показатели стойкой нетрудоспособности или смертности составляют 0,5—0,9%, а в развивающихся странах — 6—12%.

Постоперационными осложнениями являются патологические состояния, которые не относятся к основному заболеванию и не характерны для нормального постоперационного периода. В связи с возникновением осложнений сразу снижается качество жизни и здоровья пациента. В настоящее время важнейшей проблемой хирургии является недостаток применения современных методов диагностики и профилактики постоперационных осложнений.

Осложнения, возникающие во время восстановительного периода после операции, плохо сказываются на самочувствии больного и могут дойти вплоть до летального исхода. Нужно отметить, что предусмотреть риск осложнений и принять меры для предупреждения их развития необходимо непосредственно вовремя или даже до начала операции, а также в постоперационном периоде.

Наиболее частыми осложнениями в позднем постоперационном периоде, по статистике являются грыжи и спаечная кишечная непроходимость.

Спаечная кишечная непроходимость — затруднение продвижения пищевого комка и пищеварительных сосочков по кишечнику из-за спаек. Эта проблема является весьма значимой в хирургии и занимает примерно 35-40% из всех типов кишечной непроходимости. Проявляется одинаково не зависимо от пола и возраста. Из-за значительного роста оперативных вмешательств на органы брюшной полости значимость заболевания возросла. Около 43% операций сопровождаются появлением спаек.

Постоперационные грыжи, могут развиваться как в ранние периоды, так и в отдельные сроки после операции. Частота их образования составляет 7-12%. Среди всех грыж брюшной полости постоперационные составляют 22–24%.

Проблема исследования состоит в том, что роль медицинской сестры в профилактической деятельности по предупреждению развития поздних постоперационных осложнений не до конца раскрыта в медицинской литературе. Медицинской сестре отводится большая роль в позднем постоперационном периоде пациента, ведь она должна не только своевременно выполнять назначения врача, но и вести мониторинг, обеспечить пациенту надлежащий уход, давать рекомендации и следить за их выполнением. Так же достаточно важным пунктом является обучение родственников пациента правилам ухода. Важным этапом выздоровления считается положительный настрой пациента на благоприятный исход, рекомендации по назначенной диете, адекватной физической нагрузке и правильному ношению бандажа, чтобы снизить риск развития осложнений в будущем.

Объект исследования: организация профилактической деятельности медицинской сестры для предупреждения развития поздних постоперационных осложнений.

Предмет исследования: преемственность действий медицинской сестры хирургического отделения и медицинской сестры поликлиники для взрослых в профилактике поздних постоперационных осложнений.

Цель нашего исследования: изучить особенности работы медицинской сестры в профилактике осложнений в позднего постоперационного периода.

Гипотеза, исследования. Если хирургическая медицинская сестра будет качественно проводить профилактическую работу с пациентом в постоперационном периоде, то это приведёт к улучшению его качества жизни, и снижению риска развития поздних постоперационных осложнений

Для достижения поставленной цели были поставлены следующие *задачи:*

1. изучить теории возникновения осложнений позднего постоперационного периода при различных операционных вмешательствах;
2. выявить роль медицинской сестры в профилактике поздних постоперационных осложнений.
3. проанализировать результаты наблюдения за пациентами в позднего постоперационного периода;

4. Составить памятки и буклет, по профилактике поздних послеоперационных осложнений.

Методы исследования:

Теоретический анализ источников;

Эмпирические: изучение, сравнение, анализ статистических данных, беседа, анализ медицинской документации, анкетирование.

Нами были проанализированы обобщены и изучены: учетно-отчетная документация, статистические данные по позднему послеоперационному периоду на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Урюпинской центральной районной больницы имени В.Ф. Жогова и хирургического кабинета поликлиники для взрослых, а также было проведено анкетирование населения, с целью выявления проблем у пациентов и повышения качества профилактической деятельности медицинской сестры.

Анализируя учетно-отчетную документацию хирургического отделения стационара за 2020-2022 года, всего было зарегистрировано 233 случая грыжи и 42 случая спаечной кишечной непроходимости. Данные предоставлены в таблице 1

Таблица 1.

Статистические данные заболеваний

Нозологическое заболевание	2020	2021	2022.
Грыжа	44	67	122
Спаечная кишечная непроходимость	34	0	8

Все изученные статистические данные подтверждают актуальность данной темы. Грыжа по-прежнему является лидирующей среди осложнений в позднем послеоперационном периоде.

В ходе исследования, при проведении анкетирования пациентов с данными заболеваниями, с целью выявления причин возникновения поздних послеоперационных осложнений и мерах их профилактики, было опрошено 14 респондентов, средний возраст которых от 40 до 60 лет. Мы выяснили, что большая часть респондентов получала рекомендации в послеоперационном периоде, но не соблюдали их. При первых симптомах развития осложнений не обращались к врачу, рекомендации от медицинской сестры стационара по питанию, физической нагрузке, ношению бандажа, режиму сна и отдыха выполняли не в полном объеме. Так же не ходили на профилактический прием к врачу и медицинской сестре взрослой поликлиники, что в свою очередь привело к развитию поздних послеоперационных осложнений. Однако, существуют факторы, влияние которых на жизнь человека неизбежно – возраст. Это значит, что люди пожилого возраста более подвержены риску развития поздних послеоперационных осложнений. То есть были выяснены причины, влияющие на развитие осложнений независимо от медицинских работников. Большая часть пациентов были прооперированы экстренно, что не могло не сказаться на качестве предоперационной подготовки, что приводило в большей степени к осложнениям.

Следует отметить, что роль медицинских сестер стационара и хирургического кабинета взрослой поликлиники в профилактической деятельности послеоперационного периода, имеет немаловажное значение для снижения риска развития осложнений.

В ходе исследования Ф № 003/У, нами был изучен и анализирован случай возникновения позднего послеоперационного осложнения, у данного пациента при опросе были выявлены нарушенные потребности, проблемы, а также поставленные цели и составлен план сестринского вмешательства. Пациенту была проведена разъяснительная работа по необходимости соблюдения всех рекомендаций в послеоперационном периоде, а также

соблюдения всех предписаний врача, как во время пребывания в стационаре, так и дома, чтобы в будущем не возникло повторных осложнений и отдаленных проблем.

Практическим выходом данного исследования стала совместная работа со старшей медицинской сестрой поликлиники для взрослых: были составлены рекомендации пациенту в раннем постоперационном периоде для профилактики поздних постоперационных осложнений.

Список использованных источников:

- 1 Федеральный закон РФ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” № 323-ФЗ [от 21.11.2011] года, в ред. Федерального закона от № 317-ФЗ; [25.11.2013] Алесина, И.Л. Программа гигиенического просвещения населения /И.Л.Алесина/ Снижения заболеваемости. 2017. - № 4. - С. 10-12.
- 2 Васильева, И. В. «Физиология питания: учебник и практикум для СПО» / И. В. Васильева, Л. В. Беркетова. — М.: Издательство [Юрайт], 2019. — 212 с. ISBN не указан. - Текст: непосредственный
- 3 Ильина, И. В. «Медицинская реабилитация. Практикум»: учеб. пособие / И. В. Ильина. — М.: Издательство [Юрайт], 2019. — 393 с. ISBN не указан. - Текст: непосредственный
- 4 «Организация сестринской деятельности»./ Учебное пособие. - М.: [ГЭОТАР-Медиа], 2019. - 528 с. ISBN не указан. - Текст: непосредственный
- 5 Мурашко, В. В. Общий уход за больными. Учебное пособие / В.В. Мурашко, Е.Г. Шуганов, А.В. Панченко. - М.: Медицина, 2019. - 224 с. – Текст: непосредственный
- 6 Ефименко, Н. А. Руководство по общей хирургии / Н.А. Ефименко, В.Е. Розанов, П.Н. Зубарев. - М.: Медицина, 2020. - 752 с. – Текст: непосредственный
- 7 Славин Л.Е., Федоров И.В., Сигал Е.И. / «Осложнения хирургии грыж живота». - М., [ПРОФИЛЬ], 2018. - 176 с. ISBN не указан. - Текст: непосредственный
- 8 Жебровский, В. В. «Хирургия грыж живота» / В.В. Жебровский. - М.: [Медицинское информационное агентство], 2018. - 384 с. ISBN не указан. - Текст: непосредственный
- 9 Макаренко, Т. П. «Ведение больных общехирургического профиля в послеоперационном периоде» / Т.П. Макаренко, Л.Г. Харитонов, А.В. Богданов. - Москва: [СИНТЕГ], 2018. - 352 с. ISBN не указан. - Текст: непосредственный
- 10 Славин Л.Е., Федоров И.В., Сигал Е.И. / «Осложнения хирургии грыж живота». - М., [ПРОФИЛЬ], 2018. - 180 с. ISBN не указан. - Текст: непосредственный
- 11 Грыжа живота - причины, симптомы, диагностика и лечение (krasotaimedicina.ru) [27.04.23]

**СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
УРЮПИНСКОГО РАЙОНА за 2021-2022 г
В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19**

Чернышова Карина Алексеевна
Руководитель: Огданов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск

Ключевые слова: заболеваемость, смертность, COVID-19, пандемия.

Аннотация. Статья посвящена самой масштабной пандемии 21 века - COVID-19, которая не теряет своей актуальности. Пандемия COVID-19 в России вызвала сложную социально-экономическую и эпидемическую ситуацию, большую нагрузку. В статье приводятся статистические данные анализа заболеваемости и смертности среди населения Урюпинского района; выявлены заболевания, осложнения которых наиболее часто приводили к летальному исходу. Возраст был самым сильным предиктором восприимчивости

заболевания, а также умеренный и высокий уровень сопутствующей патологии был связан с почти двукратным увеличением летальности.

Актуальность темы. Пандемия в нашей стране вызвала сложную социально-экономическую ситуацию и создала большую нагрузку на сферу здравоохранения. Прошло более 3 лет с момента, когда в Китае была впервые зарегистрирована вспышка коронавируса SARS-CoV-2, но пандемия продолжает оставаться проблемой мирового значения. По данным университета Джона Хопкинса, по состоянию на 17 февраля 2023 года общее число случаев заболевания подошло к 674 миллионам, а количество смертей – к 7 млн. Благодаря беспрецедентной международной кампании по вакцинации все больше людей переносят COVID-19 в легкой форме, что позволяет врачам направлять освободившиеся ресурсы на лечение тяжелобольных пациентов, и как следствие, увеличивает их шансы на выживание. Тем не менее до окончательной победы над пандемией остается еще очень далеко.

Цель исследования: изучить структуру и динамику показателей заболеваемости и смертности населения Урюпинского района за 2021-2022 г. в условиях распространения COVID-19 на примере Урюпинской ЦРБ имени В.Ф.Жогова и предложить пути совершенствования оказания медицинской помощи.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе Урюпинской ЦРБ имени В.Ф. Жогова. Использованы данные Урюпинского статистического управления. Статистическая обработка данных выполнена с помощью методов оценки: статистики и аналитики.

Результаты исследования. По результатам исследования в 2021 году на первом месте по распространенности находятся болезни системы кровообращения – 13560 случаев. Наибольшая доля приходится на болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением - 6825. Далее ишемические болезни сердца - 4178. Второе место по распространённости занимают болезни органов дыхания, которые составляют 5360 случаев.

В 2022 году всего зарегистрировано заболеваний 46326. Наибольшая доля заболеваемости и смертности - это болезни системы кровообращения - 16620. Из них болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением - 7250, гипертензивная болезнь сердца - 6940, ишемические болезни сердца - 4386. На втором месте по заболеваемости находятся болезни органов дыхания - 6295, самыми частыми из которых являются острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей - 4173. Из полученных данных следует, что происходило постепенное увеличение заболеваемости.

В структуре смертности за 2021 год первое место занимают болезни системы кровообращения в количестве 629, второе место - ишемические болезни сердца (279). Далее по количеству летальных исходов находятся болезни органов дыхания - 122.

В 2022 году лидирующие позиции также занимают болезни системы кровообращения в количестве 823. На втором месте - ишемические болезни сердца (371), третье место по данным исследования занимают новообразования - 239.

Вывод. Таким образом, проанализировав показатели заболеваемости и смертности среди населения Урюпинского района за 2021-2022 г. в условиях распространения Covid-19 было выявлено, что лидирующие позиции занимают болезни системы кровообращения и органов дыхания, включая острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей и COVID-19. Исходя из полученных результатов необходимо прибегнуть к увеличению объемов диспансеризации и профилактики для повышения раннего выявления болезней системы кровообращения и органов дыхания, а также оптимизации плановой медицинской помощи.

Список использованных источников:

1. *Анджaparидзе А. Медицинские препараты для профилактики COVID-19 и подходы к терапии [Текст] / А. Анджaparидзе, О. А. Бургасова // Врач. - 2020. - № 5. - С. 70-72;*
2. *Белоцерковцева Ю.Г. COVID -19: респираторная инфекция, вызванная новым коронавирусом: новые данные об эпидемиологии, клиническом течении, ведении пациентов [Текст] / Ю. Г. Белоцерковцева, А. Г. Романовских, И. П. Смирнов // Consilium medicum . - 2020. - № 3. - С. 12-21;*

ВЛИЯНИЕ ДОНОРСТВА НА ЗДОРОВЬЕ

*Кадилова Анастасия Александровна
Руководитель: Иванова Инга Михайловна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №2, г. Мценск*

Донорская кровь — это единственное лечебное средство, которое невозможно заменить другим лекарственным препаратом. Донорство – это не что иное, как кровопускание, которое широко применялось в течение многих веков и считалось чуть ли не панацеей от всех болезней. Донорство крови и ее компонентов имеет общегосударственное стратегическое значение, затрагивает вопросы национальной безопасности [1, с.272]. В настоящее время число доноров стало постепенно расти. В России появилось большое донорское движение – с регулярными донорами и волонтерами, так же активно подключились к донорству мои знакомые и однокурсники. Многие из них задумывались: «Полезно ли сдавать кровь? Как работает организм донора?». С этим вопросом часто обращались ко мне. Мне тоже стала интересна эта тема, поэтому возникло решение разобраться.

В нашей стране создана единая государственная система донорства. Она обеспечивает тщательное медицинское обследование доноров и гарантирует им полную безвредность сдачи крови. Сдавать кровь на донорство разрешается с определенной периодичностью, а объем забираемого биоматериала строго ограничен. Все это обеспечивает абсолютную безопасность для здоровья и приносит максимальную пользу. Доноры пользуются уважением со стороны общества, так же существуют доказательства того, что донорство крови полезно для здоровья [2, с. 9].

Говоря о пользе донорства, специалисты приводят в пример метод капиллярного кровопускания, известный также как «влажная хиджама». Первые упоминания о нем встречаются в учении исламского пророка Мухаммеда, и сегодня этот метод пользуется популярностью в странах мусульманского мира. Кровопускание применяли наши предки ещё в древности, так как всем было известно, что важной функцией крови в организме является очищение. Хиджама направлена на избавление человека от неиспользуемой крови, насыщенной вредными компонентами. Так организм, избавившись от части кровяной жидкости, активирует резервный механизм, предназначенный для восстановления уровня крови. Этот механизм вырабатывает новую кровь, улучшая самочувствие человека, а также помогает ему избавиться от различных заболеваний [3, с.27]. По данным Всемирной организации здравоохранения, продолжительность жизни донора увеличивается в среднем на пять лет, по сравнению с людьми, не сдающими кровь. Кроме того, отмечена тенденция их лучшей выживаемости при получении ожогов, тяжелых травм, при сложных операциях: в организме стремительно запускается на полную мощь система кроветворения, выздоровление наступает быстрее. Наблюдая за уровнем ферритина в сыворотке крови, ученые пришли к выводу, что донорство снижает уровень железа в организме, а вместе с тем — и риск сердечно-сосудистых заболеваний. В результате доноры крови реже страдают от острого инфаркта миокарда. Другая категория потенциальных доноров – люди, с повышенным содержанием холестерина и жиров в плазме. Для них важна и нужна процедура забора крови, очистка и возвращение её части обратно в кровоток в виде кровяных клеток, – так называемый, донорский плазмозерез. Не стоит забывать и о психологическом факторе. Донорство – это и подтверждение собственной значимости, и огромное моральное удовлетворение от спасения чьей-то жизни! Исходя из опыта общения с донорами, могу сказать следующие: после сдачи крови, пациенты испытывают чувство недомогания, которое проявляется головокружением,

тошнотой, слабостью. Но это состояние, как отмечают доноры, проходит и не остается никаких неприятных чувств. Это вызвано тем, что донорство – это небольшой стресс для организма, а именно наличие таких мягких потрясений повышает устойчивость человека к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды. Проведя беседу с медицинскими работниками, они советуют в целях безопасности соблюдать следующие установленные правила: после совершения донации необходимо посидеть 10 - 15 минут расслабленно, воздержаться от курения в течение часа. Не снимать повязку 3 - 4 часа, чтобы она не намочила. Избегать в этот день тяжелых физических нагрузок и стараться регулярно полноценно питаться, выпивая не менее 2-х литров жидкости в день. После сдачи крови каждый донор получает питание для восстановления крови, а также два выходных дня. Самая главная награда – это звание «Почетный донор России», которое дается наиболее активным донорам. Чтобы стать почетным донором, нужно не только знать, какая кровь самая востребованная для донорства, но и придерживаться правилам, подходить по критериям, и на постоянной основе сдавать ее компоненты.

Почти каждый донор изъявляет желание сдать кровь повторно. А некоторые испытывают необходимость делать это регулярно. Они отмечают общее улучшение самочувствия, стали реже болеть, появился прилив сил и ощущение собственной значимости. В целом, надо сказать, что нет бесспорных доказательств пользы разового или регулярного донорства для организма. Можно уверенно утверждать, что постоянные доноры — вообще в среднем более здоровые люди, потому что предпочитают следить за своим здоровьем, *если вы сдаёте кровь, то по ней можно определить ваши заболевания на ранней стадии.* Поэтому сдавать кровь не вредно — наоборот, это ваш путь к долгой и здоровой жизни.

Список использованных источников:

1. Бдурахманов Мухаммад-хаджи Ибрагимхалилович//Аль-хиджама // Бдурахманов М.И.- Алматы-2017). URL: <chrome-extension://mhjfbmdgcfjbbpaeojofohoefgihjai/index.html> (дата обращения 04.02.2024г).
2. Гильмутдинов Р. Г. // Медико-социальный портрет доноров и мотивация к сдаче крови // Общественное здоровье и здравоохранение — 2017. – 9с.
3. Гудков, А.И. Технологии трансфузиологии / А.И. Гудков, М.И. Лазаренко, В.Ю. Леушин и др. – М.: Сайнс-Пресс, 2018. – 272 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШКОЛЬНОЙ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СКОЛИОЗА

*Соловьев Евгений Владимирович
Руководитель: Коровкина Светлана Яковлевна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №2, г. Мценск*

Сколиоз — трёхплоскостная деформация позвоночника у человека. Сколиоз может быть врожденным и в этом случае обусловлен аномалиями развития позвоночника, которые закладываются еще внутриутробно. Среди сколиозов наиболее распространены начальные стадии, т. е. сколиоз I и II степеней. Начальные формы сколиоза просматриваются специалистами ортопедами, или не являются поводом к обращению и, зачастую, диагностируются лишь спустя годы, когда деформация начинает значительно прогрессировать. Лечением заболевания занимаются ортопед. По показаниям может привлекаться невролог и эндокринолог. Сколиоз причисляется к деформациям периода роста. Он наиболее прогрессирует во время пубертатного периода. Такие сколиозы называют идиопатическими (неизвестная причина) У девочек он проявляется чаще чем у мальчиков в 9

раз. Специалисты объясняют данный факт тем, что в силу своей природы мальчишки более подвижны. По форме искривления:

C-образный сколиоз. Самая простая разновидность сколиоза. Характеризуется наличием одной дуги искривления.

S-образный сколиоз. Такая форма сколиоза характеризуется наличием двух дуг искривления.

Z-образный сколиоз. Если позвоночник образует сразу 3 изгиба по различным локализациям искривлений различают: торакальный сколиоз — искривление только в грудном отделе позвоночника; люмбальный сколиоз — искривление только в поясничном отделе позвоночника; тораколумбальный сколиоз — одно искривление в зоне грудопоясничного перехода; комбинированный сколиоз — двойное S-образное искривление. Детям со сколиозом рекомендуется занятие спортом и ЛФК. Неотъемлемой частью лечебной физической культуры является плавание. С его помощью достигается разгрузка позвоночника в естественной среде, достигается его самовытяжение. Все плавательные движения выбираются в зависимости от степени развития сколиоза. При 1 степени применяют кроль на груди и брасс на груди с удлиненным скольжением. При 2 и 3 степени применяют асимметричные исходные положения. При 4 степени сколиоза используется симметричное плавание, так как необходимо повысить выносливость организма, улучшить состояние дыхательной системы и сердечно-сосудистой. Это мощное средство в борьбе со сколиозом. Если этот вид спорта не противопоказан, его обязательно назначит врач, как один из элементов консервативного метода лечения. Дополнительным преимуществом плавания является то, что это не травмоопасный вид спорта. Мышцы растягиваются и укрепляются плавно и равномерно. Подвижность суставов и мышц увеличивается, ребенок привыкает к силовым нагрузкам, которые не оказывают давления на позвоночник. При занятиях плаванием в крови снижается уровень сахара и холестерина, снимается проблема метаболизма. Упражнения, которые противопоказаны при сколиозе: висание на гимнастической лестнице или перекладине. Разнообразные акробатические упражнения (например, кувыркание).

Поднятие тяжести. Бег, особенно на длинные дистанции. Прыжки. Необходимо подчеркнуть, что весь комплекс упражнений разрабатывает врач-специалист в лечебной физкультуре. При этом осуществляется индивидуальный подход к каждому больному. Занятия проводятся в поликлинике или отделении лечебной физической культуры под контролем медицинских работников. Если при выполнении комплекса упражнений больной почувствует боль или появятся симптомы усиления патологического процесса, то его сразу должны направить на консультацию врача-ортопеда и скорректировать комплекс упражнений. Также для лечения сколиоза используют массажи. Массаж при сколиозе проводится с использованием различных техник в зависимости от стадии и типа искривления: поглаживание — подготовка спины, мышц и нервов к процедуре; растирание — усиление кровотока в нужной зоне, насыщает ткань питательными веществами и снимает мышечное напряжение в искривленной зоне; разминания — нормализуют тонус мышц на патологически вогнутой зоне позвоночника; поколачивания — увеличивают сократительную силу мышечных волокон. Хирургическое вмешательство — это крайняя и сложная мера, прибегать к которой следует в опасных для здоровья случаях. Детям до 10 лет оперативное лечение рекомендуется, если сколиотическая дуга прогрессирует несмотря на применяемые консервативные методы. В этом возрасте не рекомендуют проводить спондилодез, так как он препятствует росту позвоночника и развитию легких. Спондилодез — это нейрохирургический или ортопедический хирургический метод, который соединяет два или более позвонков. Медицинской сестре принадлежит главная роль в профилактике сколиоза у детей, так как она является непосредственным и ближайшим помощником врача, его опорой и поддержкой. Медсестра должна знать основы ортопедии, и правильно общаться с маленькими пациентами. Она должна находить индивидуальный подход к каждому маленькому пациенту (в виде беседы или игры), так как неверные действия могут вызвать у ребенка чувство страха. Медицинская сестра должна знать клиническую картину сколиоза, основные симптомы и жалобы при

нарушении осанки, иметь понятие о проявлениях патологии в этой области. В обязанности медсестры входит подготовка ребенка к разным видам обследования позвоночника (КТ, МРТ и др.) От правильности проведенной подготовки зависит качество полученных результатов. Медсестра должна стараться выявить у пациента наличие имеющихся социальных и духовнопсихологических проблем. Медсестра помогает ребенку выполнять разные упражнения для корректировки и улучшения осанки. Она дает рекомендации родителям, как наблюдать за ребенком, на что особенно необходимо обратить внимание. Медсестра должна вселить в пациента веру в благоприятный исход лечения и дальнейшее выздоровление. От знаний медсестры и ее умения успокоить и отвлечь ребенка зависит его поведение во время выполнения физических упражнений. В общении с детьми недопустимы небрежность и грубость персонала. В основе деятельности медицинской сестры должно лежать поведение, максимально щадящее психику ребенка, ограждение ребенка от негативных эмоций, связанных с медицинскими манипуляциями. При обследовании нужно избегать любого проявления силы в отношении ребенка, отрицательной лексики, например, «не двигайся», «не делай» и т.д. Лучше заранее ознакомить ребенка с процедурой, ответить на все его вопросы, постараться успокоить. Нарушение осанки и сколиоза чаще всего выявляется в тех учреждениях, где проводятся профилактические осмотры детей. Именно в образовательных учреждениях можно и нужно в массовом порядке проводить первичную и вторичную профилактику нарушений осанки и сколиозов среди детей, у которых патологический процесс не требует домашнего обучения или оперативного лечения. Добиться положительных результатов по снижению заболеваемости с нарушениями осанки и сколиозами у детей можно только при единстве медицинской и педагогической деятельности в образовательном пространстве. По данным министерства Здравоохранения России большая часть выпускников призывного возраста имеют болезни связанные со скелетом и опорно-двигательным аппаратом.

Также нам удалось установить, что основной причиной возникновения сколиоза является неправильное положение тела во время урока (сутулость), малоподвижный образ жизни. Из этого можно сделать вывод того, что для профилактики сколиоза нужно проводить беседы не только с учащимися, но и с родителями и учителями. Школьной медицинской сестре принадлежит ключевая роль в проведении медико-санитарного просвещения среди детей, родителей и учителей о сколиозе. Медицинская сестра помогает родителям справиться с возникающими вопросами и проблемами. К таковым относятся: недостаточный уровень знаний о сколиозе и уходе за детьми с этим заболеванием; страх за ребенка, неуверенность в исходе заболевания; неадекватная оценка состояния ребенка; изменение стереотипа жизни в семье. Для профилактики возникновения сколиоза необходимо не только проводить беседы, консультации с детьми и их родителями, а также нужно проводить профилактические упражнения с учащимися.

Список использованных источников

- 1.Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж / Н.А. Белая. - М.: Медицина, 2013
- 2.Большая медицинская энциклопедия.- М.:Медицина,-1984, Т. 23
3. Гукасова Н.А. Реабилитация детей со сколиозом / Н.А. Гукасова. – М.: Медицина, 2012,
- 4.Епихин В.А. Лечебная физкультура и врачебный контроль / В.А. Епихин. – М.: Медицина,2011
- 5.Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учеб. пособ. для вузов/В.А.Епифанов.–М.:ГЭОТАР,2011
- 6.Казьмин А.И., Кон И.И., Беленький В.Е. Сколиоз. - М., 1981.
- 7.Казьмин А.И.Рентгенодиагностика и принципы лечения сколиоза/А.И.Казьмин. – М.: Медицина,1969
- 8.Кашуба. В.А. – М.: Олимпийская литература 2016./В.А.Кашуба – М.: Медицина, 2003
- 9.Лоскутова Н.В. Особенности статико-локомоторной функции у больных со сколиотической болезнью / Н.В.Лоскутова. – М.: Медицина, 2015

10. Н.В. Лоскутова, С.Н. Балдова, Л.П. Максимова // *Современные проблемы науки и образования/ Актуальные вопросы медицинской реабилитации больных с патологией опорно-двигательной и нервной систем: тез. докл.* – М., 2014
11. Мезенцев А.А. // *Методы реабилитации сколиотических деформаций позвоночника у пациентов с незавершенным костным ростом / Ортопедия, травматология и протезирование* – 2015.
12. Мовшович И.А., Риц И.А. *Рентгенодиагностика и принципы лечения сколиоза/ И.А. Мовшович.* - М.: Медицина, 1969.
13. Нейман И.З. // *Об особенностях течения диспластического и идиопатического сколиоза/ Ортопедия, травматология и протезирование* - 2014
14. Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А. *Сколиоз и кифозы.* М. - «Медицина», 1973
15. Ассоциация сколиоза Великобритании <https://sauk.org.uk/>
16. Википедия. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Сколиоз.2023>.
17. Международное научное общество бескровного лечения сколиоза <https://www.sosort.org/>
18. <https://probolezny.ru/skolioz/>
19. <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/scoliosis>
20. <https://gemotest.ru/info/spravochnik/zabolevaniya/skolioz/>

СЕСТРИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА БАЗЕ ГБУЗ ПК «ЧАЙКОВСКАЯ ДГБ»

*Старцева Варвара Евгеньевна
Руководитель: Еловикина Ольга Николаевна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж"
г. Чайковский, Пермский край*

Одной из первостепенных задач современной педиатрии является охрана здоровья детей, снижение показателей заболеваемости и летальности, а также обеспечение возможности гармоничного развития ребёнка. Болезни органов дыхания занимают первое место в структуре заболеваемости школьников и детей подростков, составляя около 68-72% всех случаев. Эти заболевания часто протекают с сезонными обострениями. Особенно важно отметить, что наблюдается увеличение обострений бронхиальной астмы (БА) у детей, что негативно сказывается на общем уровне здоровья молодого населения.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что при бронхиальной астме нередко у пациентов возникают неотложные состояния, связанные с резким ухудшением состояния и приступами удушья. Для оказания помощи при обострении БА медицинская сестра должна действовать чётко, профессионально и быстро выполнять алгоритм при приступе удушья, так как от этого зависит жизнь пациента. Для осуществления сестринских вмешательств (СВ) детям старшего школьного возраста медсестра должна уметь: проводить сестринское обследование, выявлять проблемы пациента, составлять карту сестринского наблюдения, давать рекомендации по применению дозированных аэрозольных ингаляторов, научить самопомощи при приступе удушья, инструктировать о том, какие существуют средства для доставки лекарств; проводить сестринский уход за пациентом с БА; правильно интерпретировать результаты пикфлоуметрии. При этом ей необходимо учитывать возрастные особенности пациентов.

Целью данной работы являлось изучение сестринских вмешательств при обострении бронхиальной астмы у детей старшего школьного возраста на базе ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ».

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Изучить теоретические аспекты обострения бронхиальной астмы.
2. Рассмотреть особенности сестринских вмешательств постовой медицинской сестры при обострении бронхиальной астмы у детей старшего школьного возраста на базе ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ».

Предмет исследования – особенности сестринских вмешательств постовой медицинской сестры при обострении бронхиальной астмы у детей старшего школьного возраста на базе ГБУЗ ПУ «Чайковская ДГБ».

Методы исследования: изучение литературных и интернет-источников посвящённых бронхиальной астме у детей старшего школьного возраста, наблюдение за пациентами и медицинскими сёстрами педиатрического отделения, медицинская карта стационарного пациента (учетная форма №003/у, утверждённая приказом Минздрава РФ от 31.12.2002 №420), статистические материалы, обобщение полученных результатов.

Наблюдение за постовыми медицинскими сёстрами педиатрического отделения служило основным методом, с помощью которого определились сестринские вмешательства при бронхиальной астме. Для нормализации состояния больного ребёнка и последующего его обучения самостоятельному удовлетворению ежедневных потребностей, действия медицинской сестры происходили в несколько этапов:

1. Оценка физического и психического состояния пациента. Роль медсестры, во-первых, сводится к сбору информации о пациенте посредством опроса его самого, а также его родственников. Примерные вопросы, которые задаёт медицинская сестра больному или его родным: – сколько раз в день происходят приступы удушья? – что влияет на появление этих приступов? – что их провоцирует? – интенсивность приступов бронхиальной астмы? – проходят ли приступы сами по себе? – какими медикаментами снимаются приступы бронхиальной астмы в вашем случае? – есть ли аллергия на что-нибудь у больного? Во-вторых, ещё одна задача медицинской сестры – осмотр детей, больных астмой. Информативными показателями являются: – наличие или отсутствие вынужденной позы; – присутствие и характер одышки; – присутствие признаков дыхательной недостаточности (бледность, цианоз, беспокойность, прочее).

2. Определение проблем и потребностей пациента. БА вносит коррективы в жизнь детей, из-за риска приступов удушья и собственно этих приступов у них возникает множество физиологических и социально-психологических проблем. К социально-психологическим проблемам можно отнести: – подавленное состояние из-за самого наличия болезни; – присутствие страха перед следующим приступом; – ограниченное общение; – ограничение трудоспособности; – депрессия из-за невозможности самореализоваться; – уход в болезнь.

3. Планирование. Исходя из диагноза, результатов обследования, собранной медицинской сестрой информации, она совместно с врачом и самим ребёнком с бронхиальной астмой составляет план, по которому ему будет оказана последующая помощь (решение этих проблем) и организован сестринский уход (с целью стабилизации состояния пациента и профилактики новых приступов удушья). Сестринские вмешательства при обострении бронхиальной астмы, в рамках ухода за пациентом, направлены на оказание помощи в решении выявленных у него при сборе информации физиологических проблем, а также стабилизацию его психологического состояния.

Медсестра осуществляла следующие действия:

1. Информировала больного. Медсестра проводила с пациентом беседу с целью предоставить ему максимально полную, доступную информацию о заболевании; порекомендовала соответствующую литературу, обучающие фильмы, например, «Жизнь с астмой».

2. Обучала правильной технике дыхания. Правильное дыхание играет первостепенную роль в профилактике новых приступов удушья. Здесь необходимо научить детей: – в спокойном состоянии и при отсутствии физической нагрузки вдыхать и выдыхать воздух; – делать небольшие паузы между выдохом и последующим вдохом; – дышать полной грудью.

3. Учила купировать приступы удушья, помогала избавиться от страха смерти во время них. Роль медицинской сестры – объяснить больному, что именно от его поведения во многом зависит то, как быстро и успешно его состояние стабилизируется. Она должна объяснить ему необходимость взять себя в руки, научить, каким образом он может помочь себе сам (расстегнуть воротник, обеспечить себе доступ свежего воздуха, расслабиться). Она показывала ему, как пользоваться карманным ингалятором, чтобы купировать приступ. Родителям ребёнка, с бронхиальной астмой, медсестра выдала памятку, проинформировала его родителей, как они могут предотвратить у него приступы удушья, как должны вести себя во время приступов, какую помощь должны оказать ребёнку. Общаться с родителями медицинская сестра должна тактично. Никогда не следует агрессивно реагировать медицинской сестре на вопросы и просьбы родителей, а также на капризы детей. Обычно родители взволнованы, они очень остро реагируют на малейшие дефекты в уходе за детьми, на недостаточное (по их мнению) внимание к детям. Необходимо вникнуть в их состояние. Говорить с родителями нужно максимально просто, исключая медицинские термины.

Таким образом, целью сестринских вмешательств при обострении БА у детей старшего школьного возраста на базе ГБУЗ ПК Чайковская ДГБ» было прогрессивное изменение представлений пациента о заболевании и его лечении, ведущее к изменению поведения, к истинному умению управлять течением хронического заболевания в активном союзе с врачом и медицинской сестрой, путём повышения уровня гигиенической грамотности. На основании выше, сказанного, автором разработана модель СВ, основа которых базируется на пяти этапах: обследование пациентов; выявление их проблем, связанных со здоровьем; планирование сестринских вмешательств; реализация планов и оценка результатов.

Предложенная структурно-логическая модель предполагала не только выявлять и корректировать медицинские, социальные и психологические проблемы больных, но учитывать их познавательную, эмоциональную, медико-психологическую и социальную функции (рис.):



Рис. Структурная модель СВ при обострении БА у детей старшего школьного возраста

Проводя анализ сестринских вмешательств можно сделать вывод, что при обострении бронхиальной астмы медицинская сестра должна контролировать выполнение назначений врача пациентом, вести разъяснительную работу, убеждая его проходить необходимое лечение. Проводить беседы с пациентом и его родственниками о его заболевании, о соблюдении диеты, элиминационных мероприятиях, обучать методам самоконтроля, контролировать прохождение диспансеризации и посещение врача.

Профессиональная деятельность медицинской сестры заключается в своевременном выявлении проблем пациента, и правильной организации сестринских вмешательств, которые включают в себя: уход за пациентами, чёткое выполнение лечебных процедур, подготовку пациента к дополнительным методам исследования, забор биологического материала для лабораторных исследований, оказание доврачебной медицинской помощи при обострении.

Список использованных источников:

1. Байкова, А. Г. Профессиональная бронхиальная астма / А. Г. Байкова, С. А. Бабанов, Д. С. Будаиш // *Сестринское дело*. – 2018. – Т. 20, № 7. – С. 13-18.
2. Бродская, О. Н. План действий при обострении бронхиальной астмы / О. Н. Бродская, А. С. Белевский // *Сестринское дело*. – 2018. – № 2. – С. 100-104.
3. *Внутренние болезни : учебник / Н.И. Федюкович. — Изд. 7-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2016,— 168 с*
4. Зарипова, Т. Н. Особенности течения бронхиальной астмы разных фенотипов / Т. Н. Зарипова, И. И. Антипова, Г. Г. Решетова // *Сестринское дело*. – 2019. – Т. 91, № 3. – С. 46-50.
5. Иммуные механизмы формирования бронхиальной астмы контролируемого и частично контролируемого течения / Т. И. Виткина, Т. П. Новгородцева, Е. П. Калинина // *Сестринское дело*. – 2019. – Т. 21, № 3. – С. 495-502.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ДИЕТЫ. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ГАСТРИТ)

Недорезова Ульяна Петровна

Третьякова Дарья Алексеевна

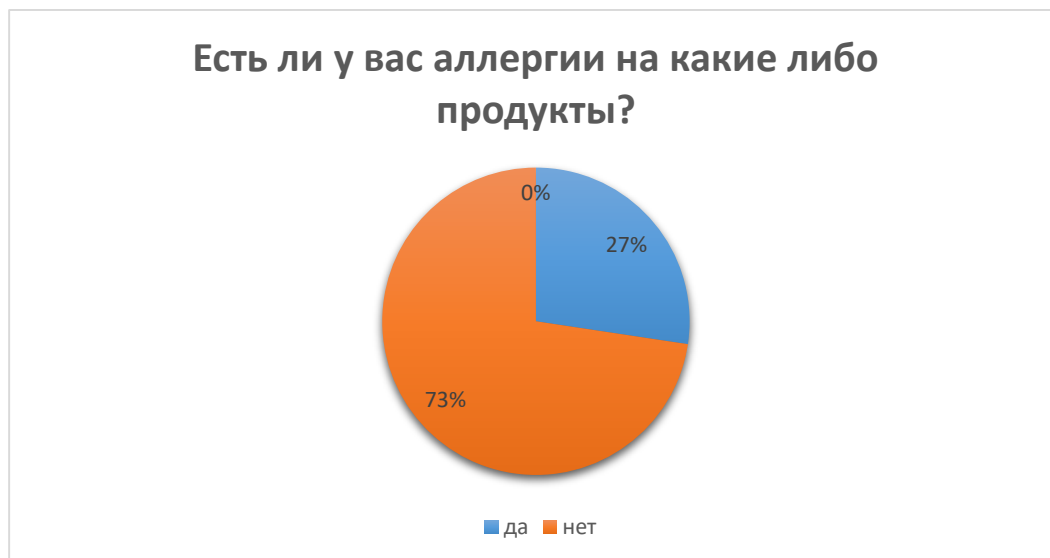
*Руководитель: Горковенко Марина Владимировна
ГПОУ "Читинский медицинский колледж", г. Чита*

Актуальность. В данный момент учащаются различные заболевания, при которых стоит соблюдать диеты. Специальная диета означает, что питание частично ограничивается и/или чему-то уделяется особое внимание. Для того чтобы контролировать болезнь или отклонения от нормы, часто необходима специальная диета. Здоровый образ жизни как способ организации жизнедеятельности в целях укрепления здоровья включает в себя помимо всего прочего правильное питание. В современном обществе наблюдается ряд проблем, связанных с питанием: это несоблюдения специальных диет и правильного питания, что ведет к обострению заболеваний.

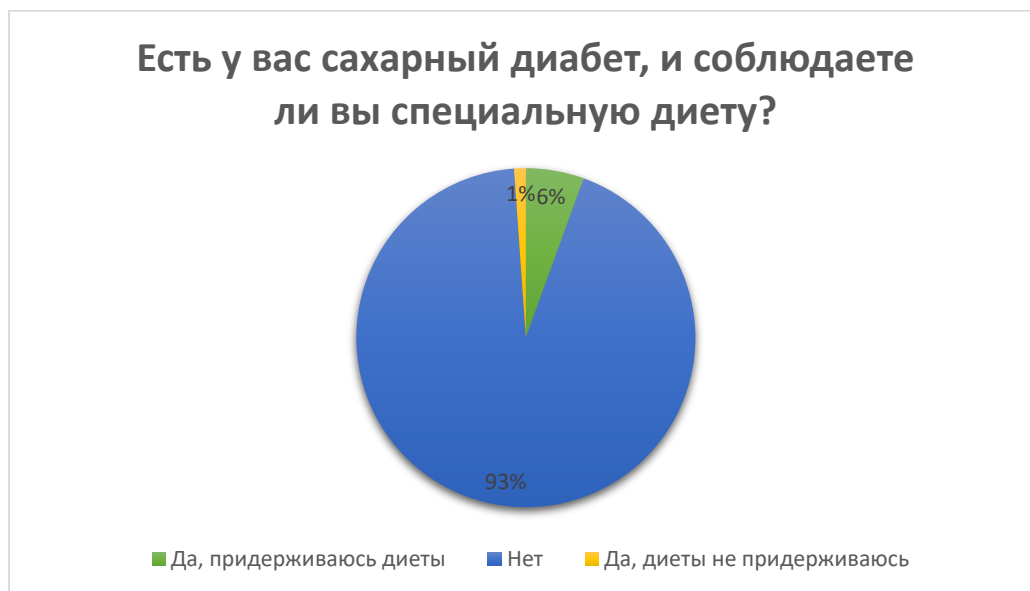
Практическая значимость: в ходе проведения тестирования, в котором приняли участие 544 студента, было выявлено что самым распространённым заболеванием является гастрит, больше всего этим заболеваниям подвержены люди в возрасте 18-19 лет, но многие не соблюдают диету. Поэтому мы хотим подготовить меню при этом заболевании, чтобы студенты знали и могли придерживаться соответствующему питанию. Целью исследования является изучение основных аспектов диетического питания при различных заболеваниях и составление плана питания при гастрите.

Проводя тестирование среди студентов, мы узнали, что у 27% есть аллергические реакции на какие-либо продукты. И как мы знаем, что при проявлении аллергии на продукты

питания, их исключают или уменьшают их потребление. Чтобы точно узнать на что именно могут быть аллергии мы советуем обратиться к врачу-аллергологу. Он отправит на анализы по котором смогут определить аллерген.

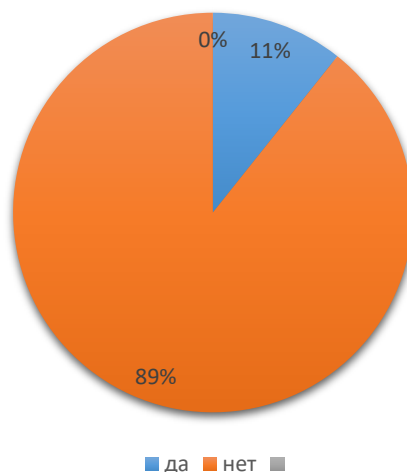


Также было выявлено что у 6% есть сахарный диабет, и они соблюдают правила диеты, 1% не соблюдают диету, хоть у них и есть диабет что делать категорически нельзя, а у 93% нет сахарного диабета. При сахарном диабете очень важно исключать простые углеводы из рациона, крупы быстрой варки стоит заменить на те что варятся от 15-20 мин. и больше. Также не стоит употреблять бананы, виноград, финики и подобные очень сладкие фрукты. С помощью сбалансированной диеты вы можете держать ваш уровень глюкозы в крови близким к нормальному насколько это возможно.



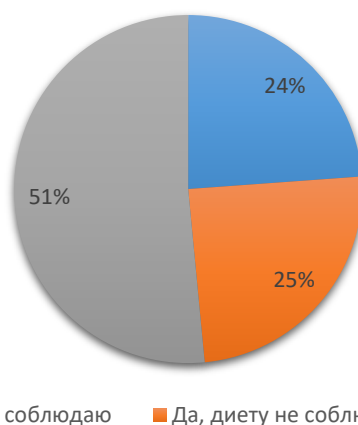
11% студентов страдают непереносимостью лактозы, а остальные 89% могут кушать молочные продукты, не опасаясь нежелательных реакций. Непереносимость лактозы — это неспособность усваивать значительное количество лактозы, преимущественно сахар, содержащийся в молоке. Эта неспособность является результатом нехватки фермента лактозы. Поскольку лактоза не усваивается, это вызывает судороги, вздутия, газы и диарею. Симптомы индивидуальны; большинство людей, не переносящих лактозу, могут употреблять продукты, содержащие низкое количество лактозы.

Есть ли у вас непереносимость лактозы?



Итак, самым распространенным заболеванием, как и ожидалось оказался гастрит. Он есть у 49% студентов, но 25% из них не соблюдают диету, опираясь на то, что им некогда правильно питаться, кушать по часам и тому подобное. Не соблюдение диеты может привести к печальным последствиям, к обострению или даже язве желудка. В острой форме гастрит сопровождается следующими симптомами: изжога, тяжесть в желудке, снижение аппетита, отрыжка, наличие неприятного привкуса во рту, нарушения стула. Так как студенты не могут правильно разобрать свой рацион, мы подготовили рацион питания на неделю при самом распространенном виде гастрита-катаральном, и особенно такие обеды, которые они бы могли брать с собой на учебу. Представлено в рисунке ниже.

Есть ли у вас гастрит и соблюдаете ли вы специальную диету?



К столу блюда должны подаваться только теплыми, нужно хорошо пережевывать еду, отказаться от жирной, жареной, пряной и острой пищи. В день выпивать не меньше 2 л воды. Очень полезна минеральная вода без газов. Можно пить некрепкий чай с лимоном, отвар шиповника, компоты и кисели.

Всего 26% студентов соблюдают диету при каком-либо заболевании, большая часть остальных студентов не придерживаются правилам питания. При различных заболеваниях очень важно остановить ухудшение болезни. Для этого нужно строго придерживаться соответствующим диетам, списку продуктов и пить лекарства, которые назначает специалист.

Это поможет избавиться плохого самочувствия и достигнуть ремиссии, но даже при ней лучше соблюдать установленную диету, изредка позволяя себе выходить за её рамки.



ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ЗАВТРАК каша овсяная на воде	ЗАВТРАК каша гречневая, разваренная на воде	ЗАВТРАК манная каша на воде	ЗАВТРАК рисовая каша, разваренная на воде	ЗАВТРАК овсяная каша на воде	ЗАВТРАК яйцо пашот, капустный салат, чай без сахара	ЗАВТРАК каша гречневая, разваренная на воде
ПЕРЕКУС яйцо-пашот	ПЕРЕКУС омлет	ПЕРЕКУС стакан кефира	ПЕРЕКУС печеное яблоко	ПЕРЕКУС нежирный кефир	ПЕРЕКУС стакан морковного сока	ПЕРЕКУС яйцо-пашот
ОБЕД нежирные рыбные котлеты на пару, макароны	ОБЕД суфле из отварного мяса кролика, пюре из тыквы	ОБЕД отварная грудка индейки, рисовая каша на воде	ОБЕД куриная грудка, отварная овощное пюре (брокколи, кабачок)	ОБЕД рыбные котлеты на пару, картофельное пюре на воде	ОБЕД суфле из отварного мяса, ролика, макароны	ОБЕД отварная речная рыба, рис
ПЕРЕКУС персиковое пюре	ПЕРЕКУС печеное яблоко	ПЕРЕКУС яйцо-пашот, твердый хлеб	ПЕРЕКУС нежирный йогурт	ПЕРЕКУС банановое пюре, обезжиренным творогом	ПЕРЕКУС печеное яблоко	ПЕРЕКУС тертая морковь со сметаной
УЖИН отварная речная рыба, рис	УЖИН нежирные рыбные котлеты на пару с картофельным пюре на воде	УЖИН куриная грудка, отварная овощное пюре (брокколи, кабачок)	УЖИН суфле из отварного мяса кролика, макароны	УЖИН отварная грудка индейки, рисовая каша на воде	УЖИН нежирные рыбные котлеты на пару, макароны	УЖИН суфле из отварного мяса кролика, пюре из тыквы

Рисунок Диетическое питание при катаральном-гастрите

Список использованных источников:

- 1) <https://atvmedia.ru/materials/dieta-pri-gastrite>
- 2) <https://medongroup-spb.ru/company/articles/diety-pri-razlichnykh-zabolevaniyakh/>
- 3) Барановский А. Ю. Диетология Руководство 5 издание 2019 г.

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

*Раменская Анастасия Степановна,
Харитоновна Вероника Алексеевна
Руководитель: Горковенко Марина Владимировна
ГПОУ "Читинский медицинский колледж", г. Чита*

Одной из самых актуальных проблем современного общества является проблема здорового питания. Полноценное питание предусматривает потребление необходимого количества белков, жиров, углеводов, витаминов и клетчатки. Питание в нашем организме играет важную роль, которое влияет на все обменные процессы, на здоровье и внешний вид человека, а также на все аспекты нашей жизни.

Все хотят питаться правильно, но не всегда это получается, часто это связано с ритмом жизни человека. Чаще всего люди начинают страдать болезнями, связанные с ЖКТ в молодом, или даже в подростковом возрасте, это связано с различными ошибками в питании. Поэтому в нашей работе мы провели исследование с помощью анкетирования среди студентов, в котором были выявлены главные ошибки в питании.

Среди 600 опрошенных студентов было 84 % студентов женского пола, 16 % мужского. 13,2 % 16-17 лет, 60,6 % 18-19 лет, 26,1 % 20-21 год. И у 22,6 % уже есть болезни ЖКТ.

Важно поддерживать водно-солевой баланс, так как вода в организме человека отвечает за основные функции жизнедеятельности клеток. Недостаточное употребление воды ведет к негативным последствиям, от ухудшения состояния человека до обезвоживания организма. Суточная доза воды колеблется от 1,5 л до 3 л. По данным нашего анкетирования было выявлено что 14,6 % в день употребляют 1-2 стакана воды что составляет около 500-600 мл, это в 2 раза меньше нормы. 40,1 % 3-4 стакана, что составляет около 1 л, это тоже ниже нормы. А остальные 45,3% 5-6 стаканов, что составляет более 1 л. Также большая часть людей утоляют жажду водой это 75,6 %, 12,9 % предпочитают утолять жажду чаем или кофе, 11,5 % утоляют жажду соком или газировкой. Делаем выводы, что большая часть студентов соблюдает водо-солевой баланс.

В ежедневном рационе важно соблюдать баланс между белками, жирами и углеводами, так же должна присутствовать клетчатка, которая содержится в овощах и фруктах, у 68,6 % опрошенных есть овощи и фрукты в ежедневном рационе. Жирная пища (жаренное, фаст-фуд, и.т.п) очень вредна для организма в больших количествах, поэтому в анкетирование есть вопрос про частоту употребления жирной пищи. 56,1 % студентов 1-2 раза в неделю употребляют жирную пищу, 26,2 % 1-2 раза в месяц и 17,8 % каждый день.

При оценке питания важно смотреть на количество приемов пищи в течении дня 60 % питаются 1-2 раза в день, 29 % около 3-4 раз и 11 % 5-6 раз в день.

Важно учитывать, что время завтрака или же 1 приема пищи за день зависит от последнего приема пищи. Студенты, которые завтракают как правило ужинают с 18:00-19:00, что составляет 36,9 %. Люди, которые завтракают редко или вообще не завтракают предпочитают ужинать с 21:00 до 23:00, при этом их первый прием пищи за день - это обед.

Употребление алкоголя влияет на слизистые оболочки ЖКТ, тем самым вызывая их раздражение и возможные риск заболеваний. Из опрошенных студентов 39 % не употребляют алкоголь, остальные 61 % употребляют с разной частотой. 4,2 % примерно 1 раз в неделю, 30 % 2-3 раза в месяц и 26,8 % 1-2 раза в год.

Проблема питания студентов стоит особенно остро. В связи с недостатком времени, у студентов нет возможности соблюдать правильный режим приемов пищи в количестве 3-4 раза в сутки. Это вызывает хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характер питания. Для предотвращения негативной ситуации большое значение имеет правильно организационное рациональное питание в комбинации с физическими и умственными нагрузками.

Список использованных источников:

1. Спутник врача Диетология руководство 5-е издание, переработанное и дополненное 2018 год. Автор Барановский Андрей Юрьевич.
2. ВОДНО-СОЛЕВОЙ ОБМЕН. Большая медицинская энциклопедия. Режим доступа: https://бмэ.орг/index.php/ВОДНО-СОЛЕВОЙ_ОБМЕН
3. Журное питание. Режим доступа: <https://www.sechenov.ru/pressroom/news/zhirnoe-pitanie-gastrit-i-pechen-professor-razveyal-5-mifov-o-zdorove/>
4. О вреде алкоголя. Режим доступа: <https://clinichelp.ru/stati/vred-alkogolya>

**ХРОНОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Соловьева Элла Владимировна
Руководитель: *Ларионова Светлана Геннадьевна*
ГАПОУ Саратовской области
"Энгельсский медицинский колледж Святого Луки
(Войно-Ясенецкого)", г. Энгельс

Хронофармакология – направление фармакологии, которое изучает взаимодействие лекарственных веществ с системами организма в зависимости от биоритмов, их физиологической и патологической активности. Знания хронофармакологии необходимы для установления времени суток, сезонов года, когда лекарственное средство окажет наилучшее фармакотерапевтическое действие. Ее основоположником является российский ученый профессор Р.М. Заславская [1].

Актуальность выбранной мной темы заключается в том, что изучение хронофармакологического подхода при назначении и применении лекарственных препаратов имеет теоретическое и практическое значение, позволяет дозировать лекарственные препараты в зависимости от времени биологических ритмов в организме с целью достижения максимального терапевтического эффекта и снижения неблагоприятного воздействия лекарственных средств на организм больного.

Основные задачи исследования:

1. Изучить понятие биоритмов, их виды и влияние на выраженность фармакологических эффектов при применении хронофармакологического подхода к назначению лекарственных средств.

2. Рассмотреть методы введения лекарственных препаратов при хронофармакологическом подходе.

3. Обобщить данные научных источников о действии различных групп лекарственных средств в зависимости от биологических ритмов организма и составить сводную таблицу рационального применения лекарственных средств в зависимости от времени введения в организм.

Биологические ритмы представляют собой регулярные циклические повторения биологических процессов в организме человека. Колебательные процессы представляют собой сложный комплекс хронобиологических состояний организма: сон и бодрствование, изменение температуры тела, секреция гормонов, репродуктивная активность и другое. При этом функции организма испытывают несколько ритмических колебаний одновременно. Например, наряду с суточными колебаниями температуры тела человека имеют место ее сезонные колебания.

Согласно имеющимся научным источникам выделены следующие классы биоритмов: *Высокочастотные биоритмы* - период 30 мин. К ним относятся большинство ритмов эндогенного происхождения.

Ультраничные биоритмы - период 0,5-20 ч. Могут быть согласованы с временем суток.

Циркадианные биоритмы- период 20-28 ч. Синхронизированы с вращением Земли.

Инфрадианные ритмы-период от 26 ч до 6 сут.

Низкочастотные ритмы – представлены циркатригинтанными (лунными – около 30 дней): циркануальными (окологодичными); мегаритмами (период от полутора до нескольких десятков лет).

Оптимальная работа физиологических функций организма возмозжалишь при условии согласованности его биоритмов как между собой, так ис ритмами окружающей среды. Основу составляют циркадианные, или околосуточные ритмы. Большинство биоритмов графически описываются синусоидой. Подъем биоритмов называют акрофазой, спад – батифазой.

Действие лекарственныхпрепаратов на естественные биоритмы организма также подвержено ритмическим колебаниям и может быть причиной стабильных сдвигов физиологических ритмов организма человека. Для некоторых лекарственных веществ исследованы изменения фармакокинетических показателей (биотрансформации, всасывания, выведения) в зависимости от времени суток. Фармакологический эффект от применения одной и той же дозы лекарственного вещества, его сила и продолжительность в разные часы времени суток отличается (в одни часы будет меньше, а вдругие часы суток значительно повышена) [3]. Хронофармакологический подход при назначении лекарств может быть использован для наиболее рационального дозирования и применения лекарственных препаратов в зависимости от времени их приема.

При традиционной лекарственной терапии назначаются рекомендованные дозы (например — по 2 таблетке 3 раза в день), а при хронотерапииучитывают при назначениициркадианные колебания чувствительности и реактивности организма, ритмы фармакокинетических процессов. Например, нитроглицерин в соответствии с циркадным биоритмом сердца более эффективен при устранении приступа стенокардии в утренние часы, чем в вечерние. Глюкокортикоиды согласно хронофизиологии надпочечников наиболее активны в 8 часов утра. При язвенной болезни применение антагонистов рецептора H₂ один раз в день вечером является более эффективным. Противогрибковый препарат гризеофульвин имеет лучшую всасываемость около 12 часов дня. У больных бронхиальной астмой состояние ухудшается ночью (ночная астма), что является результатом многих суточных ритмов (концентрация гистамина в сыворотке крови, показатели вентиляции легких). Поэтому целесообразно введение вечером препаратов теофиллина или β-адреномиметиков [3].

Установлено также влияние сезонных факторов на действие некоторых лекарственных препаратов. Например, действие адаптогенов: родиолы розовой, элеутерококка, женьшеня, аралии в разное время года у больных с хирургическими и неврологическими заболеваниями наиболее сильно выражено в зимний период, в летнее время их действие значительно снижается.

При хронофармакологическом подходе применения лекарственных средств используют следующие методы[3]:

1. *Метод превентивного удара.* Лекарственный препарат вводят с расчетом достижения его максимального содержания в плазме крови в акрофазе корректируемого процесса. Например, применение нестероидных противовоспалительных средств рекомендовано вечером при ночных болях.

2. *Метод незаметного воздействия.* Лекарственный препарат вводят в батифазу целью снижения побочных эффектов. Например, гепатотоксичные и нефротоксичные препараты назначают вечером. Токсичность адреномиметиковвыше в дневные часы, ахолинолитиковвыше в ночные часы.

3. *Имитационный метод.* Он заключается в использовании закономерностейхарактерныхдля здорового человека биоритмов изменений концентраций веществ в крови и тканях. Это используется в терапии различными гормональными препаратами. Например, при инсулинотерапии сахарного диабета поступление лекарственного препарата в кровь должно быть максимально приближен к времени выброса эндогенного инсулина.

4. Метод «навязывания» ритма. При применении лекарственной терапии формирует ритмы, близкие к нормальным и блокирует сформировавшиеся десинхронозы организма.

В процессе своей работы были изучены влияние лекарственных средств на биоритмы организма, основные методы применения хронофармакологии на основе конкретных примеров и обобщены данные по времени приема лекарственных препаратов на основе биологических ритмов в представленной ниже таблице.

Сведения по применению лекарственных препаратов

Фармакологическая группа	Время и особенности приема
Глюкокортикоидные препараты (Преднизолон, Полькортолон и др.)	8-11 ч. утра. Позволяет сократить дозу и уменьшить побочные эффекты.
Нестероидные противовоспалительные средства	Прием препаратов в 8-9 ч. утра дает возможность снизить дозу в два раза.
Нитраты	Утро-день. Прием в вечернее и ночное время вызывает резкие гемодинамические сдвиги.
Диуретики	Прием препаратов в 6-7 ч. при недостаточности кровообращения позволяет снизить дозу в два раза.
Бронхорасширяющие препараты	Для профилактики приступов удушья рекомендуется назначать в 20-22 ч. При бронхиальной астме сопротивление бронхов минимальное в 12ч., максимальное — в 23-24 ч.
Антацидные средства	Назначаются в течение дня и обязательно на ночь, т.к. повышение секреции и кислотности желудочного сока, особенно выраженное в ночное время.
Железосодержащие препараты	Железо лучше всего всасывается и усваивается в вечерние часы. Железо, абсорбируемое в первую половину дня, не утилизируется, а способствует развитию побочных эффектов.
Анестетики	Наибольшую активность проявляют в 14-15 ч. В это время использование анестетиков наиболее целесообразно.
Адреномиметики, симпатомиметики, транквилизаторы	Принимают вечером. Токсичность препаратов в дневные часы значительно выше, чем в ночные.
Ацетилсалициловая кислота	Во второй половине дня токсичность препарата на 40% меньше, чем в первой.
Антигистаминные препараты	Наиболее интенсивный выброс медиаторов аллергии наблюдается в вечерние и ночные часы.
Аналептики	Не назначать препараты в вечерние и ночные часы, а только в утренние и дневные
Антагонисты H ₂ -гистаминовых рецепторов	Рекомендовано 1 раз в день вечером.
Блокаторы β-адренорецепторов	При гипертонии рекомендуются 1 раз в день утром, реже вечером и в полуденные часы. При работе в ночную смену следует применять β-адреноблокаторы вечером.

Принципы хронофармакологии не должны применяться при оказании скорой помощи больным, при купировании острых, неотложных состояний.

В процессе проделанной работы были рассмотрены понятия «биологический ритм» и основные классы биологических ритмов, приведены примеры действия лекарственных средств в соответствии с биоритмами организма и методы применения лекарственных средств при хронофармакологическом подходе, составлена сводная таблица рационального применения лекарственных средств.

Выводы по данной работе:

-эффективность применения лекарственных препаратов зависит от биологических ритмов организма человека и, соответственно, от времени приема;

-применение принципов хронофармакологии позволяет получить максимальный эффект при лечении патологий организма человека, уменьшить суточную и курсовую дозы и значительно снизить побочные реакции;

-при создании безопасных и максимально эффективных схем лечения необходимо учитывать зависимость времени приема препарата от биоритмов человека.

Список использованных источников:

1. Заславская Р.М. *Хронофармакология и хрономедицина как новый методологический подход к оптимизации лечения*/Р.М. Заславская, Л.Б.Васькова, Ю.Р.Болсуновская// *Пространство и время*. -2012.-№1. -С. 195-198.

2. Заславская Р.М. *Указ. соч.; Хетагурова Л.Г., Салбиев К.Д. Хронофизиология доклинических нарушений здоровья. Владикавказ: Проект-Пресс, 2000. –С.176.*

3. *Насрулаева Х.Н. Клиническая хронофармакология как основа рациональной фармакотерапии / Магомедова З.Ш., Магомедова Р.Г., Алхазова Р.Т., Магомедова П.М.// – Текст: электронный // Уральский медицинский журнал. - 2019. – № 14(182). – С. 152-157.*

4. *Замощина Т.А. Литий и биологические ритмы. Биоэлементы/Т.А. Замощина// Научные труды I Международной научно-практической конференции.- Оренбург: РИК ГОУ ОГУ, 2004.- С. 28–30.*

5. *Аллада Р., Басс Дж. Циркадные механизмы в медицине. N. Engl. J. Med. 2021; 384:550-561. - PMC - PubMed*

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ГЛОТАНИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА (НА ПРИМЕРЕ ГБУ РС(Я) "РБ №2 ЦЭМП" РСЦ Неврологическое отделение для больных с ОНМК)

*Копырина Анна Васильевна
Руководитель: Афанасьева Иванна Михайловна
ГАПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж им. В.А.Вонгородского", г. Якутск*

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 30 лет смертность, стандартизированная по возрасту, вследствие инсульта снизилась более чем на 30%. Но, тем не менее, по данным Росстата острые нарушения мозгового кровообращения являются одной из основных причин смертности в стране и по состоянию 2022 г. занимают второе место среди всех причин смерти, превышая смертность от инфаркта миокарда более чем в 2 раза. В течение последних пяти лет в Российской Федерации регистрируется от 430 до 470 тысяч случаев инсульта в год, при этом одним из наиболее частым и тяжелым клиническим проявлением мозгового инсульта является – дисфагия, нарушение глотания. [3]

Цель: изучение особенностей питания пациентов с нарушением глотания после инсульта.

Задачи:

1. Овладеть техникой скринингового тестирования для определения функции глотания.
2. Определить индивидуальную стратегию питания больных.
3. Оценить роль профилактики осложнений нарушенного глотания.

Объект исследования – инсультные больные с нарушением глотания

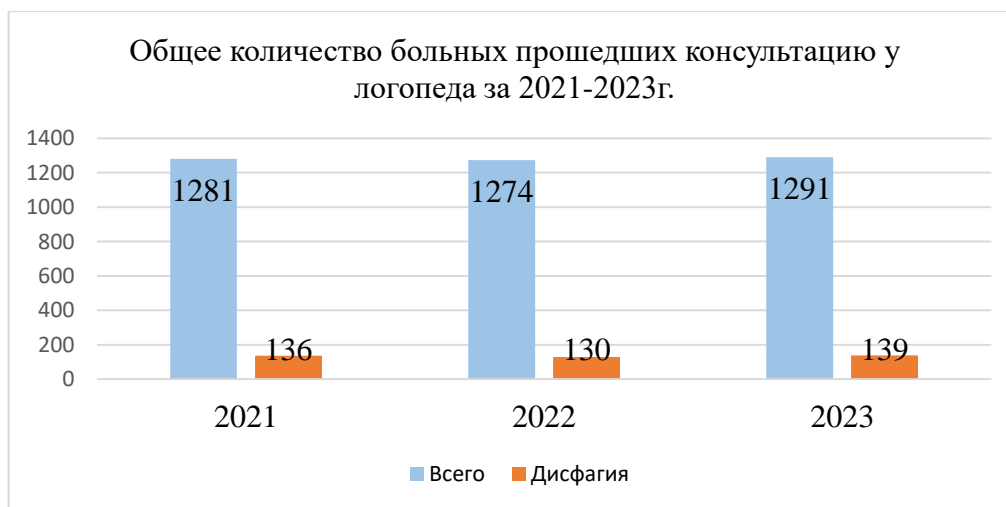
Предмет исследования – особенности питания пациентов после инсульта при нарушении глотания.

Нарушения глотания – это не только дискомфорт для пациента, так как он не может полноценно принимать пищу, пить воду, но и большая угроза развития так называемой аспирационной пневмонии. Пневмония развивается у пациентов в следствии попадания в бронхи пищевых комков и часто заканчивается для пациента смертельным исходом. Смертность от пневмонии после инсульта наиболее высокая по сравнению с другими постинсультными осложнениями. [1]

Дисфагия — это затруднение, дискомфорт при акте глотания или невозможность совершить глоток (жидкости, твердой пищи, слюны).

Симптомы дисфагии: дискомфорт при продвижении пищи после глотания за грудиной, в горле; боль при глотании; кашель, «захлебывание» пищей; удушье; охриплость и осиплость голоса; обильное слюноотделение; ощущение «кома», «распираия» или «инородного тела» за грудиной при глотании; характерна жалоба на то, что раньше было трудно глотать только твердую пищу, а сейчас и жидкую. [1,2]

Исследование проводилось на базе неврологического отделения ГБУ РС(Я) «РБ №2-ЦЭМП». За 2021-2023 гг. общее количество больных, прошедших консультацию у логопеда, остается относительно на одном уровне, так же, как и количество пациентов с выявленной дисфагией.



Первичная оценка глотания осуществляется первые 24 часа после обращения. Больные без сознания, условно, относятся к не глотающим, поэтому им без оценки глотания ставится назогастральный зонд. На момент проведения данного исследования, таких пациентов было 2.

Первичную оценку глотания проводит обученная медицинская сестра, которая сначала с помощью шпателя или ложки тщательно обрабатывает ротовую полость от перенаселяющих микробами масс.

Скрининговое тестирование глотания проводится только, если больной реагирует на обращение, может быть разбужен или бодрствует. А также самостоятельно контролирует положение головы и может быть приподнят на 45 градусов, а идеальный вариант в положении «сидя».

Переход острого больного в вертикальное положение делается очень осторожно: больной должен быть совершенно пассивен, чтобы ему не нужно было поддерживать

равновесие. При этом строго соблюдаются сроки расширения двигательного режима. Больному с ишемическим инсультом приподнять изголовье положено на 1-2 день, а больному с геморрагическим инсультом можно на 3-4 день. Положение «сидя» возможно на 2-3 день при ишемическом инсульте, а с 5-го дня – при геморрагическом инсульте с хорошей опорой.

Перед скрининговым тестированием функции глотания в обязательном порядке выявляется, может ли пациент покашлять, контролирует ли слюну, может ли облизать губы, а также, дышит ли свободно. Обращается внимание на особенности голоса (влажный, хриплый или нормальный). Только после этого тестируется глотание.

Я, принимала участие при проведении скринингового тестирования у 3 пациентов.

Пациент №1, 64 года. Диагноз: ишемический инсульт с нарушением глотания на почве атеросклероза сосудов головного мозга.

Результат тестирования: симптомы дисфагии есть.

Пациент №2, 75 лет. Диагноз: ишемический инсульт с нарушением глотания на почве атеросклероза в системе вертебробазиллярной артерии.

Результат тестирования: симптомы дисфагии нет.

Пациент №3, 72 года. Диагноз: ишемический инсульт с нарушением глотания после перенесенного гипертонического криза.

Результат тестирования: симптомы дисфагии есть.

Пациент №1 и №3 направлены на консультацию специалиста по глотанию. До консультации специалиста пациент ничего не получает через рот.

Пациенту №2 назначен лечебный стол №15, мониторинг водного баланса и контроль веса пациента 1 раз в неделю.

Так же, на момент проведения нашего исследования в отделении находились 2 пациента с нарушением глотания, которые получали питание через назогастральный зонд.

В связи с тем, что у половины больных с инсультом имеются расстройства глотания, их кормление осуществляется через назогастральный зонд. Кормление через назогастральный зонд осуществляется с помощью шприца Жане – шприца, рассчитанного на большой объем жидкости. Для кормления используют жидкую, полужидкую или протертую пищу.

В случае, когда у больного появляются признаки аспирации или же отсутствует попытка глотания и воды выливается изо рта, больному назначается режим «ничего через рот» и питание производится через назогастральный зонд. Одновременно начинается тренировка функции глотания и каждые сутки глотание проверяется вновь.

Основными осложнениями являются аспирационная пневмония и абсцесс легких.

По данным российских исследований пневмония является причиной смерти у 59% больных с ишемическим инсультом, 35% с геморрагическим инсультом, 46% с субарахноидальным кровоизлиянием. Большинство пневмоний у пациентов с инсультом связано с аспирацией. Нельзя разрешать пероральное питание, если есть нарушение сознания или глотания, отсутствуют глоточный и/или кашлевой рефлекс. Гиповентиляция при пневмонии (и как следствие - гипоксемия) способствует нарастанию отека головного мозга и угнетения сознания, а также усилению неврологического дефицита. [2,3,4]

В отделении ОНМК медицинские сестры регулярно проводят аспирацию электроотсосом содержимого ротоглотки и трахеобронхиального дерева, поворачивают больного со спины на правый и левый бок каждые 2-3 часа, используют противопролежневые виброматрасы, по назначению врача дыхательную гимнастику, вибрационный массаж грудной клетки 2-3 раза в день.

Способы предупреждения аспирации: при необходимости периодически нужно помогать больному осуществить туалет полости рта: регулярно удалять скапливающуюся во рту слизь и слюну с помощью влажной салфетки. Помнить о том, что для поддержания чистоты полости рта зубы и протезы больного необходимо чистить как минимум 2 раза в день;

Не давать напитки вместе с твердой пищей. Напитки должны даваться до или после нее для того, чтобы снизить риск аспирации. Если же давать больному твердую и жидкую пищу одновременно, то жидкость будет проталкивать твердую пищу вниз по глотке, и пациент либо

станет глотать плохо прожеванную пищу, либо поперхнется жидкостью; когда больной пытается принимать пищу тем способом, которому мы его обучаем, нужно его похвалить, чтобы ему захотелось учиться дальше; если заметили, что у больного возникли проблемы при проглатывании пищи, попросите его откашляться. Это защищает дыхательную систему; после кормления больного обязательно нужно осмотреть полость его рта, так как оставшаяся в ней пища может попасть в дыхательные пути; поскольку опасность аспирации сохраняется некоторое время и после еды, необходимо удерживать больного в вертикальном положении в течение 30-40 мин после приема пищи.

Таким образом, для лечения и реабилитации больных инсультом необходимо провести скрининговое тестирование для дальнейшего определения возможности кормления, даже путем через дуоденальное зондирование, чтобы улучшить качество жизни больных и избежать аспирации пищевых продуктов в дыхательные пути.

Для восстановления глотательного рефлекса после инсульта может быть назначена комплексная реабилитационная программа, включающая упражнения для мышц глотки и языка, а также техники, направленные на улучшение координации и контроля глотания.

Выводы:

1. Овладение техникой скринингового тестирования для определения функции глотания дало возможность понять метод выбора кормления инсультного больного до полного восстановления функции глотания. Первичная оценка глотания осуществляется первые 24 часа после обращения. Первичную оценку глотания проводит обученная медицинская сестра в течение первых 3-х часов с момента поступления пациента.

2. Питание является жизненно важной потребностью организма. У пациентов с инсультом 30% - 50% потери массы тела происходит в течение госпитализации. Поэтому, индивидуальный подбор типа питания для больных с нарушением глотания является залогом успешного завершения реабилитационных мероприятий после инсульта. Питание, назначаемое больному, должно быть адаптировано по химическому составу, энергетической ценности, технологии приготовления.

3. У больных, перенесших инсульт, в большинстве случаев происходит нарушение глотания, в результате чего могут быть тяжелые осложнения, так как частички пищи, жидкости или слюны попадают в дыхательные пути и являются причиной развития осложнения в виде аспирационной пневмонии, которая является причиной смертельных исходов у больных с инсультом. Правильно организованный сестринский уход и индивидуально подобранный тип питания позволяет избегать возникновения таких осложнений.

Список использованных источников:

1. Воронцова И.П. *Сестринское дело в невропатологии. Сборник лекций : учебное пособие для СПО / И.П. Воронцова. – 2-е изд., стер. – Санкт-Петербург : Лань, 2021 – 60 с.*
2. Журавлев В.И. *Сестринский уход в неврологии : учебное пособие для СПО / В.И. Журавлев. – 6-е изд., стер. – Санкт-Петербург : Лань, 2023. – 440 с. : ил. – Текст : непосредственный. ISBN 978-5-507-46768-6*
3. Журнал: *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023;123(8–2): 5–15 «Социально-экономическое бремя инсульта в Российской Федерации», авторы: Игнатьева В.И., Вознюк И.А., Шамалов Н.А., Резник А.В., Виницкий А.А., Деркач Е.В.*
4. Кашина О.Г. *Современный подход к сестринскому ведению больных с инсультом. Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования. Текст научной статьи журнала «Сестринское дело», 2019; 17.*
5. Соловьева А.А. *Сестринская помощь при патологии нервной системы : учебник для СПО / А.А. Соловьева. – 3-е изд., стер. – Санкт-Петербург : Лань, 2020 – 320 с. : ил. – Текст : непосредственный. ISBN 978-5507-47296-3*
6. Норвис С.Н., Петрова А.В. *Тактика логопедической работы и выбор клинического питания для пациента с нарушением глотания после перенесенного инсульта (клинический случай). Текст научной статьи по специальности «Клиническая медицина», 2022; 20 (9).*

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИСТУПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 0-14 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Николаева Анна Владимировна

Руководитель: Дмитриева Валентина Александровна

ГАПОУ Республики Саха (Якутия)

"Якутский медицинский колледж им. В.А.Вонгородского", г. Якутск.

Бронхиальная астма – проблема мирового масштаба. От этого серьезного заболевания страдают люди всех возрастов и во всех странах мира. У детей она развивается с большей вероятностью, чем у взрослых, но первый приступ может возникнуть в любом возрасте. Бронхиальная астма у детей обычно развивается в раннем детстве, и является второй по распространенности болезнью системы дыхания у человека после обструктивной болезни легких.

Цель исследования: Изучение роли фельдшера в профилактике приступов бронхиальной астмы у детей 0-14 лет

Задачи:

1. Изучить теоретические аспекты бронхиальной астмы у детей 0-14 лет.
2. Изучить статистические данные заболеваемости бронхиальной астмой в РС(Я) у детей от 0-14 лет.
3. Изучить роль фельдшера в профилактике приступов бронхиальной астмы у детей 0-14 лет.

Объект исследования: бронхиальная астма у детей.

Предмет исследования: роль фельдшера в профилактике приступов бронхиальной астмы у детей 0-14 лет.

Методы исследования: анализ, сравнение, метод математической статистики.

Гипотеза: зная особенности профилактики приступов бронхиальной астмы у детей, можно добиться длительной ремиссии и улучшения качества жизни ребенка с бронхиальной астмой. По данным статистики Республики Саха (Якутия) мы можем наблюдать динамику заболеваемости бронхиальной астмой детей от 0 – 14 лет.



В период с 2020-2022 гг общая заболеваемость бронхиальной астмой от 0-14 лет в РС(Я) увеличилась на 11,8 %.

В период с 2020 по 2022 гг первичная заболеваемость бронхиальной астмой увеличилась на 47 %. Данные из динамики говорят о том, что за последние 3 года заболевание бронхиальной астмой стремительно растет. Причиной роста заболеваемости является выход детей из пандемии Covid-19. При анализе установлен рост как общей, так и впервые зарегистрированной заболеваемости.

Для достижения поставленной цели было проведено анонимное анкетирование среди родителей с детьми 0-14 лет с бронхиальной астмой в пульмонологическом отделении ГАУ РС(Я) РБ №1. Участвовало 12 респондентов.

Результат анкетирования:

1. «Возраст вашего ребенка?»

Чаще болеют дети от 5-9 лет (37%).

2. «Пол вашего ребенка?»

7 (66%) – это мальчики, 5 (34 %) – девочки. Повышенный риск развития бронхиальной астмы у мальчиков связывают с более узкими дыхательными путями, повышенным тонусом гладкой мускулатуры бронхиального дерева и более высоким уровнем IgE. С возрастом (старше 10 лет) разница в частоте бронхиальной астмы между мальчиками и девочками уменьшается, постепенно стираются анатомо-функциональные различия в строении бронхиального дерева.

3. «Первые признаки приступа?»

В основном предвестниками приступа выступает приступообразный кашель (82%)

4. «Как часто возникают приступы удушья?»

У 55% респондентов частота приступов 2 раза в месяц. Приступы удушья или затрудненного дыхания у детей, страдающих бронхиальной астмой, возникают чаще в ночное время.

5. «Создана ли Вами гипоаллергенная обстановка в квартире (убраны цветы, ковры, книги, мягкие игрушки, пуховые одеяла, домашние животные)?»

Бытовую гипоаллергенную обстановку поддерживает большая часть респондентов (52%).

6. «Знаете ли Вы, как часто нужно проводить влажную уборку в квартире?»

Только 26% респондентов регулярно проводят влажную уборку в доме.

7. «Проводите ли пикфлоуметрию?»

Лишь 7% респондентов проводят пикфлоуметрию 2 раза в день, 23% не проводят. 23% родителей не проводят пикфлоуметрию, этим можно объяснить частые приступы удушья (2 раз в месяц). Это говорит о том, что ежедневная пикфлоуметрия с ведением дневника пикфлоуметрии, позволяет предупреждать развитие обострений, оценивать течение заболевания, определять факторы, влияющие на течение астмы, оценивать эффективность неотложной и базисной терапии.

8. «Принимает ли Ваш ребенок базисные препараты?»

20% детей принимают назначенные лекарства, 46% принимают периодически, не принимают 34%. Препаратами выбора в базисной терапии БА являются: интал, фликсоназе, монтелукаст, омализумаб. Выбор препаратов и их дозировка должны определяться индивидуально в зависимости от тяжести заболевания и возраста ребенка. Важно соблюдать регулярность приема лекарств и контролировать эффективность терапии.

9. «Умеете ли Вы пользоваться карманным ингалятором?»

96% респондентов ответили, что умеют, 4% (1 респондент)- ответили, что не умеют.

10. «Умеете ли Вы, оказывать неотложную помощь ребенку, страдающему бронхиальной астмой?»

85% респондентов ответили, что смогут, 15% (2 респондент)- ответили, что не смогут этого сделать.

Наблюдение из практики

	1 пациент	2 пациент	3 пациент
1. Общее состояние	3 года Средняя ст. тяж • <u>Аускультативно:</u> Жесткое дыхание, свистящие хрипы	7 лет Тяжелая ст. тяж • <u>Аускультативно:</u> Дыхание ослаблено, над легкими определяется сухие,	5 лет Тяжелая ст. тяж • <u>Аускультативно:</u>

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Перкуторно:</u> Коробочный звук • Выраженная экспираторная одышка • УВМАД (выражено) • ЧСС (100-120) • ЧДД (34 в мин) • ПСВ (79%) 	свистящие и влажные разнокалиберные хрипы. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Перкуторно:</u> Коробочный звук • Резко выраженная экспираторная одышка • УВМАД (резко выражено) • ЧСС (свыше 120) • ЧДД (30 в мин) • ПСВ (71%) 	Ослабленное дыхание, сухие свистящие хрипы <ul style="list-style-type: none"> • <u>Перкуторно:</u> Коробочный звук • Резко выраженная экспираторная одышка • УВМАД (резко выражено) • ЧСС (свыше 120) • ЧДД (32 в мин) • ПСВ (70%)
2. Гипоаллергенная диета и быт	Соблюдает	Не соблюдает	Не соблюдает
3. Пикфлоуметрия (утром и вечером)	Проводит только вечером	Проводит только во время приступа.	Не проводит
4. Базисные препараты	Интал (по 2 ингаляции 4 рвд) - ежедневно	Тайлед Минт (по 2 ингаляции) не ежедневно	Не принимает
5. Препараты скорой помощи	Беротек Н	Сальбутамол	Сальбутамол

Проанализировав данные клинические случаи, можно сделать вывод, что большинство обращаются за медицинской помощью только при приступе бронхиальной астмы. На основании анкетирования выявлено, что пикфлоуметрию проводят 2 раза в день лишь 7% опрошенных респондентов, а 23% не проводят. Базисные препараты принимают ежедневно только 20% респондентов. Препараты скорой помощи используют Беротек Н и Сальбутамол. Беротек (Фенотерол) обладает более мощным бронхолитическим действием, чем сальбутамол. Из данных собственного социологического исследования понятно, что возрастной контингент группы составляет от 5-9 лет, в котором мальчиков на 32% больше, чем девочек. Почти у всех предвестниками приступа является приступообразный кашель и чихание. Также, большинство респондентов знают о необходимости создания гипоаллергенной обстановки, однако далеко не все должным образом проводят влажную уборку в доме. Почти все умеют пользоваться карманным ингалятором и оказывать доврачебную помощь во время приступа бронхиальной астмы. А вот, понимание цели применения пикфлоуметрии есть лишь у 7% пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Бронхиальная астма начинает развиваться в детском возрасте. Бронхиальная астма это - жизнеугрожающее состояние, которое характеризуется яркой клинической картиной и при несвоевременной помощи может привести к серьезным осложнениям. Родителям важно знать признаки обострения бронхиальной астмы у ребенка. Принципы базисной терапии БА основаны на достижениях контроля заболевания, критерии которого сводятся к определению

частоту симптомов астмы. Своевременно оказанная неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы может спасти жизнь ребенка.

2. По данным медицинской статистики РС(Я) в период 2020-2022 гг отмечается рост как общей, так и впервые зарегистрированной заболеваемости. По итогам обработки анкет выяснилось, что 15% респондентов не умеют оказывать неотложную помощь ребенку при приступе БА. При этом 23% родителей не проводят пикфлоуметрию. Базисную терапию принимают 34% детей. Согласно результатам анкетирования выяснилось недостаточная информированность родителей об основных принципах профилактики БА у детей.

3. Роль фельдшера заключается в предоставлении пациенту и его семье необходимой информации о заболевании и его профилактике. Рассказать об обязательном проведении пикфлоуметрии 2 раза в день, ведение дневника пикфлоуметрии, а также о необходимости приема базисных препаратов. Фельдшеру необходимо помочь обнаружить триггеры и дать рекомендации по их исключению. Также родители должны быть проинформированы о разнице между базовыми и экстренными препаратами.

Список использованных источников:

1. Васютин А. М. Бронхиальная астма. Психологическая профилактика. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. Бронхиальная астма. Федеральные клинические рекомендации, 2019. — 97 с.
2. Нагорнова А.Ю., Прилепских О.С., Нестерова А.В., Зотова М.А., Смирнова Т.Г., Даньшина А.Е. ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 6
3. Вершинина М.В. Бронхиальная астма. Современные подходы к диагностике и лечению. М.: Медицина, 2018 г.
4. Бронхиальная астма у детей Дмитрий Юрьевич Овсянников, Евгений Григорьевич Фурман, Татьяна Ивановна Елисеева М.: РУДН, 2019
5. Бронхиальная астма у детей: уч. метод. пособие. /Садовничая Л.Г.и др. – Ростов н/Д: Феникс, 2018. – 166 с.
6. Ломако, Л. Бронхиальная астма у детей / Л. Ломако, Л. Должникова. - М.: Беларусь, 2021. - 775 с.
7. Минкашлов, К.О. Бронхиальная астма и аллергические заболевания: моногр. / К.О. Минкашлов. - М.: Медицина, 2021. - 818 с.
8. Назаров, А.А. Атопическая бронхиальная астма / А.А. Назаров. - М.: Ибн Сины, 2022. - 778 с.
9. Немцов, В. И. Бронхиальная астма: моногр. / В.И. Немцов. - М.: Диля, 2022. - 160 с.
10. А.Тюрин, Н. Бронхиальная астма у детей: моногр. / Н. А.Тюрин. - М.: Медицина, 2020. - 234 с.
11. Авдеев, С.Н. Бронхиальная астма в таблицах и схемах / С.Н. Авдеев. - М.: Атмосфера, 2022. - 585 с.
12. Аспекты развития бронхиальной астмы у детей раннего возраста и особенности клинического течения Потапова Н.Л., Бальжинимаева С.Б., Жамцаранжапова М.Б.2019

И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОПРОЛЕЖНЕГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ

Скрипниченко Диана Александровна

Руководители:

Салахова Ольга Константиновна

Таракина Татьяна Николаевна

ГПОУ Ярославской области

"Ярославский медицинский колледж", г. Ярославль

Пролежни - одно из самых частых и грозных осложнений у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения с высоким риском смертности, приводящее к тяжелым физическим и психологическим страданиям пациента, часто сопровождающиеся болью, депрессией и присоединением инфекций.

Частота развития пролежней у госпитализированных больных составляет до 9%, у находящихся в постельном режиме и получающих лечение на дому от 2,6 до 24% [6].

Затраты на лечение и уход на ведение одного обездвиженного пожилого больного возрастает в 1,1 раз в случае развития начальных стадий пролежней (с 4776 руб. до 5206 руб.) и в 2,5 раза (до 11 441 руб.) при развитии пролежней III—IV стадий, требующих в ряде случаев и хирургического лечения [1].

Адекватная профилактика пролежней позволяет не только снизить финансовое бремя на лечение пролежней, но и повысить уровень качества жизни больного и качество медицинской помощи [6].

Цель исследования: на основе использования шкалы Ватерлоу отработать алгоритм деятельности медицинского работника по прогнозу риска развития пролежней и разработке индивидуального плана противопролежнего ухода за пациентами, находящимися на постельном режиме.

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры по уходу за тяжелобольными, находящимися на постельном режиме.

Предмет исследования: профилактика пролежней у пациентов с ОНМК

Задачи:

1. Изучить, обобщить и проанализировать информационный материал по теме исследования;
2. Выявить общие закономерности возникновения пролежней у больных с ОНМК;
3. Определить подходы по вопросам профилактики пролежней и осуществить организацию ухода за тяжелобольными обездвиженными пациентами с ОНМК.

С целью разрешения поставленных практических задач была создана группа исследования из 15 пациентов (40,0% мужчин и 60,0% женщин) в возрасте от 54 до 87 лет с диагнозом ОНМК, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении. Все пациенты находились на строгом постельном режиме, имели осложнения в виде двигательных нарушений, приводящих к невозможности активного перемещения в пространстве.

Все пациенты группы исследования относились к старшей возрастной группе, причем большинство (73,4%) пациентов - к возрастной группе 60-64 года, 13,3% - 65-74 года, 13,3% - старше 80 лет. Шкала Ватерлоу была выбрана с учетом применимости ко всем категориям больных, как наиболее информативная и эффективная. Учитывая тот факт, что все пациенты имели двигательные нарушения, оценка степени развития пролежней проводилась ежедневно в течение всего времени исследования.

Анализ полученных результатов

Только 40,0% пациентов имели нормальную массу тела, у большинства пациентов отмечалось ожирение различной степени (Таб.1).

Таблица 1 – Характеристика индекса массы тела в группе исследования

ИМТ	Женщины		Мужчины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Менее 18	-	-	-	-	-	-
18 – 25	4	44,4	6	100,0	6	40,0
25 – 30	-	-	-	-	-	-
30 – 35	5	55,6	-	-	5	60,0
всего	9	100,0	6	100,0	11	100,0

Кожный покров пациентов в группе исследования не имел явных повреждений и изменения цвета, однако, здоровая кожа при осмотре была диагностирована только у половины пациентов. Причем, изменения кожи в виде повышенной сухости вплоть до состояния пергаментной бумаги, и повышенная влажность кожи отмечалась одинаково часто - у 20,0% обследуемых (22,2% женщин и 33,4 % мужчин). В 6,7 % случаев были диагностированы отеки. Данные изменения кожи увеличивают риск развития пролежней. Среди женщин изменения кожи встречались чаще, чем среди мужчин (Таб. 2).

Таблица 2 – Анализ состояния кожи пациентов

Состояние кожи	Женщины		Мужчины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
не измененная кожа	4	44,4	4	66,7	8	53,3
сухая кожа, пергаментная бумага	2	22,2	1	33,35	3	20,0
отечная	1	11,2	-	-	1	6,7
повышенная влажность	2	22,2	1	33,35	3	20,0
бледная кожа	-	-	-	-	-	-
повреждения кожи	-	-	-	-	-	-
всего	9	100,0	6	100,0	15	100,0

Серьезной угрозой для возникновения пролежней является попадание на кожу выделений пациента. Среди пациентов группы исследования у 8 пациентов было отмечено недержание мочи и/или кала (53.2%), причем среди женщин данный показатель оказался в два раза выше, по сравнению с мужчинами, что было связано с более тяжелыми поражениями ЦНС и, соответственно, тяжестью состояния (Таб.3).

Таблица 3 – Анализ частоты контакта кожи пациентов с выделениями (моча/кал)

Характеристика параметра	Женщины		Мужчины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Абсолютный контроль / катетеризация	3	33,3	4	66,7	7	46,8
Периодическое непроизвольное мочеиспускание	-	-	-	-	-	-
Недержание кала	-	-	-	-	-	-
Полное недержание мочи и кала	6	66,7	2	33,3	8	53,2
всего	9	100,0	6	100,0	15	100,0

Питание кожи тесным образом связано с поступлением в организм питательных веществ, в первую очередь белков. Пациенты группы исследования в 86,7% случаев самостоятельно принимали пищу. Снижения уровня аппетита у данной категории больных не диагностировался. Двое пациентов (13,3%) находились на сбалансированном зондовом питании. Антропометрические показатели веса у данной категории пациентов снизились на 7% от исходного за последний месяц (Таб.4).

Таблица 4 – Характеристика аппетита пациента (качества питания)

Характеристика параметра	Женщины		Мужчины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Средний	7	77,8	6	66,7	13	86,7
Снижен	-	-	-	-	-	-
Назогастральный зонд/жидкое питание	2	22,2	-	-	2	13,3
Отсутствие приема пищи более 5 дней	-	-	-	-	-	-
всего	9	100,0	6	100,0	15	100,0

В группе исследования было зарегистрировано несколько дополнительных факторов, приводящих к увеличению риска развития пролежней. Анемия и оперативные вмешательства диагностировались в 6,7% случаев, курение - в 20,0% (Таб.5).

Таблица 5 – Анализ дополнительных факторов риска развития пролежней

Характеристика параметра	Женщины N=9		Мужчины N=6		Всего N=15	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Анемия	-	-	1	16,7	1	6,7
Курение	-	-	3	50,0	3	20,0
Оперативные вмешательства более 6 ч	-	-	1	16,7	1	6,7
Оперативные вмешательства до 6 ч	1	11,1	-	-	1	6,7

Уже сам факт наличия у пациента острого нарушения мозгового кровообращения, с возникновением сенсорных и двигательных нарушений, неблагоприятно сказывается на иннервации сосудистого тонуса и является грозным предзнаменованием развития пролежней. Кроме того, пациенты в качестве сопутствующей патологии имели сахарный диабет (73,3%), проявляющийся развитием как микро, так и макроангиопатии и сердечную недостаточность (53,3%), приводящую к серьезным нарушениям микроциркуляторного кровоснабжению органов и кожи. У 40,0% пациентов диагностировались заболевания периферических сосудов (варикозное расширение вен и атеросклероз сосудов нижних конечностей). Более половины пациентов (86,7%) имели полиморбидность, что в геометрической прогрессии способно увеличить риск появления пролежней (Таб.6).

Таблица 6 – Анализ заболеваний, влияющих на риск развития пролежней

Характеристика параметра	Женщины N=9		Мужчины N=6		Всего N=15	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Инсульт	9	100,0	6	100,0	15	100,0
Моторные нарушения	9	100,0	6	100,0	15	100,0
Сахарный диабет	7	77,8	4	66,7	11	73,3
Сердечная недостаточность	5	55,6	3	50,0	8	53,3
Заболевания периферических сосудов	3	33,3	3	50,0	6	40,0
Полиорганная недостаточность	8	88,9	5	83,3	13	86,7

Пациенты группы исследования не имели факторов риска развития пролежней, связанных с применением лекарственной терапии. Ни одному из пациентов не назначались цитостатики, нестероидные противовоспалительные препараты, большие дозы глюкокортикостероидов.

Анализ факторов риска у пациентов в группе исследования позволил определить степени риска развития пролежней и сформировать группы наблюдения и ухода (Таб.7).

Таблица 7 – Анализ риска развития пролежней в группе исследования

Риск	Количество баллов	Частота признака	
		абс	%
Нет риска	Менее 9	-	-
Средняя степень	10-14	1	6,7
Повышенная степень	15-19	4	26,6
Очень высокая степень	Более 19	10	66,7

Учитывая основной диагноз и сопутствующую патологию, приводящую к разным степеням нарушения периферического кровообращения, ухудшающим питание кожи, среди обследуемых не оказалось ни одного пациента без риска развития пролежней. Более половины пациентов (66.6%) имели очень высокую степень. Определение рисков развития пролежней и распределение пациентов на группы риска позволило прогностически осознанно подойти к оказанию помощи пациентам и организовать уход.

Профилактические мероприятия, направленные на снижение риска образования пролежней, проводились в соответствии с нормативными требованиями [2]. Проведенные противопролежневые мероприятия регистрировались в Карте сестринского наблюдения.

В итоге проведенного двухнедельного ухода за пациентами с ОНМК на фоне проводимого лечения основного и конкурирующих заболеваний пролежни развились у 4 пациентов (26,7%). У пациентов из группы среднего риска полностью удалось предотвратить развитие пролежней. В группе повышенного риска у 1 пациента (25,0%) было диагностировано развитие пролежней 1 степени. В группе тяжелобольных пациентов с прогностически очень высоким риском у 3 пациентов (30,0%), несмотря на высокое качество ухода, выявлены пролежни 1-2 степени тяжести (Рис.1).

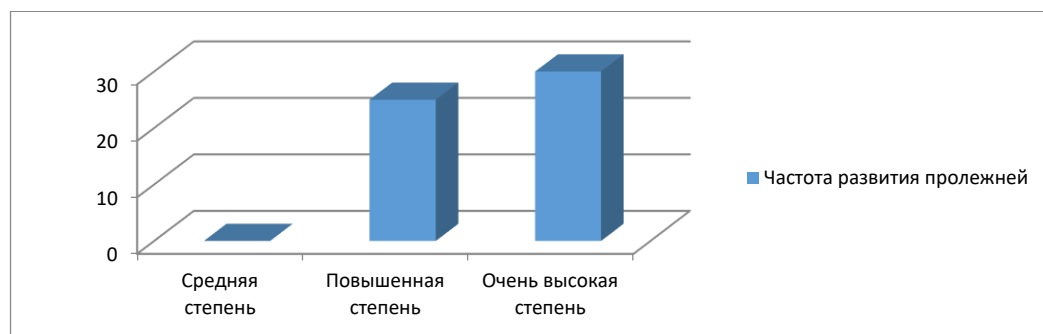


Рисунок 1 -Анализ возникновения пролежней в зависимости от степени риска

Выводы:

1. Развитие пролежней напрямую зависит от состояния сосудов кожи;
2. Используя шкалу Ватерлоу, возможно с высокой долей вероятности спрогнозировать риск развития пролежней у тяжелобольного пациента;
3. Качественный сестринский уход способен полностью предотвратить развитие пролежней у пациентов со средним риском и уменьшить риск развития и тяжесть пролежней у пациентов с повышенной и очень высокой степенью риска;
4. Достигнутый результат, особенно в группе с очень высокой степенью риска пролежней, можно оценить как удовлетворительный, учитывая изначально тяжелые поражения у пациентов с ОНМК центральной иннервации сосудистого тонуса и наличие недержания, серьезно повышающих риск повреждения кожи.
- 5.

Рекомендации:

1. Уход за пациентами с ОНМК осуществлять строго с учетом требований ГОСТа;

2. Проводить обучение родственников мероприятиям ухода с целью профилактики пролежней;

Список использованных источников:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» ОСТ 91500.11.0001-2002г. № 123
2. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56819 – 2015. Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней. М. – 2016
3. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 55370-2012. Подгузники бумажные для взрослых
4. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденный Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р.
5. ГОСТ Р 52623.3-2015 Группа Р24. Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода.
6. Пролежни. Экономика и профилактика. Воробьев П.А., Краснова Л.С. // М.: Ньюдиамед. 2012. 100 с.
7. Воробьев П. А. Краснова Л.С. Шустов А.Г., Смола Г. Фарафонова А.Ю. Клинико-экономический анализ эффективности использования подгузников Molicare premium extra soft (Молихар премиум экстрасофт) для профилактики развития дерматита и пролежней у неподвижных больных с недержанием мочи // Клиническая геронтология. 2015. - № 3-4. - Том 18. - С.45 - 53.

ТОКСИЧНЫЕ РЕГИОНЫ ПО ОСАГО В РОССИИ

*Гераева Милана Руслановна
Руководитель: Чернявская Екатерина Юрьевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

Токсичными называют регионы с самыми большими показателями убыточности и мошенничества. В таких регионах страховщики стараются не продавать полисы ОСАГО. Существует рейтинг регионов, который отражает ситуацию с выплатами, судебными делами и другим набором факторов.

По мнению Банка России, противоправные действия на рынке ОСАГО способны вызвать не только снижение доступности страховых услуг в регионах, отнесенных к «красной» и «желтой» зонам, но и рост числа правонарушений и преступлений на финансовом рынке.

ЦБ выпустил первый «Мониторинг региональных рисков недобросовестных действий в ОСАГО». Регулятор проанализировал три показателя:

- частоту страховых случаев (отношение урегулированных убытков к числу заключенных договоров),
- среднюю выплату (включая решения по суду)
- скользящий коэффициент выплат (отношение выплат к сборам).

Средняя выплата по ОСАГО за 2022 год выросла на 7% и составила 75,3 тыс. рублей. При этом за краткосрочный период (сравнение значения показателя за анализируемый период со значением показателя за аналогичный период со сдвигом во времени назад на один квартал, в данном случае – со значением за период с 1 апреля 2022 года по 31 марта 2022 года) показатель вырос на 4%.

Показатель средней страховой выплаты достиг максимального уровня и превысил 125% от среднего значения по стране в 13 субъектах РФ: республиках Северная Осетия – Алания, Ингушетия, Адыгея, Хакасия, Дагестан, Бурятия, Карачаево-Черкесской, Чеченской и Кабардино-Балкарской республиках; Приморском и Краснодарском краях; Новосибирской области и Еврейской автономной области.

Девять субъектов РФ из числа, отнесенных к «красной» зоне (кроме Хабаровского края) входят в эту группу с наиболее высокими средними выплатами по ОСАГО.

Средняя выплата составила 85% и менее от среднероссийского показателя в таких субъектах РФ, как Ненецкий автономный округ, республики Карелия и Коми, Санкт-Петербург.

Снижение размера средней выплаты по ОСАГО за скользящий год зафиксировано всего в четырех субъектах РФ: в Москве и Санкт-Петербурге, в Нижегородской области и Республике Татарстан.

Частота страховых случаев по России в целом остается стабильной (за анализируемый период практически не изменилась) и составляет 5,4%.

Таблица 1.

Результаты мониторинга региональных рисков недобросовестных действий «Красной зоны» в ОСАГО на 01.07.2023

Сведения об основных показателях ОСАГО, период (в скользящем выражении): 01 июля 2022 – 30 июня 2023	Суммарный риск, баллов	Средняя страховая выплата, тыс. руб.
1. Новосибирская область	5,0	105,7
2. Приморский край	6,0	100,9
3. Хабаровский край	4,5	92,3
4. Республика Бурятия	4,0	97,4
5. Республика Дагестан	6,0	95,7
6. Чеченская Республика	6,5	121,2
7. Кабардино-Балкарская Республика	4,0	104,3
8. Республика Северная Осетия – Алания	5,0	147,1
9. Республика Ингушетия	6,0	142,2

Снижение частоты страховых случаев отмечено в 61 субъекте РФ, в 27 из них показатель снизился на 10% и более: республики Коми, Карелия, Крым, Смоленская, Тамбовская, Астраханская, Вологодская, Сахалинская, Псковская, Ленинградская, Белгородская, Архангельская, Мурманская, Брянская, Амурская, Тульская, Липецкая, Воронежская, Тюменская, Тверская, Рязанская, Пензенская и Новгородская области, Чувашская Республика, Ненецкий, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа.

Это может свидетельствовать о повышении в данных субъектах РФ эффективности взаимодействия служб безопасности и расследований страховщиков с правоохранительными органами в процессе выявления и пресечения случаев возможной фальсификации обстоятельств ДТП.

Этот показатель превышает 100% в шести субъектах РФ из «красной» зоны: в республиках Ингушетия, Дагестан, Северная Осетия – Алания, Чеченской и Карачаево-Черкесской республиках, Приморском крае.

Наиболее значительное снижение скользящего коэффициента выплат (на 20% и более) зафиксировано в таких субъектах РФ, как республики Калмыкия (-43%), Тыва (-29%) и Татарстан (-26%), Еврейская автономная область (-33%), Ненецкий автономный округ (-32%), Смоленская (-39%) и Тамбовская области (-28%) и Пермском крае (-27%).

Общий анализ ситуации в субъектах Российской Федерации «красной» зоны.

В Новосибирской области (суммарный риск составил 5,0 балла – без динамики за анализируемый период) абсолютные значения всех показателей мониторинга продолжают оставаться на уровне, существенно превышающем среднероссийский.

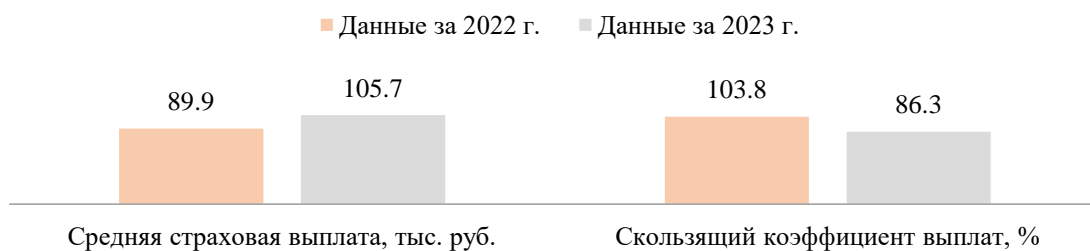


Рисунок 1. Динамика показателей мониторинга Новосибирской области
Сборы страховых премий составили 5,77 млрд рублей, превысив выплаты на 0,79 млрд рублей.

В Приморском крае после стабилизации ситуации, отмеченной по состоянию на 1 января и 1 апреля 2023 года, все анализируемые показатели за скользящий год выросли.

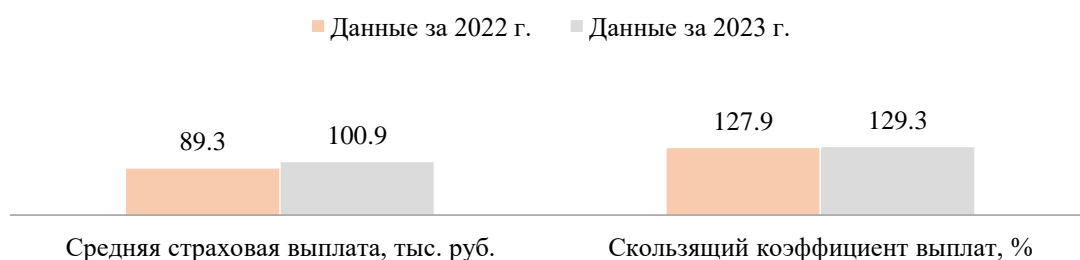


Рисунок 2. Динамика показателей мониторинга в Приморском крае
Выплаты на 1,03 млрд рублей превысили сборы страховых премий, составившие 3,52 млрд рублей (в краткосрочном периоде отмечено снижение сборов на 200 млн рублей).

Ситуация в Хабаровском крае несколько улучшилась (суммарный риск снизился за анализируемый период на 0,5 балла, до 4,5 балла, в сравнении с данными предыдущего мониторинга значение также снизилось на 0,5 балла).



Рисунок 3. Динамика показателей мониторинга Хабаровского края
Сборы страховых премий на 582 млн рублей превысили выплаты.
В Республике Ингушетия ситуация ухудшается, суммарный риск составил 6,0 балла и вырос за анализируемый период на 1,5 балла.

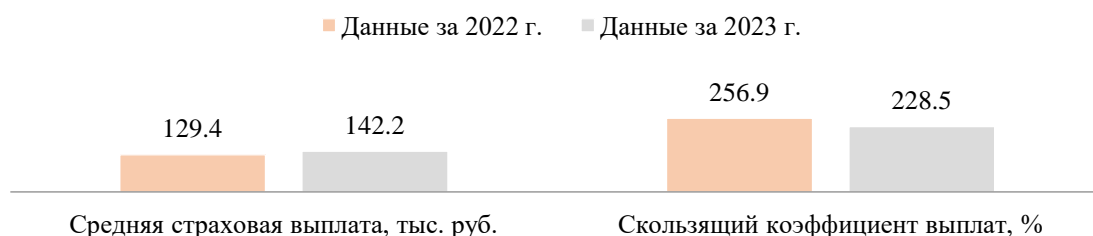


Рисунок 4. Динамика показателей мониторинга Республики Ингушетии
Выплаты превысили сборы страховых премий на 150 млн рублей;
В Карачаево-Черкесской Республике все показатели мониторинга выросли (суммарный риск составил 5,0 балла – без динамики за анализируемый период, при этом нужно отметить его снижение по сравнению со значением по состоянию на 1 апреля 2023 года, когда было зафиксировано повышение суммарного риска до 7,0 балла).

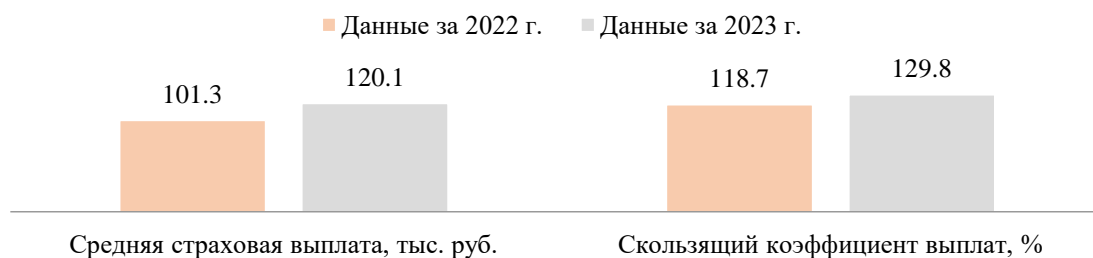


Рисунок 5. Динамика показателей мониторинга Карачаево-Черкесской Республики

Выплаты превысили сборы страховых премий на 122 млн рублей.

В Республике Северная Осетия – Алания ситуация с рисками недобросовестных действий в ОСАГО остается напряженной (суммарный риск составил 5,0 балла – без динамики за анализируемый период и с увеличением на 0,5 балла по сравнению со значением по состоянию на 1 апреля 2023 года).

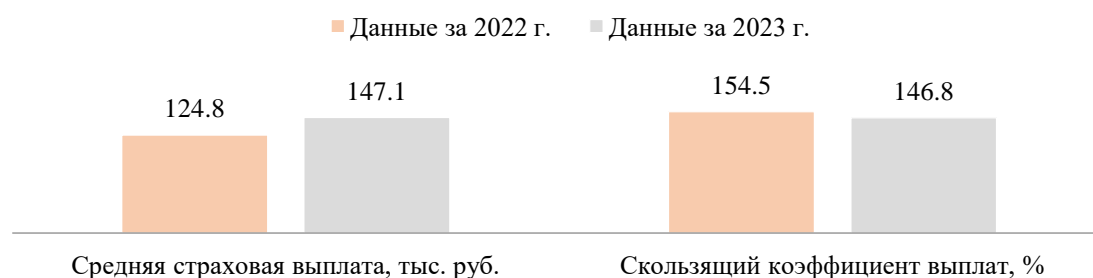


Рисунок 6. Динамика показателей мониторинга Республики северной Осетии-Алании

Страховые выплаты превысили сборы страховых премий на 212 млн рублей.

В Республике Дагестан ситуация остается напряженной, суммарный риск вырос за анализируемый период на 1,0 балла и достиг 6,0 балла.

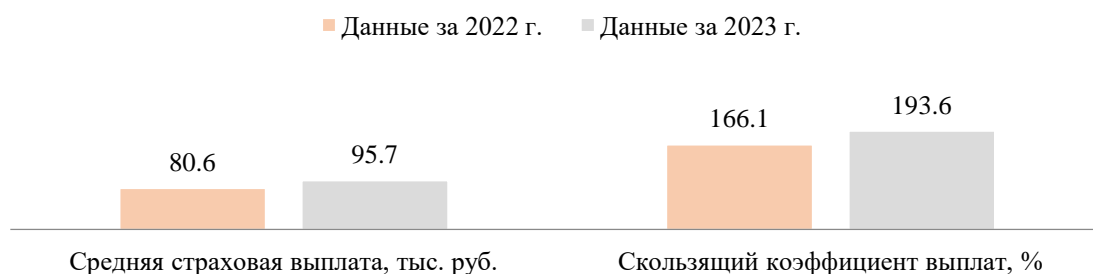


Рисунок 7. Динамика показателей мониторинга Республики Дагестан

Выплаты превысили сборы страховых премий на 1,83 млрд рублей.

В Чеченской Республике ситуация остается сложной, суммарный риск за анализируемый период вырос на 1,5 балла и достиг уровня 6,5 балла.

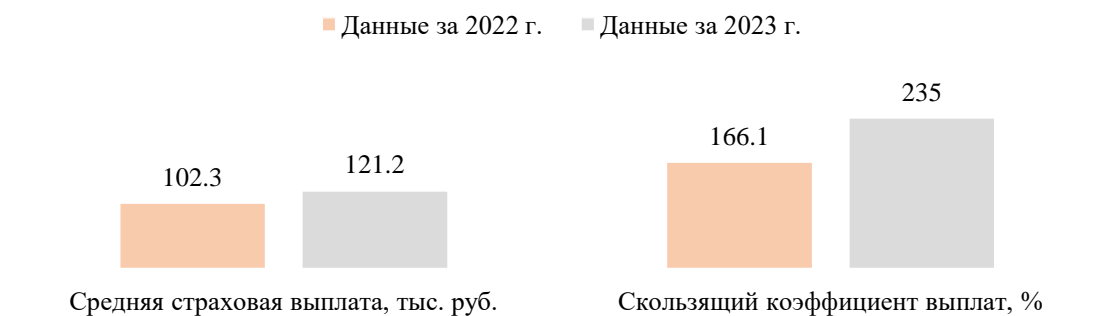


Рисунок 8. Динамика показателей мониторинга Чеченской Республики
Выплаты превысили сборы страховых премий на 467 млн рублей.

В Кабардино-Балкарской Республике суммарный риск снизился за анализируемый период на 0,5 балла и составил 4,0 балла.

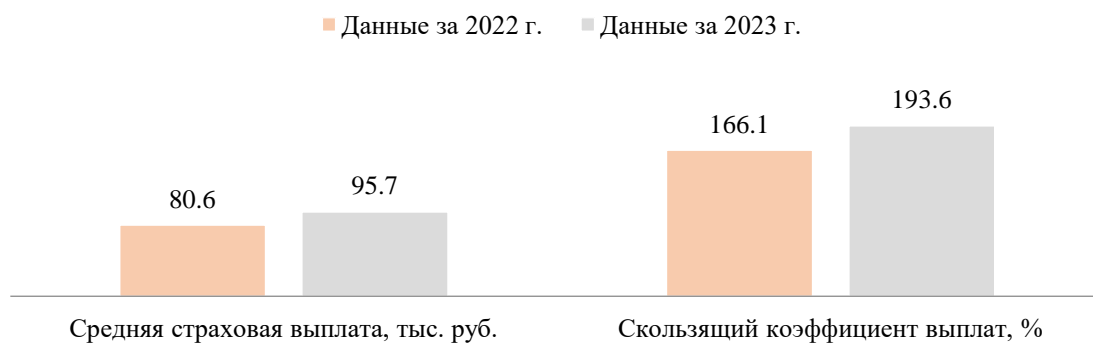


Рисунок 9. Динамика показателей мониторинга Кабардино-Балкарской Республики

Сборы страховых премий на 82 млн рублей превысили выплаты.

В Республике Бурятия ситуация ухудшилась, суммарный риск составил 4,0 балла и вырос за анализируемый период на 1,0 балла.

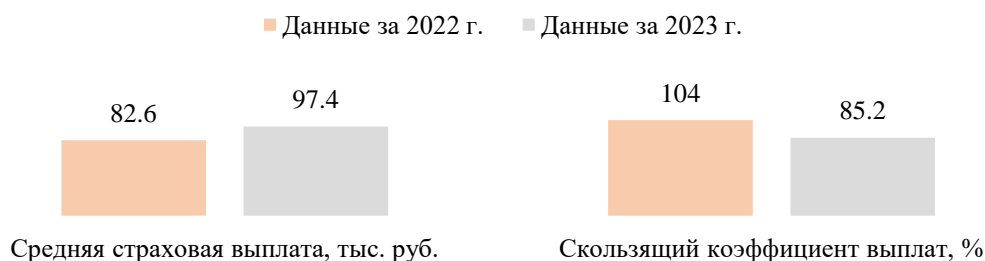


Рисунок 10. Динамика показателей мониторинга Республики Бурятия

Сборы страховых премий превысили выплаты на 148 млн рублей;

К положительным тенденциям развития ситуации с проявлениями недобросовестных действий в сфере ОСАГО за анализируемый период можно отнести:

- выход из «красной» зоны Иркутской области и республик Хакасия и Тыва;
- сокращение частоты страховых случаев в 61 субъекте РФ, в том числе в 27 из них более чем на 10%;
- разработку и реализацию мер, направленных на противодействие мошенничеству в сфере ОСАГО, по результатам проведенных Банком России межведомственных совещаний в республиках Дагестан, Адыгея, Марий Эл, в Приморском крае, Новосибирской и Тверской областях.

Вместе с тем требуют внимания со стороны правоохранительных и контролирующих органов зафиксированные по итогам скользящего года негативные тенденции:

- рост рисков недобросовестных действий по итогам анализируемого периода в Чеченской Республике, республиках Дагестан, Крым, Бурятия, Ингушетия и Алтай, Алтайском крае и Сахалинской области, а также в Москве, в Ульяновской, Курганской и Ростовской областях, в Забайкальском, Красноярском, Краснодарском и Камчатском краях;
- рост частоты страховых случаев за анализируемый период на 9% и более в двенадцати следующих субъектах РФ: республики Дагестан, Татарстан, Ингушетия, Тыва и Саха, в Москве и Санкт-Петербурге, Магаданской и Курганской областях, Чеченской Республике, Забайкальском и Приморском краях.

Список использованных источников:

1. https://cbr.ru/Collection/Collection/File/45056/monitoring_OSAGO_2023-15.pdf - Мониторинг региональных рисков недобросовестных действий в ОСАГО за 2023 год.
2. https://cbr.ru/Collection/Collection/File/42351/monitoring_OSAGO_2022-12.pdf - Мониторинг региональных рисков недобросовестных действий в ОСАГО за 2022 год.

БИЗНЕС- ПРОЕКТ ГЛЭМПИНГ "AMARYLLIS"

*Дорошева Елизавета Андреевна
Руководитель: Дорошева Екатерина Валерьевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

Основная цель проекта: занять долю рынка в туристическом бизнесе России.

Задачи проекта: развитие туристического потока в условиях ограничения путешествовать за границу на территории г. Севастополь Республики Крым, обеспечение комфортного отдыха людям, которые желают провести время на природе, уединиться и отстраниться на время от работы и городской суеты, пропаганда здорового образа жизни.

Предоставляемые услуги:

- Глэм-дома с террасой;
- Панорамный ресторан авторской европейской кухни с акцентом на черноморские традиции;
- Официальная регистрация свадеб на любой локации комплекса;
- Спортивная зона «WooDooGum»;
- Конный клуб;
- Яхтинг;
- Джиппинг;
- Сёрфинг;
- Морская глубоководная и спраная рафтовая рыбалки.

Организационно - правовая форма **индивидуальное предпринимательство**, с упрощенной системой налогообложения 6 % от дохода.

В качестве основного кода ОКВЭД можно выбрать 55.10 «Деятельность гостиниц и прочих мест для временного проживания». Дополнительным станет 79.90.2 «Деятельность по предоставлению экскурсионных туристических услуг».

Сумма стартового капитала: 8 500 000 млн. руб.

Финансирование проекта осуществляется путем получения коммерческого кредита в размере: 2 500 000 млн. руб. Личные накопление (инвестиции) 6 000 000 млн. руб.

Выплаты процента по кредиту начинаются с первого месяца реализации проекта. Процентная ставка -4%, в банке «Открытие». Ежемесячный платеж 73 810 руб.

Срок реализации проекта осуществляется с момента получения кредита.

Срок окупаемости проекта: 1 год.

Общий ожидаемый экономический эффект от реализации проекта за условный жизненный цикл - 3 500 000 млн. руб.

Основные этапы запуска бизнеса:

1. Государственная регистрация;
2. Покупка земельного участка и оборудования;
3. Найм сотрудников;
4. Реклама и продвижение.

1. Социальная значимость проекта

Проект входит в Ключевые бизнес тенденции 2022-2023 года РФ, реализуется в рамках Стартапа «Организация специальных туристических туров и услуг».

Глэмпинг – направление экотуризма, разновидность кемпинга, которая включает в себя комфортный, заранее организованный отдых в дикой природе, с элементами гостиничного уюта.

Направление задумывалось, как отдых для тех, кто хочет пожить в уединении с природой, но не испытывает желания сталкиваться с походными трудностями и может себе позволить первоклассный сервис вдали от большого города. Только здесь можно не спеша проснуться в уютной кровати на мягкой простыне под пение птиц и насладиться только что приготовленным завтраком на свежем воздухе.

В глэмпингах ценится максимальный комфорт гостей.

Этим обусловлен и сам термин «глэмпинг», произошедший от английских «glamour» («гламур») и «camping» («кемпинг») в Великобритании в начале нулевых XXI века. В 2016 году слово официально добавили в Оксфордский словарь.

Несмотря на новизну термина, сама концепция отнюдь не нова. Её использовали ещё в средние века, когда при выезде знатной персоны на природу, устраивали большие шатры и подавали яства. Ведь от привычной роскоши отказываться никому не хотелось!

Позднее обеспеченные охотники из Великобритании раскладывали походные шатры в Индии или во время сафари в Африке. А с 2010 года явление «глэмпинга» стало входить в обиход по всему миру.

На сегодняшний день на территории Российской Федерации сложились условия для активного развития глэмпингов, как самостоятельного вида туризма, а данное направление является одним из наиболее перспективным на туристическом рынке. Наша страна богата природными локациями, имеет несколько поясов (теплообеспеченность климата), внутри которых выделяют природные зоны, что обуславливает возможность создания различных по своему оснащению и виду объектов глэмпинга. Глэмпинги можно создавать там, где запрещено капитальное строительство: земли лесного фонда или особо охраняемые земли, прибрежные земельные участки. Таким образом глэмпинги представляются как возможность для эффективного использования земельных участков

Можно сделать вывод, что глэмпинг – это не просто модное, сезонное и быстропроходящее явление. Глэмпинг – это долгосрочный туристический проект, который распространяется ежегодно по всему миру. По данным Grand View Research, до 2025 года средний рост рынка глэмпингов в мире составит 12,5%. Глэмпинг притягивает молодежь не только в качестве клиентского сегмента, но и как возможность самореализации (проектирование и реализация собственного глэмпинга). Важно, что такой вид размещения позволяет сформировать состоятельную клиентскую базу туристов, без строительства гостиничных комплексов пятизвездочного уровня и соответствующей инфраструктуры. Поэтому существуют все предпосылки того, что глэмпинг в России будет формировать как новый вид отдыха для внутреннего туризма, так и создавать условия для развития бизнеса в туристической сфере, а при должной поддержке со стороны государства данный вид туризма может стать прорывным для внутреннего туристического потока.

3. Финансово - экономическое обоснование проекта

Бизнес-проект преследует следующие цели:

- создание высоко rentable предприятия;
- получение прибыли;
- развитие туристического потока в г. Севастополь Республики Крым;
- обеспечение комфортного отдыха людям, которые желают провести время на природе, уединиться и отстраниться на время от работы и городской суеты;
- пропаганда здорового образа жизни.

Маркетинговый план

Оценка рынка

Ниша глэмпинг-услуг на российском рынке практически не занята. Поэтому конкуренция очень низкая. Данное направление востребовано состоятельными людьми.

Поскольку направление новое, идея организовать глэмпинг является актуальной.

Месторасположение.

Туристический край со всеми условиями для комфортного ведения бизнеса - Республика Крым г. Севастополь

Конкуренты.

Аналитическое исследование компании CommonwealthPartnership показало, что в 22 субъектах РФ услуги глэмпинга отсутствуют вовсе, а еще в 42 субъектах их количество не достигает даже пяти объектов. Конкуренция минимальна.

Потенциальный потребитель.

Глэмпинг «Amaryllis» будет пользоваться особой популярностью среди соло-туристов, которые ценят умиротворение и концентрацию на внутренних ощущениях, выбирают природу и первоклассный сервис для того, чтобы максимально расслабиться и насладиться природой. Около 50% гостей глэмпинга также будут составлять именно пары и молодожены, те, кто ищут новых идей для романтического уик-энда.

Стимулирование продаж.

Скидка 15% на все дополнительные услуги при посещении «Amaryllis» более двух раз.

Реклама и продвижение.

- естественное продвижение интернет-сайта глэмпинг в поисковой выдаче и на сайтах-агрегаторах туристических услуг;
- таргетированная реклама на интернет-сайтах, в социальных сетях или в мобильных приложениях;
- контекстная реклама в выдаче поисковых систем по заданным запросам;
- статейные и видеообзоры популярных блогеров соответствующей тематики;
- ведение своих страниц в социальных сетях (ВКонтакте, Одноклассники, Дзен, Rutube, TikTok);
- email-рассылки по тематическим базам;
- размещение рекламных щитов.

Производственный план

Аренда земельного участка площадью 100 000 квадратных метров составит 150 тысяч ежемесячно (ежемесячно оплачиваются коммунальные нужды, охрана, а также прочие сопутствующие услуги – около 425 000 тысяч рублей в месяц).

Строительство глэм-домов, закупка необходимых товаров –3 000 000 млн. руб.

Оборудование для персонала Мебель, персональный компьютер, кресла и столик для посетителей, кассовый аппарат – в среднем 120 тысяч рублей.

Первоначальные вложения:

Приобретение земельного участка: с учетом возможной необходимости межевания, дробления, а также смены категории земли и ВРИ (вида разрешенного использования).

Расчистка, планировка и обустройство участка, включая подъездные пути.

Закупка, доставка и монтаж жилых и подсобных помещений выбранного типа.

Внутренняя отделка и обустройство помещений, с учетом подключения электро- и водоснабжения, канализационной системы и интернет-связи.

Закупка мебелировки, бытовой техники и хозяйственного инвентаря.

Оборудование зон специализированного отдыха: бассейны, мангалы, игровые площадки и прочее.

Страхование имущества глэмпинга по выбранным направлениям.

Проведение первичной пиар-компания после официального открытия.

Организационный план:

Должность	Оклад	Количество сотрудников	Сумма
Директор	50 000	1	50 000
Зам.директора	40 000	1	40 000
Администратор	30 000	4	120 000
Инструкторы по доп.услугам	5000	18	90 000
Разнорабочий персонал	10 000	10	100 000
Охранник	20 000	2	40 000
Горничная	10 000	10	100 000
Бухучет на аутсорсинге	10 000	2	20 000
Итого ФОТ в месяц:			560 000
Итого ФОТ в год:			6 720 000

ПЛАТЕЖИ ВО ВНЕБЮДЖЕТНЫЕ ФОНДЫ 30,2% от ФОТ за год (12 месяцев)-
641 448 тыс. руб.

Финансовый план

Доход в месяц	2 805 000 млн. руб.
Расходы	1 908 000 млн. руб.
Фот	535 000 тыс. руб.
Аренда	87 000 тыс. руб.
Коммунальные Услуги	30 000 тыс. руб.
Амортизация	425 000 тыс. руб.
Прочие Расходы	100 000 тыс. руб.
Продвижение	90 000 тыс. руб.

Капитальные затраты на открытие: 8 500 000 млн. руб.

Доход от предоставления услуги: 2 805 000 млн. руб.

Общие ежемесячные расходы: 1 908 000 млн. руб.

Доходы

1. Прибыль до налогообложения = 2 805 000 млн. руб.

2. Налоги = 168 300 Р.

3. Чистая прибыль = 800 000 Р.

4. Сроки окупаемости = 1 год.

4. Практическая значимость

Глэмпинг «Amaryllis» будет пользоваться особой популярностью среди соло-туристов, которые ценят умиротворение и концентрацию на внутренних ощущениях, выбирают природу и первоклассный сервис для того, чтобы максимально расслабиться и насладиться природой. Около 50% гостей глэмпинга также будут составлять именно пары и молодожены, те, кто ищут новых идей для романтического уик-энда. Здесь все навеивает романтическую атмосферу, здесь же пары и молодожены могут проводить фотосессии для свадьбы.

Глэмпинг «Amaryllis» – это то место, которое выберут для медового месяца или его части, свадьбы или выездной регистрации. Причем, всё для достижения запоминающегося, важного для гостей дня всё скрупулёзно предусмотрено, заблаговременное бронирование интересующей даты может послужить арендой всего комплекса, для того, чтобы на тихом, завораживающем месте кроме Вас и Ваших родных и близких сердцу никто не мог хоть капельку помешать.

5. Ожидания и риски в реализации проекта

Проект реализуется в условиях следующих потенциальных рисков:

- риск, связанный с изменением цен на глэмпинг на фоне конкуренции;
- риск, связанный с изменением (сжатием) спроса на услуги;
- риск завышения стоимости строительства;
- риск проявления стихийных бедствий;
- риск пожарной опасности. увеличение арендной платы.

Список использованных источников:

1. Кузьмина Д. В., Чернявская Е.Ю. Особенности реализации положений бизнес - плана сети цифровых магазинов «ЦИФРО HOUSE // От финансовой грамотности к финансовому благополучию: опыт, проблемы, вызовы. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции для школьников и студентов Том I (Уфа, 26 октября 2019 г.) –Уфа : ООО «Первая типография», 2019.- С.99-101

2. Молостова А. В., Чернявская Е.Ю. БИЗНЕС – План гончарной мастерской «Мир керамики» // От финансовой грамотности к финансовому благополучию: опыт, проблемы, вызовы. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции для школьников и студентов Том I (Уфа, 26 октября 2019 г.) – Уфа : ООО «Первая типография», 2019.-С.101-104

3. Пруглова Е. С., Чернявская Е.Ю. Разработка бизнес-плана магазина детской одежды // От финансовой грамотности к финансовому благополучию: опыт, проблемы, вызовы. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции для школьников и студентов Том I (Уфа, 26 октября 2019 г.) – Уфа : ООО «Первая типография», 2019.-С.104-107
4. Тараканова Н. И., Чернявская Е.Ю. Бизнес – план мобильного планетария // От финансовой грамотности к финансовому благополучию: опыт, проблемы, вызовы. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции для школьников и студентов Том I (Уфа, 26 октября 2019 г.) – Уфа : ООО «Первая типография», 2019.-С.107-111

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ БАНКОВСКОЙ СИСТЕМЫ В РОССИИ

Исаев Алексей Владимирович
Руководитель: Рулёва Анна Евгеньевна
 АНПОО "Академический колледж", Волгоград

В последние несколько лет российская экономика и банковский сектор пережили достаточно серьезные потрясения, которые было сложно предсказать заранее. Сначала без существенных потерь справились с коронакризисом – к началу 2022 г. банки в целом сохранили накопленный ранее запас регуляторного капитала (около 7 трлн руб.), а также накопили макропруденциальный буфер капитала (около 1 трлн руб.). Затем под влиянием геополитических факторов крупнейшие российские финансовые институты оказались практически отрезаны от мировой финансовой системы, часть их активов была заблокирована, а рынки обвалились. Для преодоления внезапно возникших проблем потребовались неординарные решения.

Банковская система Российской Федерации представляет собой комплекс взаимосвязанных элементов, включающий Центральный банк, кредитные организации, коммерческие банки, кредитно-расчетные учреждения, иногда объединенные в рамках холдингов, а также банковскую инфраструктуру и банковское законодательство (см. рис.1.).

Рисунок 1 - Структура банковской системы РФ



Центральный банк Российской Федерации (Банк России)—особый публично-правовой институт России, главный банк первого уровня. Центральный банк – государственный банк, осуществляющий централизованное кредитование, организующий и контролирующей денежное обращение.

Уставный капитал и иное имущество ЦБ РФ являются федеральной собственностью. Он осуществляет свои расходы за счет собственных доходов, а не финансируется за счет бюджета. При этом получение прибыли не является целью деятельности Банка России (50% прибыли перечисляет в федеральный бюджет, остальную – направляет в резервы и фонды различного назначения).

Основными целями деятельности Банка России являются:

- Защита и обеспечение устойчивости рубля;
- Развитие и укрепление банковской системы России;
- Обеспечение стабильности и развитие национальной платёжной системы;
- Развитие финансового рынка России;
- Обеспечение стабильности финансового рынка России.

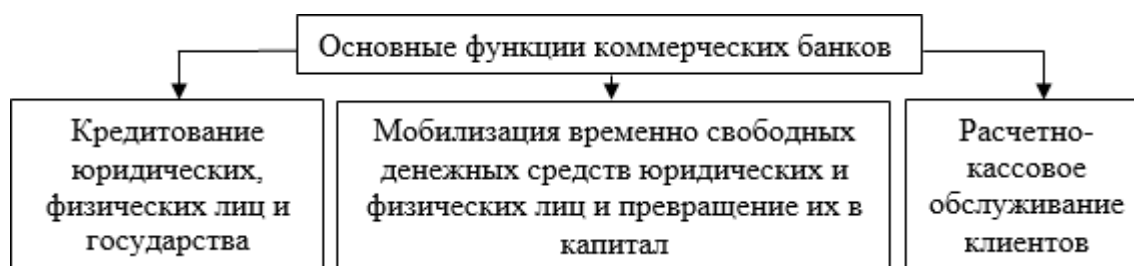
ЦБ РФ подотчетен Государственной думе, которая назначает и освобождает Председателя Банка и членов Совета директоров (12 членов на 4 года).

Банк России образует единую централизованную систему с вертикальной структурой, в которую входят центральный аппарат, территориальные учреждения, отделения на местах (не имеют статуса юридического лица).

Коммерческий банк- кредитное учреждение, осуществляющее банковские операции для юридических и физических лиц. Основная цель их деятельности – получение прибыли, которая образуется из разности процентов, взимаемых с клиентов и выплачиваемых им по банковским операциям, а также за счет комиссионных сборов за оказываемые услуги. Коммерческими называются все без исключения организации банковской системы страны, оказывающие частным и юридическим лицам банковские услуги. К этим услугам относятся (рис.2):

Рисунок 2–Основные функции коммерческих банков

По характеру деятельности коммерческие банки подразделяют на универсальные и специализированные (рис.3).



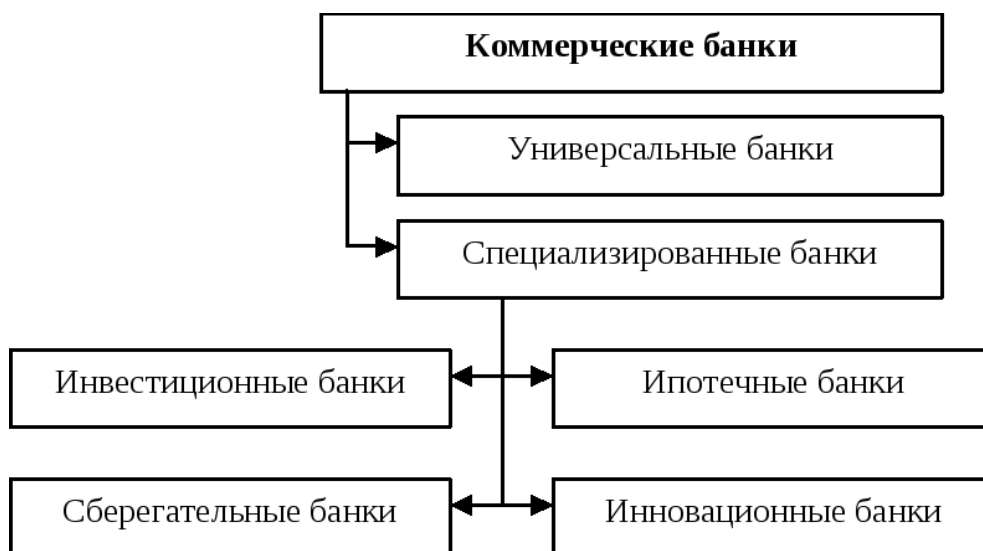


Рисунок 3–Виды коммерческих банков

В российской банковской системе преобладают универсальные коммерческие банки. Все операции коммерческого банка можно разделить на три основные группы (рис. 4):



формированию ресурсов банка. К ним относятся: прием вкладов и депозитов (до востребования, срочных, сберегательных) от юридических и физических лиц; открытие и ведение расчетных и иных счетов юридических лиц; получение межбанковских кредитов; эмиссия инвестиционных ценных бумаг.

Активные операции – операции по размещению финансовых ресурсов. К ним относятся: кредитование; банковские инвестиции; приобретение ценных бумаг, учет векселей.

Активно-пассивные операции – комиссионные, посреднические операции, выполняемые банками по поручению клиентов за определенную плату – комиссию. К ним

относятся: расчетно-кассовое обслуживание клиентов; посреднические операции с ценными бумагами, иностранной валютой по поручению и за счет клиентов; выдача поручительств за третьих лиц, предусматривающих исполнение обязательств в денежной форме; траст–доверительное управление активами клиентов по доверенности в течение определенного периода; факторинг–приобретение права требования от третьих лиц исполнения обязательств в денежной форме; лизинговые операции–долгосрочная аренда техники и оборудования; осуществление операций с драгоценными металлами и драгоценными камнями.

Современное состояние Банковского сектора характеризуется следующими показателями. Число действующих кредитных организаций представлено в таблице 1.

Таблица 1. Количество кредитных организаций России

Показатель	1.01.22	1.01.23	1.10.23	1.11.23	1.12.23
Действующие кредитные организации – всего, из них:	370	361	360	360	360
Банки	335	326	324	324	324
- с универсальной лицензией	232	225	224	224	224
- с базовой лицензией	103	101	100	100	100
Небанковские кредитные организации	35	35	36	36	36
Кредитные организации, зарегистрированные Банком России, но еще не оплатившие уставный капитал и не получившие лицензию (в рамках законодательно установленного срока)	0	0	0	0	0
Кредитные организации, лицензии у которых отозваны с начала года	26	3	0	0	0
Кредитные организации, лицензии у которых аннулированы с начала года	6	3	0	0	0
Кредитные организации, реорганизованные с начала года	5	6	3	3	3

В российском финансовом секторе по объему активов по-прежнему доминируют кредитные организации, несмотря на присутствие значительного количества некредитных финансовых организаций (НФО). Отношение активов кредитных организаций к ВВП за 2022 год почти не изменилось и на 01.01.2023 составило 89,0%.

В целом за 2023 год корпоративные кредиты выросли на 20,1%, что значительно превышает результат 2022 года (14,3%). Такой активный рост обусловлен несколькими факторами: финансированием текущей деятельности и реализация новых инвестиционных проектов в рамках трансформации экономики; финансированием сделок по выходу нерезидентов из российских активов (~0,5 трлн руб.) и продолжение замещения внешнего долга (~2,5 трлн руб., преимущественно в 1п23); проектным финансированием строительства жилья (годовой прирост составил +1,4 трлн руб.

По предварительным данным, ипотека выросла на 2,9% 3, несмотря на ужесточение условий по льготным программам и рост рыночных ставок. В декабре выдано 785 млрд руб. ипотечных кредитов (умеренные +8%) против 726 млрд руб. в ноябре. Основной вклад внесли кредиты с господдержкой: банки выдали их на 655 млрд руб. (+21% к 540 млрд руб. в ноябре), в том числе на фоне анонсированных решений по ужесточению условий госпрограмм. Выросли выдачи как по «Льготной ипотеке» (до ~280 млрд руб. с 233 млрд руб. в ноябре), так и по «Семейной ипотеке» (до ~284 млрд с 241 млрд руб.). Выдачи рыночной ипотеки сократились на заметные 30% к ноябрю и составили 131 млрд рублей.

Несмотря на санкционное давление, по итогам 2022 года банковский сектор получил небольшую прибыль – 203 млрд рублей (рентабельность капитала – 1,8%), что существенно ниже прибыли, заработанной банками в 2021 году, – 2,4 трлн рублей (рентабельность капитала – 21%).

Закончить год с прибылью смогли свыше 270 банков, их доля в активах сектора снизилась до 77%. В 2022 году в условиях санкций чистую прибыль существенно снизил рост резервных отчислений – в пять раз по сравнению с прошлым годом (2,5 трлн

рублей, включая 0,6 трлн рублей корректировок по МСФО 9, против 0,5 трлн рублей в 2021 году). Кроме того, негативное влияние на прибыль оказал убыток по операциям с иностранной валютой и драгоценными металлами, в том числе с производными финансовыми инструментами (ПФИ) (-0,4 трлн рублей за 2022 год против дохода в 0,1 трлн рублей за 2021 год), сформировавшийся из-за отрицательной валютной переоценки.

Хотя российская экономика и финансовая система прошли тест на устойчивость, в банковском секторе тем не менее проявились определенные уязвимости, в том числе новые риски, которые текущее регулирование ограничивает недостаточно эффективно. Новые условия ставят перед экономикой амбициозные задачи по структурной адаптации, для решения которых нужны новые подходы, в том числе в области банковского регулирования.

Необходимо совершенствование банковского регулирования и планирования ключевых изменений на ближайшую и среднесрочную перспективы. Определяются стратегические цели регулирования банковской системы:

- Повышение устойчивости банков (в свете реализовавшихся рисков, а также потенциальных новых вызовов), возврат к накоплению буферов и поддержание финансовой стабильности, защита интересов кредиторов и вкладчиков.

- Развитие кредитования, а также поощрение такой его структуры, которая будет способствовать долгосрочному улучшению профиля банковских рисков. Например, достижению этой цели будет способствовать финансирование приоритетных проектов по обеспечению технологического суверенитета и структурной адаптации экономики.

- Развитие конкуренции для повышения эффективности банковского бизнеса, повышение качества банковских продуктов и услуг для клиентов, снижение общественных издержек в связи с функционированием банковского сектора.

- Снижение избыточной регуляторной нагрузки, в том числе за счет оптимизации банковской финансовой отчетности.

Список использованных источников:

1. Статистические данные банковской системы РФ // <https://www.cbr.ru/statistics/bank>
2. Перспективы направления развития банковского регулирования и надзора // https://www.cbr.ru/Content/Document/File/143838/dbra_20221227.pdf
3. Годовой отчет Банка России за 2022 год // https://www.cbr.ru/Collection/Collection/File/43872/ar_2022.pdf
4. Кислова Д.А., Чернявская Е.Ю. Развитие банковского сектора на ближайшую перспективу в условиях экономического кризиса в современной России // Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоград-ского института бизнеса. Волгоград: Изд-во «Прин-Терра».- 2016.- № 4 (37). С. 98-101.
5. Чернявская Е.Ю. Банкострахование в развитии финансового рынка в России // Управление развитием крупномасштабных систем MLSD'2019 Материалы двенадцатой международной конференции. Под общей редакцией С.Н. Васильева, А.Д. Цвиркуна. 2019. С. 557-560.

БИЗНЕС- ПРОЕКТ МЫЛО ДЛЯ БРОВЕЙ "LAMBROW"

Пятак Полина Олеговна

*Руководитель: Дорошева Екатерина Валерьевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

Основная цель проекта: получение дохода по средством изготовления продажи косметического мыла для фиксации, укладки и моделирования бровей.

Задачи проекта:

- получение прибыли по средствам изготовления уходовой косметики для фиксации, укладки и моделирование бровей.

Виды:

- **Мыло для фиксации бровей LOVELY 18 г /**
- **Мыло для укладки бровей PermanentLash&Brow 5 мл**
- **Паста для моделирования бровей byAlinaShakhova 15 г**

Организационно - правовая форма **Индивидуальное предпринимательство**. Для регистрации ИП нужно подготовить пакет документов:

- ИНН.
- Заявление на регистрацию в качестве ИП по форме Р21001.
- Квитанцию, подтверждающую оплату госпошлины.
- Копии всех страниц паспорта.

В заявлении необходимо указать ОКВЭД. В качестве основного кода ОКВЭД 20.42 - Производство парфюмерных и косметических средств

Дополнительным станет Код ОКВЭД 47.75 - Торговля розничная косметическими и товарами личной гигиены в специализированных магазинах.

При регистрации ИП дополнительно подается заявление о переходе с основной системы налогообложения на специальные режимы: УСН.

Финансирование проекта осуществляется путем Личных накоплений – 400 000 р. **Сумма стартового капитала: 400000 руб.**

Срок реализации проекта осуществляется с момента регистрации бизнеса.

Срок окупаемости проекта: 3-4 месяцев

Общий ожидаемый экономический эффект от реализации проекта за условный жизненный цикл - 500 000 руб.

Основные этапы запуска бизнеса:

5. Регистрация ИП
6. Покупка оборудования

2. Социальная значимость проекта

Гель, тушь, карандаш, пудра, тинт, воск, крем — богатый арсенал с пометкой «для бровей» давно прижился в бьюти-индустрии. Но в свете новых трендов ассортимент требует доработки. Для «модного приговора» бровям, оказалось, не хватает мыла. Правда, не обычного, а специального: его функция не гигиена, а долговременная укладка. Помнишь эффект соболиных, зачесанных наверх бровей? Раньше на такое была способна процедура ламинирования. А теперь уложить брови можешь самостоятельно, «намылив» их.

Истоки мыльной укладки бровей растут из Голливуда. На заре популярности американской киноиндустрии в грим шло все, что помогало добиться нужного результата. Брови актеров «мылили» для стойкого эффекта густоты. Потом в культ возвели тонкие дуги, и необходимость в применении сильной фиксации отпала. Сегодня широкие естественные брови снова вошли в моду, а вместе с ними и броу-укладка. И тут вовремя подсуетились британские визажисты, эта страна стала пионером в официальном профпроизводстве мыла для бровей, выпустив в свет бренд WestBarnCo.

Многие косметические марки уцепились за эту идею, и сегодня рынок производителей мыла для бровей вырос в несколько раз. Блогеры и звездные визажисты тоже не оставили browsoar без внимания, чем задали хороший темп для растущего рейтинга (правда, на Западе).

К мылу ручной работы все чаще обращаются вегетарианцы и веганы – они не приемлют любого насилия над животными, и отказываются пользоваться мылом с применением животного жира. Это дает возможность работать с такими сообществами, размещать рекламу в вегетарианских кафе и ресторанах, предлагать свою продукцию в специализированных «зеленых» магазинах.

3. Финансово - экономическое обоснование проекта

Рынок мыловарения для фиксации, укладки и моделирования бровей в России достаточно молод и позволяет начинающим бизнесменам строить полномасштабное и успешное производство.

Среди конкурентных преимуществ косметических мыл для бровей можно выделить:

- Уходовое средство
- Удобный интернет каталог
- Легкость и доступность доставки
- Натуральное сырье
- Стайлинговое средство
- Активное регулярное использование различных каналов рекламы.

Маркетинговый план

Существует несколько **способов сбыта продукции** мыловарни для фиксации, укладки и моделирования бровей:

- Работа с парфюмерными магазинами косметики.
- Работа с аптеками.
- Интернет-магазины
- Создание собственной группы в социальных сетях.

Чтобы бизнес приносил максимальную выгоду, будем использовать все каналы продаж. В будущем планируется, также работать и с оптовыми фирмами: наличие нескольких договоров поставок мыла мыловарни для фиксации, укладки и моделирования бровей оптом позволит развивать свой бизнес и увеличивать масштабы производства.

В настоящее время **Основные конкуренты** – домашние мыловарни, работающие без сертификатов качества в домашних условиях.

Мыло ручной работы стоит дороже, поэтому рынок сбыта имеет свои особенности. Чаще всего такое мыло продается отдельной серией, упор делается на его необычный внешний вид и органические материалы, используемые в производстве.

Еще один способ расширить географию продаж – сотрудничество с популярными интернет-магазинами. Чтобы идея была прибыльна и для владельцев этих порталов, можно предложить им процент с каждой продажи.

Чем больше точек сбыта будет иметь бизнес, тем больше возможностей будет для наращивания темпов производства и увеличения доходов. Продукция уникальна и качественна – поэтому она быстро найдет своего клиента и сможет закрепиться на рынке.

Производственный план

Для того, чтобы производство стало массовым, а бизнес доходным, необходимо запустить процесс, способный выпускать до 600 килограмм готового продукта в месяц. Поэтому рекомендуется оборудовать под мыловарню небольшой цех. Для старта потребуется помещение в 30-40 квадратных метров: этого будет достаточно для того, чтобы установить оборудование и подготовить место для застывания и хранения готового продукта.

Базовое оборудование для производства мыла

- Мощная плита (газовая или электрическая).
- Металлические емкости для варки мыла.

- Смесители для перемешивания масс
- Формы для отливания мыла.

Помещение необходимо условно разделить на 2 зоны: в первой будет осуществляться непосредственно процесс приготовления мыла, во второй будут размещаться формы до момента полного застывания мыла. Чтобы процесс был комфортным, следует оборудовать помещение специальными полками и вариациями системы хранения.

В нашем случае аренда помещения не требуется, так как будет осуществляться в домашних условиях и предполагает только оплату коммунальных условий в размере 10 000 руб.

К дополнительным расходам следует добавить косметический ремонт и планировку помещения 30000 рублей.

Базовое оборудование для производства мыла	Количество	Цена (тыс.руб)	Общая стоимость (тыс.руб)
Баня водяная «Stegler WB-4»	1	16990	16990
Плита	1	15000	15000
Формы и прочие инструменты	В ассортименте	10000	10000
Мыльная основа	10 кг	4350	4350
Масло «Ши»	5 шт	3360	3360
Масло «Усьмы»	3 шт	1089	1089
Жестяная баночка	100 шт	3600	3600
	Итого:		54 389

Производственный цикл: первоначальный объем выпускаемой продукции – 150 шт. в месяц, длительность производственного цикла- 13-24 ч.

Процесс производства: с 8:00-22:00 ч. В зависимости от поступления заказов

Сырье – это главная статья расходов бизнеса по производству мыла. От того, насколько качественным будет исходный материал, зависит качество и самого мыла: если планируется производство элитного мыла с высокой стоимостью, необходимо использовать только натуральные дорогостоящие масла и прочие добавки. Они увеличивают себестоимость продукции, однако в линейке производимых мыл на мыловарне должен присутствовать и такой продукт.

- Мыльная основа – 10000 рублей (для производства 60 кг мыла в месяц).
- Косметические масла и пр. добавки – 15 000 рублей.
- Упаковка – 20 0000 рублей.

Упаковка товара – один из ключевых аспектов успешного сбыта товара. Мыло ручной работы чаще всего покупается в качестве подарка или сувенира, а потому внешний вид и его упаковка играют важную роль.

Организационный план:

На первых порах потребуется 1 человек, который будет заниматься варкой мыла и упаковкой готовой продукции. Расходы на 30 000 тысяч рублей в месяц.

Должность	Оклад	Количество
Изготовитель	30000	1
ФОТ оплаты труда	360000	

Отчисления во внебюджетные фонды составит 108 720 руб. в год

Финансовый план

Чтобы открыть собственное производство, на старте понадобится от 400 000 тыс. руб. Деньги пойдут на натуральные компоненты, оборудование, рекламную кампанию.

Также каждый месяц нужно будет оплачивать расходные материалы, коммунальные услуги.

Прибыль зависит от количества клиентов и стоимости продукта.

Средняя стоимость одного продукта – 300- 650 рублей. Для получения стабильного дохода на начальном этапе ежемесячно необходимо продавать по 550 шт. уходовой косметики разного вида. Планируемый ожидаемый первоначальный доход 252500 руб.

УСН «Доходы» 6% - 15 150 руб.

Расходы ежемесячные	Сумма
Заработная плата	30 000 руб.
Ежемесячные выплаты в внебюджетные фонды	9 060
коммунальные услуги	10000
Мыльная основа	100 000
Косметические масла и пр. добавки	15 000
Упаковка	20 0000
Затраты на открытие	10 000
Итого:	194 060

Таким образом, стартовые затраты на организацию бизнеса составят 194 060 рублей. Учитывая, что в месяц при таких расходах будет производиться около 60 кг мыла, себестоимость 1 формы фиксации, укладки и моделирования бровей составит 160 рублей.

Ожидаемая чистая прибыль – 43 290 рублей

Срок окупаемости 3 мес.

4. Практическая значимость

В проекте обоснована целесообразность создания компании по получению дохода по средством изготовления продажи косметического мыла для фиксации, укладки и моделирования бровей, проанализирована возможность проникновения на рынок и занятия там своих позиций, сделаны все необходимые финансовые расчеты. Работа представлена на Всероссийский конкурс бизнес-проектов школьников и студентов колледжей

5. Ожидания и риски в реализации проекта

Существует несколько сложностей, сопряженных с бизнесом по производству и продаже мыла для фиксации, укладки и моделирование бровей :

- Прохождение сертификации.
- Соблюдение рецептуры и качества продукции.
- Налаживание каналов сбыта.

Процесс прохождения сертификации может занимать до нескольких месяцев – это достаточно долгая процедура, требующая досконального соблюдения всех норм госконтроля. Однако избежать его не удастся – мыло, приготовленное без наличия сертификата качества, не будет принято на продажу ни в один серьезный магазин и тем более аптеку.

При несоблюдении рецептуры приготовления мыла или неправильном хранении оно может потерять свои качества и внешний привлекательный вид. При недостатке ароматизаторов и нарушении пропорций в мыле может присутствовать посторонний запах прогорклого свиного жира или других его компонентов.

Но главная опасность ждет мыловаров во время поиска клиентов на свою продукцию. Рынок мыла ручной работы достаточно специфичен, российский потребитель не до конца изучил свойства и преимущества такого мыла, а потому оно нуждается в дополнительной рекламе. Необычные формы, цвета и украшения на мыле помогают решить эту проблему.

Итак, основные риски выделим следующим образом!

Риск: сложности в оформлении документов.

Решение: обратиться к специалисту по сертификации.

Риск: сложности со сбытом.

Решение: диверсифицировать каналов сбыта, пересмотреть маркетинговую стратегию.

Риск: сезонность спроса.

Решение: подготавливать запасы к высокому сезону, ориентироваться на местные мероприятия в низкий сезон, делать акцент на постоянных клиентов (кто покупает для себя)

Риск: высокая конкуренция.

Решение: разработать уникальное торговое предложение, ясно позиционирование, отстраниться от конкурентов, работать с лояльностью аудитории в интернете.

Список использованных источников:

1. Кузьмина Д. В., Чернявская Е.Ю. Особенности реализации положений бизнес - плана сети цифровых магазинов «ЦИФРО HOUSE // От финансовой грамотности к финансовому благополучию: опыт, проблемы, вызовы. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции для школьников и студентов Том I (Уфа, 26 октября 2019 г.) – Уфа : ООО «Первая типография», 2019.- С.99-101

2. Молостова А. В., Чернявская Е.Ю. БИЗНЕС – План гончарной мастерской «Мир керамики» // От финансовой грамотности к финансовому благополучию: опыт, проблемы, вызовы. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции для школьников и студентов Том I (Уфа, 26 октября 2019 г.) – Уфа : ООО «Первая типография», 2019.-С.101-104

3. Пруглова Е. С., Чернявская Е.Ю. Разработка бизнес-плана магазина детской одежды // От финансовой грамотности к финансовому благополучию: опыт, проблемы, вызовы. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции для школьников и студентов Том I (Уфа, 26 октября 2019 г.) – Уфа : ООО «Первая типография», 2019.-С.104-107

4. Тараканова Н. И., Чернявская Е.Ю. Бизнес – план мобильного планетария // От финансовой грамотности к финансовому благополучию: опыт, проблемы, вызовы. Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции для школьников и студентов Том I (Уфа, 26 октября 2019 г.) – Уфа : ООО «Первая типография», 2019.-С.107-111

СОСТОЯНИЕ ЭКОНОМИКИ И ФИНАНСОВОГО СЕКТОРА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Семенова Виктория Андреевна,
Руководитель: Авдухина Елена Ивановна
АНПО «Академический колледж», Волгоград

В 2022 году резкое ухудшение геополитической ситуации стало основным фактором, влияющим на экономику России. Введение санкций запустило масштабные преобразования практически во всех сферах экономической деятельности. Закрытие значимых рынков сбыта основных экспортных российских товаров, запреты и ограничения на поставку потребительских и промышленных товаров в Россию привели к необходимости переориентирования торговых каналов.

Из-за введенных санкций экономическая активность замедлилась. Наиболее значительным было снижение добавленной стоимости в торговле. Перебои поставок оборудования и комплектующих привели к сокращению производства в обрабатывающей промышленности.

Однако постепенно предприятия стали налаживать новые деловые связи, находили новых партнеров. Поддержку выпуску оказывали устойчиво растущий строительный сектор и сельское хозяйство благодаря рекордному урожаю. Начались восстановительные процессы.

Уже к середине года вслед за оживлением экономической активности спрос на рабочую силу практически вернулся к докризисным значениям, а по итогам 2022 года численность занятых в экономике на 0,4% превысила уровень предыдущего года.

Российская финансовая система представляет собой сложную сеть финансовых институтов и регуляторов, регулирующих движение денег и финансовых активов в России. Центральный банк России, также известный как Банк России, является центральным банком страны и отвечает за регулирование финансовой системы. Он определяет денежно-кредитную политику, осуществляет надзор за банковским сектором и управляет валютными резервами России. В российской финансовой системе активно работают и ряд других финансовых институтов, в том числе коммерческие банки, страховые компании, пенсионные фонды, инвестиционные фонды, а также составляют следующие фонды денежных средств и соответствующие им правовые институты:

- Государственные внебюджетные фонды;
- Бюджетная система, состоящая из федерального бюджета, бюджетов субъектов Федерации и бюджетов органов местного самоуправления;
- Фонды страхования;
- Фондовый рынок;
- Государственный кредит;
- Финансы хозяйствующих субъектов;

Финансовая система РФ постоянно осуществляет анализ проблем и поиск их решения для дальнейшего развития. В 2022 году российская экономика вступила в фазу масштабной структурной перестройки. Она стала следствием беспрецедентных внешних торговых и финансовых ограничений. Существенное внимание уделяется обеспечению финансовой стабильности. В конце февраля – марте Банк России принял масштабные антикризисные меры. В сочетании с накопленным запасом прочности и слаженной работой финансовых организаций они позволили сохранить устойчивость всей финансовой системы в острой фазе кризиса.

Продолжая цикл повышения ключевой ставки, начатый в марте 2021 года, Банк России в феврале увеличил ее до 9,5% годовых. После введения санкций в феврале – марте 2022 года ситуация резко изменилась: упал курс рубля, снизился выпуск ряда товаров и сократился импорт, люди кинулись в магазины, опасаясь роста цен. Повышение ключевой ставки с 9,5 до 20% годовых предотвратило нарастание рисков не только для ценовой, но и финансовой стабильности. В конце 2021 – начале 2022 года в России и в мире происходило ускорение инфляции. На пике в апреле годовая инфляция достигла 17,8%. Рассмотрим динамику инфляции с 2019-2022 года:



Рисунок -1. Динамика уровня инфляции в России с 2019 по 2022 гг.

В 2019 году инфляция по данным Росстата составляла 3,05%, такое значение считается умеренным. Далее, начиная с 2020 года, наблюдался стабильный рост уровня инфляции в России вплоть до 2022 года. В 2020 году уровень инфляции в России составил 4,91%, в 2021 – 8,39% и в 2022 – 11,94%. Такое изменение объясняется пандемией COVID-19 в 2020 - 2021 годах и началом спецоперации, и, как следствие, наложением санкций на Россию в 2022 году.

Инфляция может оказывать положительное и отрицательное влияние на экономику страны. Умеренный уровень инфляции может стимулировать национальную экономику, поскольку он способствует повышению потребительского спроса и инвестиций. Однако, высокий уровень инфляции способствует снижению покупательной способности населения, что в свою очередь приводит к уменьшению потребительского спроса и, как следствие, снижает уровень производства и занятости. Также повышение уровня инфляции может привести к ухудшению социального благополучия в стране, поскольку из-за высоких цен люди не могут позволить себе купить необходимые для жизни товары и услуги.

Валовый внутренний продукт (ВВП) — это рыночная стоимость всех произведенных в стране товаров и услуг для конечного использования, то есть предназначенных для потребления, а не для производства других товаров или услуг. Это совокупная стоимость всего, что произвели в стране. В экономике его могут рассчитывать, как по доходам (все, что заработали все субъекты), так и по расходам (все, что они потратили). Но главное – что его колебания показывают, какова реальная ситуация в экономике страны. Рассмотрим динамику России по расчетам Росстата, говорить мы будем за 2022 год.



Рисунок -2. Объем ВВП за 2022 год в текущих ценах

Объем ВВП за 2022 год в текущих ценах достиг 151,4556 трлн рублей. Индекс-дефлятор ВВП вырос на 14,3% по сравнению с предыдущим годом. В 2021 году российская экономика, согласно последней оценке Росстата, выросла на 5,6%. Расходы на конечное потребление снизились на 0,6% за счет расходов домашних хозяйств (-1,8%) в результате сокращения спроса на непродовольственные товары. Расходы на конечное потребление сектора государственного управления выросли на 2,8% за счет коллективных услуг. Валовое накопление сократилось на 3,2% за счет снижения прироста материальных оборотных средств. Рост валового накопления основного капитала и ценностей составил 5,2%. Структура основных компонентов ВВП в 2022 году относительно 2021 года сместилась в сторону увеличения доли чистого экспорта (с 9,3% до 12,8%) за счет существенного превышения цен экспортируемых топливно-энергетических продуктов над ценами импорта. Доля внутреннего конечного спроса сократилась: расходов на конечное потребление - с 67,3% до 65%, валового накопления - с 23,4% до 22,2%", - поясняют в Росстате. Делаем вывод, что ВВП в России растет быстро, но значительная часть его роста была связана с ростом цен – тогда как физически объем производства увеличился не так сильно.

В целом российский финансовый сектор продемонстрировал высокую устойчивость в условиях санкций и продолжал выполнять свою посредническую функцию в экономике. Банковскому сектору удалось завершить год с небольшой прибылью – 203 млрд рублей. Это стало возможным благодаря постепенному восстановлению основных доходов на фоне снижения ставок и оживлению экономической активности во втором полугодии. На страховом

рынке в разных сегментах наблюдалась разнонаправленная динамика, но в основном ситуация оставалась стабильной. Совокупная величина страховых премий за 2022 год выросла по сравнению с предыдущим годом на 0,5% и составила 1816,7 млрд рублей.

Динамика курса рубля в 2022 году складывалась преимущественно под влиянием санкционных ограничений и их последствий. Реальный эффективный курс рубля к иностранным валютам в I квартале 2022 года снижался из-за роста геополитической напряженности и начала ужесточения торговых и финансовых ограничений в отношении России.

На 1 января 2023 года, согласно международным критериям, долговая нагрузка на российскую экономику сократилась: отношение внешнего долга к ВВП снизилось до 16,7% (на начало 2022 года – 26,2%), а внешних долговых обязательств органов государственного управления к ВВП – до 2,0% (на начало 2022 года – 3,4%).

Развитие российской финансовой системы имеет долгую и сложную историю, некоторые ключевые вехи которой охватывают несколько столетий. Роль финансовой системы сводится к правовому регулированию финансовых отношений, то есть с помощью финансовой системы можно контролировать эффективность и соответствие правовой формы экономическому содержанию. Кроме того, с помощью финансовых отношений осуществляется влияние на темпы и пропорции социально-экономического развития страны.

Проанализировав динамику финансов, можно смело заявить, что от состояния финансовой системы полностью зависит уровень жизни страны. Тем самым, среди основных перспективных направлений развития финансовой системы РФ можно выделить следующие: развитие и регулирование финансового рынка, повышение доступности финансовых ресурсов, инструментов и услуг, ужесточение требований к деловой репутации владельцев финансовых организаций, поддержание устойчивости финансового сектора, повышение финансовой грамотности населения Российской Федерации. Для стабильного функционирования финансовой системы Российская Федерация должна стимулировать развитие производства внутри страны, контролировать все денежные потоки, создавать благоприятную среду для привлечения инвесторов.

Список использованных источников:

1. Статистические данные банковской системы РФ // <https://www.cbr.ru/statistics/bank>
2. Перспективные направления развития банковского регулирования и надзора // https://www.cbr.ru/Content/Document/File/143838/dbra_20221227.pdf
3. Годовой отчет Банка России за 2022 год // https://www.cbr.ru/Collection/Collection/File/43872/ar_2022.pdf
4. Беликова Е.В., Шамрай-Курбатова Л.В., Чернявская Е.Ю. Инструменты мониторинга финансовой безопасности населения // Бизнес. Образование. Право. 2021. № 1 (54). С. 198-203.
5. Ерофеев А.В., Чернявская Е.Ю. Особенности регулирования финансово-экономических отношений в современной России в условиях применения ограничений в 2020 году, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19 (на примере Волгоградского региона) // Актуальные социально-экономические проблемы развития общества в России и за рубежом: материалы III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Волгоград, 26 ноября 2021 года. // Волгоградский институт бизнеса. . – Волгоград; Саратов: Амирит, 2021. – С.629-633

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В МОБИЛЬНОЙ РАЗРАБОТКЕ: ТЕНДЕНЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ

*Дорогая Элла Павловна
Руководитель: Слепова Оксана Сергеевна
АНПО "Академический колледж", Волгоград*

Мобильные приложения находятся на пике технологической революции. Они есть практически у каждого сервиса или компании: от ритейла до финансов. Связано это с растущим спросом на мгновенный и мобильный доступ к контенту что привело к увеличению спроса на все более сложные мобильные приложения, расширение функциональных возможностей. В этом сейчас играет наибольшую роль технологический прорыв 2020 года, начало интеграции искусственного интеллекта (ИИ). Являясь значительным вкладом для создания приложений интуитивно понятным и умных. Этот технологический прорыв открывает двери для автоматизации процессов, персонализации пользовательского опыта, а также для разработки функций, которые ранее казались невозможными.

Если обратиться к статистике, то глобальный уровень использования ИИ на момент конца 2022 года составлял целых 35%, смотря на весь этот ускоренный рост интеграции ИИ и обращаясь к другим экспертам по оценке, то уже к 2026 году будет оцениваться в 9,68 миллиардов долларов. Важно понимать, что приложения на основе искусственного интеллекта используют алгоритмы машинного обучения для лучшего понимания поведения пользователей. Также предоставляет ряд функций, включая распознавание голоса, обработку естественного языка, распознавание изображений и лиц, а также прогностическую аналитику.

Важной чертой ИИ в мобильных приложениях является его способность собирать и анализировать данные пользователя, обеспечивая более индивидуализированный опыт. Он учитывает местоположение, предпочтения и даже время взаимодействия, чтобы предоставить точные и полезные рекомендации.

В нашем настоящем, искусственный интеллект играет важную роль в разработке мобильных приложений для повышения производительности и изменения концепции. Разберем тенденции, которыми пользуются почти каждый день или уже заняло привычное место в жизни:

1. Персонализация и контекстуальный анализ: искусственный интеллект прекрасно анализирует человеческое поведение чтобы понять интересы для персонализированных рекомендаций.

2. Интеллектуальная автоматизация: автоматизирует такие задачи как распознавание изображений, голосовых команд, уменьшение ошибок.

3. Предикативная аналитика: анализирует огромные объемы данных, и чтобы генерировать, например, прогнозы погоды.

4. Повышенная безопасность: AI и ML способствуют безопасности мобильных приложений.

Благодаря скорости развития искусственного интеллекта, VR, AR возникают инновационные тенденции некоторые из них уже определяют будущее развитие мобильной разработки, а другие смогли найти место уже сейчас. Приведем примеры значимых тенденции в разработке мобильного приложения:

1. Чат-бот с поддержкой ИИ - обеспечивает беспрепятственное взаимодействие с пользователями, ближайший пример нашей повседневной жизни - это чат-бот в мобильном приложении «Госуслуги».

2. Распознавание эмоций - данная технология анализирует и понимает настроение

пользователя, изучая выражение лица, голоса и текстовый ввод. Это может помочь разработчикам в повышении вовлеченности в приложение.

3. Предиктивный ввод текста - это система делает ввод текста более быстрым и точным.

4. Компьютерное зрение: используя ИИ мобильные приложения могут распознавать и интерпретировать визуальный ввод, прокладывая путь к новым сценариям использования, таким как поиск изображений, визуальный шопинг и отслеживание объектов.

5. Интеграция AR и VR: ИИ играет решающую роль в улучшении возможностей дополненной реальности (AR) и виртуальной реальности (VR) в мобильных приложениях.

Выше были рассмотрены тенденции, используемые уже сейчас и те что, будут внедряться в жизнь обычных пользователей информационных систем. Они могут использовать различные подходы такие как: коллаборативная фильтрация, контентная фильтрация, гибридные подходы.

Однако, помимо всех преимуществ, существуют и вызовы. Например, постоянно меняющиеся требования пользователей могут создавать необходимость постоянного обновления и улучшения ИИ в приложении. Это требует значительных ресурсов и внимания к деталям.

Более того, вопросы конфиденциальности данных и этики также важны. Сбор и использование данных пользователей могут вызывать опасения относительно приватности, что требует тщательного обращения с информацией и четких правил в области защиты данных.

Кроме того, хотя ИИ способствует улучшению рекламы и маркетинга через персонализированный контент, существует риск перехода граничного восприятия потребителей, когда реклама становится навязчивой или слишком интенсивной.

И сейчас есть несколько брендов, таких как eBay, Amazon, Uber и другие, которые используют ИИ и обеспечивают исключительные результаты при разработке и сопровождении мобильных приложений. Например, при вызове такси, искусственный интеллект анализирует и посчитывает сколько будет стоить поездка, а также определяет местоположение заказчика. eBay использует ИИ для подбора рекомендаций товаров. Также теперь можно играть в шахматы с idChess, в бильярд с idBilliards, в футбол с idBall или в шашки с idDraughts. Одновременно с этим искусственный интеллект привлекают, чтобы модерировать сообщения и посты в социальных сетях и сообществах. Facebook делает это уже пять лет. За последний год социальная сеть добилась того, что ИИ успевают убрать 95% высказываний, разжигающих ненависть, еще до того, как кто-нибудь их увидит.

Генеративные нейросети часто размещаются в облаке, где доступны достаточные вычислительные ресурсы для использования крупных языковых моделей с миллиардами параметров. Именно поэтому до недавнего времени большинство мобильных приложений, основанных на генеративном искусственном интеллекте, требовали подключения к интернету для работы. Однако в конце прошлого года стало известно о появлении локальных генеративных нейросетей, включенных в устройства. Например, Google добавила такую нейросеть в Pixel 8 Pro под названием Gemini Nano. Эта нейросеть способна анализировать аудиозаписи и предлагать ответы в мессенджерах, работая без интернета и обрабатывая запросы быстро.

Для прогнозирования влияния ИИ обратимся к французскому ученому и исследователю искусственного интеллекта Яну Лекун. Он предсказывает, что в будущем ИИ-системы станут посредниками вообще во всех взаимодействиях пользователей с цифровым миром. Действительно, искусственный интеллект на глазах становится общедоступным, как когда-то Интернет или утюг.

Аналитики Gartner предсказывают, что ИИ хорошо повлияет на продуктивность программистов. Он поможет тратить меньше времени на код и больше — на стратегию. Разработчик Андрей Нестеров, который занимается компьютерным зрением для мобильных приложений, попробовал с помощью ChatGPT построить обучающий пайплайн для

классификации изображений, после чего пришел к выводу, что добиться правильного решения сложной задачи можно через череду уточняющих вопросов.

Так проводя анализ, пользователи по-прежнему хотят, чтобы мобильное приложение без лишних слов понимало, чего они ждут.

Использование искусственного интеллекта для персонализации пользовательского опыта в мобильных приложениях становится все более распространенным. Среди таких инструментов можно выделить системы машинного обучения, способные выявлять сложные связи между данными, которые трудно обнаружить традиционными методами.

Глубокие нейронные сети могут быть настроены для предсказания предпочтений пользователей, анализируя их поведение и сравнивая с аналогичными пользователями.

Для того, чтобы продолжить наблюдать за эволюцией искусственного интеллекта в мобильной разработке выделим аспекты, которые помогут увидеть различия на разных этапах развития современных технологий:

1. Как ИИ станет еще доступнее и откроет многие профессиональные инструменты.
2. Как компании и регуляторы будут стараться моделировать ИИ-контент.
3. Как будут развиваться локальные генеративные нейросети.
4. Как ИИ будет помогать разработчикам.

Список использованных источников:

1. Воронов, М. В. Системы искусственного интеллекта : учебник и практикум для вузов / М. В. Воронов, В. И. Пименов, И. А. Небаев. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 268 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-17032-0. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/544161>.
2. Новиков, Ф. А. Символический искусственный интеллект: математические основы представления знаний : учебное пособие для вузов / Ф. А. Новиков. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 278 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-00734-3. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/537348>.
3. Соколова, В. В. Разработка мобильных приложений : учебное пособие для среднего профессионального образования / В. В. Соколова. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 160 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-16868-6. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/542342>.
4. Станкевич, Л. А. Интеллектуальные системы и технологии : учебник и практикум для среднего профессионального образования / Л. А. Станкевич. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 495 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-16241-7. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/542808>.

В последние годы автоматизация в лабораториях становится нормой. При этом под автоматизацией понимается не просто компьютеризация на базе офисных приложений и электронных архивов, а построение рабочих мест, имеющих доступ к многофункциональным системам.

Информационные системы нашли своё применение в лабораторных исследованиях. Было разработано более 200 экспертных систем, это целая совокупность программно-технических средств. «Целью информационной технологии является – сократить время получения результата, доказательство поставленного диагноза, а также установить контроль за применением лекарственных средств. В начале в компьютер закладывается заданный алгоритм диагностики. За тем создается основная база данных заболеваний, симптомов, которые соответствуют определенной группе болезни. И на основе теста определяется процентное соотношение, насколько это заболевание вероятно у человека» [1, с. 170].

Рассмотрим функции компьютерной клинической лаборатории. «В лаборатории обрабатываются отбираемые биоматериалы пациента, затем он проходит подтверждение и анализирует. На основе обработанной информации врач делает медицинское заключение и при необходимости выдает справки» [2].

До того, как стали использоваться лабораторные процедуры обработки информации требовали значительного времени, ручной ввод данных о пациентах и отслеживание анализов – трудоемкий процесс. Ситуацию также усложняло и затягивало еще и то, что после завершения анализов, сотрудники должны систематизировать данные пациента и предоставить иного рода отчетности. После осуществление информационных технологий лабораторные процессы заметно ускорились. Они упростили усовершенствовали ввод данных и автоматический контроль качества. Результаты проверяются автоматически, платежная информация передается в электронном виде, есть шаблоны отчетов. Также к технологиям лабораторного тестирования подключился искусственный интеллект. Все это положительно влияет на качество результатов.

Также лабораторная диагностика генерирует огромный объём данных. Систематизация всей этой информации требует гигантских усилий. Чтобы упростить рутинный процесс, лаборатории активно используют компьютерные и информационные технологии, а именно возможности искусственного интеллекта.

Основные компоненты лабораторной информационной системы являются:

- 1) Технические средства центрального процессора, устройства ввода-вывода, запоминающие устройства, интерфейсы.
- 2) Программное обеспечение компьютерных программных средств, обеспечивающие работу технических средств и обработку информации.
- 3) Пользователя специалиста лаборатории, осуществляющего взаимосвязь с программными и техническими средствами системы и использующего возможности лабораторной информационной системой в своих целях.

Можно выделить два основных направления компьютеризации деятельности лаборатории. Первое предусматривает использование компьютеров для информационных и технологических процессов внутри лаборатории. Рассмотрим функции лабораторной информационной системы.

1) Регистрация доставленного в лабораторию биоматериала и заявок на его исследования, их распределение по частным технологическим процессам выполнения анализов, регистрация и оформление результатов исследований, оперативный и ретроспективный анализ деятельности лаборатории.

2) Автоматизация выполнения исследований, включая ввод и обработку данных, составление отчетов о загрузке оборудования. Контроль качества лабораторных

исследований, оперативное выявление и исправление ошибок, оценка точности и воспроизводимости аналитических результатов, их статическая обработка и принятие решения по этим данным.

3) Анализ и выдача результатов исследований, составление различных статических отчетов, представление информации для принятия управленческих решений по повышению качества результатов анализов.

4) Учет поступления и использования реактивов, расходного имущества.

Лабораторные информационные системы обеспечивают выполнение основных функции как при обработке данных, как и в управлении лабораторией. Компьютеры, встроенные в лабораторные приборы, выполняющие исследования, помогают анализировать первичные данные, сохранять и распространять результаты исследований, следить за их качеством, документировать лабораторные процедуры и представлять информацию, необходимую руководителям лаборатории для управления материальным снабжением и распределением рабочей нагрузки, а также для повышения производительности лаборатории.

Второе направление использования компьютеров в деятельности компьютеров в деятельности лабораторий с клиническими отделениями стационара на базе единой компьютерной информационной системы учреждения .

В зависимости от специфики исследований, выполняемых в лаборатории, там могут использовать в разных комбинациях информационные системы, такие как системы управления научными данными. Эти системы позволяют автоматически собирать в электронном виде различные аналитические данные и документацию, выполнять их экспертную оценку и хранить в течение длительного времени, с обеспечением защиты данных. Данная система также содержит инструменты эффективного поиска и доступа к данным. «Также в информационные системы входит, система управления лабораторной информации, она управляет рабочим процессом лаборатории, результатами исследований материалами, и оборудованием персоналом и многим другим аспектом деятельности лаборатории. Электронные лабораторные журналы, которые позволяют использовать не только структурные данные, но и данные в производственном формате, например электронные таблицы, химические структуры , рисунки, спектры» [3].

Основой информационных систем могут быть, системы хроматографические данных. Которые позволяют собирать и анализировать хроматографические данные, получаемые с детектора хроматографа. Чаще всего такие системы поставляются разработчиком в комплекте с хроматографом. Система управления оборудованием и обработки его результатов для специфического оборудования, которое имеется в лаборатории.

В ходе аналитического процесса оператору приходится работать с этими системами по очереди, и если системы не интегрированы между собой, зачастую приходится переписывать данные из одного из них в другой, что как минимум требует времени, а также может привести к возникновению ошибок. Для повышения эффективности работы лаборатории существует настоятельная необходимость объединения этих систем в единое информационное поле, в котором данные либо являются общими для всех систем, либо происходит обмен данных между систем.

«Когда перед лабораторией возникает задача выбора и внедрения информационной системы, в первую очередь необходимо правильно оценить потребность лаборатории: какие задачи стоят перед ней, какие есть нормативные требования к деятельности лаборатории, какое количество оборудования в ней используется, автоматизировано ли это оборудование, какой поток образцов для анализов и есть ли динамика в изменении этого потока в будущем, выполняет ли лаборатория методов анализов или занимается исследованиями и разработкой методами» [4, с. 5].

Информационные технологии играют важную роль в современных лабораторных исследованиях. Они предоставляют ученым мощные инструменты для сбора, обработки и анализа данных, что позволяет улучшить эффективность и точность привычных процессов исследования.

Список использованных источников:

1. Клименко, Е. В. Информационные технологии как средство совершенствования профессиональных компетенций в естественнонаучном образовании / Е. В. Клименко. – СПб: Реноме, 2012. – 170-173 с.
2. Вялов, С. С. Общая врачебная практика: диагностическое значение лабораторных исследований / С. С. Вялов. – Москва: МЕДпресс-информ., 2008. – 176 с.
3. Копаница, Г. Д. Врачи и информационные технологии / Г. Д. Копаница. – Москва, 2015. – №3. – 17-27 с.
4. Муравская, Н. П. Обеспечение единства измерений в области лабораторной медицины / Н. П. Муравская // Справочник заведующего КДЛ, 2015. - № 3. – 4-11 с.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

*Кузнецова Ангелина Степановна
Руководитель: Шамраева Анастасия Юрьевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

До конца 50-х годов XX века большинство лабораторных тестов выполнялись индивидуально и вручную, при этом от 15% до 30% рабочего времени персонала занимало оформление документации. По мере возрастания объема работы, требовалось предоставление результатов анализов биопроб в более короткий срок, поэтому качество результатов лабораторного анализа, выполненного с помощью ручной системы обработки, стало значительно снижаться.

В конце XX века стали интенсивно развиваться информационные технологии, которые активно внедряются в различные отрасли человеческой деятельности. Лабораторная медицина не стала исключением. Скорость получения и обработки информации сегодня является основным условием повышения качества оказываемой медицинской помощи. Эту задачу нельзя решить без использования современных компьютерных технологий, позволяющих аккумулировать информационные потоки и эффективно ими управлять. Внедрение информационно-компьютерных технологий в деятельность лабораторий клинической диагностики сегодня уже нельзя расценивать как дань моде или удел отдельных исследовательских центров. Проблема перешла в разряд одной из наиболее актуальных практических задач.

Развитие и совершенствование клинической лабораторной диагностики тесно связано с компьютерными технологиями, которые повышают общую управляемость клинической лабораторной диагностики. Во многих лабораториях информационные технологии используются для решения таких задач, как систематизация результатов анализов, подготовка отчетов о работе, архивных справок (дубликатов анализов) и многие другие задачи.

Особенностью лабораторных данных, отличающей их от большей части другой информации, используемой в медицине, является их исходное цифровое представление, удобное для машинной обработки. Большинство устройств, считывающих цифровые данные, имеют сопряжение с персональным компьютером, поэтому результат анализа может быть распечатан на принтере. В памяти современных лабораторных устройств сохраняется большое количество информации, в том числе калибровочные кривые, статистические данные контролей и образцов последних серий анализов.

Среди основных направлений внедрения информационных технологий в лабораторную практику является применение компьютеров с целью автоматизации процессов внутри лаборатории. В этом случае ЛИС выполняют следующие группы функций:

- обеспечение специалиста лаборатории информацией об исследуемой биопrobe (данные о пациенте, время взятия материала, перечень требуемых исследований и прочее);
- регистрация доставленного в лабораторию биоматериала и заявок на его исследования, их распределение по частным технологическим процессам выполнения анализов, регистрация и оформление результатов исследований, анализ деятельности лаборатории;
- автоматизация выполнения исследований, в том числе, ввод и обработка данных с автоматических анализаторов, составление отчётов о загрузке оборудования;
- контроль качества лабораторных исследований, оперативное выявление и исправление ошибок, оценка точности аналитических результатов, их статистическая обработка и принятие решений по этим данным;
- анализ и выдача результатов исследований, формирование бланков-ответов с результатами исследований на русском языке. При этом есть возможность осуществлять сортировку печатаемых отчетов, что облегчает их распределение по различным заказчикам. В отчетах, как правило, указываются результаты исследований, границы нормы каждого показателя в соответствии с нормативной группой пациента, а также маркируется отклонение показателя от нормы, что облегчает интерпретацию результатов лечащим врачом;
- учёт поступления и использования наборов реагентов, расходного материала.

Таким образом, лабораторные информационные системы обеспечивают выполнение основных функций как при обработке данных, так и в управлении лабораторией. Прежде всего, они способствуют выполнению главной задачи любого работника здравоохранения – повышению качества медицинского обслуживания за счет целого ряда факторов:

- минимизация количества ошибок при выполнении лабораторных исследований;
- сокращение времени выполнения исследований за счёт упразднения ручных операций документирования, что обуславливает оперативное поступление результатов лабораторного обследования к лечащему врачу пациента и позволяет быстрее начинать адекватное лечение;
- поддержка стандартов организации лаборатории и технологии рабочих процессов, что также влияет на качество медицинского обслуживания;
- наличие единой базы данных для пациентов и результатов их исследований.
- снижение накладных расходов медицинского учреждения за счёт уменьшения количества конфликтных ситуаций, связанных с потерей информации;
- обеспечение требований безопасности и конфиденциальности, эффективный комплекс таких мер вручную обеспечить достаточно затруднительно;
- возможность в любой момент выдать копию результата исследований без проведения повторного анализа и лишнего расхода реагентов.
- функциональные возможности ЛИС весьма многообразны, их набор в значительной мере варьируется у различных производителей.

Анализируя состояние медицинской лабораторной диагностики в России и мире, можно с уверенности констатировать прогресс в этой быстро развивающейся области медицины. Прикладной пакет программного обеспечения для автоматизации проведения анализов открывает широкие возможности перед специалистами. Тенденциями современного этапа развития являются рациональное проектирование новых и реорганизация существующих клинко-диагностических, биохимических, иммунологических и бактериологических лабораторий с учётом активного внедрения в них информационно-компьютерных технологий. Одним из условий приобретения новых анализаторов должна стать возможность их подключения к компьютеру и соответствие общепринятым стандартам передачи информации. При постановке задач на разработку лабораторной информационной системы, следует учитывать возможность ее интеграции в информационно-вычислительный комплекс

организации, причём для эффективного функционирования ЛИС требуется продуктивное взаимодействие медицинского персонала с техническими специалистами.

Развития данной технологии очень перспективно. Подобное техническое достижение облегчает труд специалиста и позволяет значительно повысить достоверность и оперативность результатов лабораторных исследований, а также назначить своевременное лечение пациентов или успешно скорректировать его результат.

Список использованных источников:

1. <https://top-technologies.ru/ru/article/view?id=32443>
2. <http://textovod.com/unique/link?url=http%3A%2F%2Fcollegiy.ucoz.ru%2Fpubl%2F53-1-0-17535&key=d78a63c0c6e662d17a249bb309a405b2>
3. www.medprom.ru
4. Основные направления в совершенствовании консультативно-диагностической службы в Москве. Плавунов Н.В. Экономика здравоохранения. – 1997. – № 6. Клинико-лабораторные аналитические технологии и оборудование / [Т. И. Лукичева и др.]; под ред. проф. В. В. Меньшикова. – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 240 с.
5. Лабораторные информационные системы - от практики до внедрения в учебный процесс. Информационные ресурсы России. – 2010. – № 6.

НОМОФОБИЯ – КАК ФОРМА МОБИЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*Артамонова Алина Александровна
Кочуров Иван Васильевич
Руководитель: Фёдорова Ольга Михайловна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Мобильные телефоны в настоящее время являются одними из самых распространенных гаджетов, используемых человечеством. Возможности, представляемые мобильными устройствами, распространяются с каждой новой моделью, выпускаемой на рынке гаджетов. Это влияет на качество, и количество времени, проводимого человеком во взаимодействии с мобильными устройствами. Частое использование телефона не всегда является целесообразным и может являться симптомом номофобии – зависимости от мобильного телефона.

Объектом исследования является номофобия как форма зависимости.

Предмет исследования – уровень проявления номофобии у обучающихся.

Цель исследования - выявить уровень развития номофобии у обучающихся.

В соответствие с целью исследования решались следующие задачи:

- рассмотреть понятие, симптомы и причины номофобии;
- провести опрос по проблеме номофобии среди обучающихся;
- выявить уровень проявления номофобии.

Термин «номофобия» (от англ. no mobile phobia – без мобильного телефона) был введен в психологический словарь для описания дискомфорта и панических настроений у человека, который по разным причинам потерял средство общения с окружающими людьми. Одно из классических определений номофобии и описывает её как состояние человека, при котором сотовый телефон становится предметом культа и человек совершает звонок ради звонка, пользуется функциями телефона не ради получения информации или какого-либо результата, а ради самого действия с мобильным телефоном. Человек при этом не всегда осознает и может объяснить причину своих действий, считая свой мобильный телефон частью и продолжением себя, чувствуя неполноценность при его отсутствии или ограничении времени взаимодействия с ним [2, с.171].

Номофобия — это аномальная зависимость от смартфона, которая вызывает приступы паники в случаях, когда телефон оказывается недоступен. Многим в нашей жизни знакомо чувство тревоги, когда рядом нет мобильного телефона или нет возможности проверять уведомления в течение долгого времени. Это легкие проявления номофобии. Распознать ее можно по признакам, которые реально обнаружить у себя практически каждому:

- волнение, нарастающее по мере снижения уровня заряда аккумулятора;
- постоянная проверка наличия новых писем, сообщений, уведомлений;
- постоянное обновление ленты новостей и чтение одних и тех же новостей «по кругу»;
- постоянное присутствие в социальных сетях, мессенджерах и прочих онлайн-платформах для общения;
- сильная боязнь испортить, потерять смартфон, забыть дома [3, с.289].

Все эти признаки часто сопровождаются явными физическими проявлениями, такими как волнение, тревога и даже нервный тик и тремор в конечностях, если в какой-то момент вдруг не окажется под рукой телефона, а человек не сможет быстро вспомнить, где он его оставил [1, с.330].

В очень тяжелых случаях возможны и долгосрочные последствия номофобии:

- усталость и бессонница;
- ослабление коммуникативных навыков;
- склонность к социопатии и нелюдимость;
- грубость и агрессия;
- снижение когнитивных способностей (память, интеллект, концентрация внимания);
- неспособность выразить свои чувства словами.

Основным методом исследования в данной работе была выбрана анкетная форма опроса по уровню проявлению номофобии у обучающихся.

В исследовании приняли участие студенты колледжа в возрасте от 16 до 17 лет в количестве 107 человек. Студентам были заданы вопросы, касающиеся их зависимости от мобильных телефонов.

В ходе опроса было выявлено, что 40,2% из числа опрошенных респондентов пользуются мобильным телефоном более 8 часов в день, 53,3% - не менее 5 часов, и лишь 6,5% пользуются телефоном не больше часа в день.

Немало важным было выявление причины использования телефона. Для учебы и поиска нужной информации используют 80% студентов, что показывает интеллектуальные способности, 50% для общения с друзьями, 12% для игр и развлечений.

На вопрос «Как часто Вы проверяете свой мобильный телефон?» почти 43,9% ответили, что каждые 10 минут, 56,1% когда приходит уведомление, сразу же проверяют.

Пойти на занятия без телефона могут лишь 64,4% респондентов.

На вопрос «Вы паникуете, если на телефоне осталось менее 20% заряда аккумулятора?» результаты показали, что 50,5% боятся, что телефон может разрядиться, 43% ответили, что это их не беспокоит, 6,5% носит с собой портативную зарядку, чтобы не испытывать трудностей и дискомфорта.

Респондентам была задана ситуация «Если ваш телефон сломался, Вы приобретете сразу новый или дождетесь ремонта?» и 5,6% указали, что будут искать временный, 42,1% пойдут приобретать новый, лишь 52,3% будут ждать телефон из ремонта.

Далее респондентам был добавлен наводящий вопрос «Вы опасаетесь потерять свой телефон?» и 93,5% ответили «да», что их жизнь будет невыносима без телефона.

Таким образом, опрос респондентов показал, что жизнь студентов, как и любого другого человека, поглощена гаджетами, большинство из них не видят свою жизнь без него. Мобильные гаджеты превратились в хозяев жизни миллионов людей. Мы не замечаем, как становимся всё более зависимы от него. Забыв его дома, мы нервничаем, тревожимся, ищем возможности вернуться за ним. Мы почти не выпускаем его из рук, отсчитывая при его помощи минуты до окончания занятия, совершенно при этом забывая о самих занятиях. Перемены заполнены музыкой, просмотром роликов, обменом «важными» для любого студента файлами,

фотографированием друг друга. А как утром встать, если нет телефона, который сможет разбудить студента. Не иметь телефон – это просто не престижно и стыдно.

Любая зависимость – нецелесообразное поведение, приводящее к саморазрушению личности. Высокие технологии стали неотъемлемой частью нашей жизни, но нужно понимать и четко осознавать, что они вошли в нашу повседневную жизнь для того, чтобы помогать, а не превращать нас в зависимых рабов техники.

Список использованных источников:

1. Галагузова, Ю. Н., Профилактика мобильной зависимости подростков в деятельности классного руководителя / Ю. Н. Галагузова, Н. Н. Лабарешных // Справочник классного руководителя. - 2020. - №1. – URL: <https://elpub.ru/elpub-article/pedobrazovanie/678> (дата обращения: 03.02.2024).

2. Городецкая, И.М. Мобильная зависимость как форма зависимого поведения современных студентов / И.М. Городецкая, И.Р. Исламгулов // Вестник Казанского технологического университета. – 2019. – №24. – URL: <https://www.semanticscholar.org/paper> (дата обращения: 28.01.2024).

3. Носкова, Н.В. Психология возрастного развития / Н.В. Носкова // Издательский центр «Академия».- 2020. – URL: <https://search.rsl.ru/ru/record/01009523284> (дата обращения: 03.02.2024).

ONLINE-УГРОЗЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Кузнецова Юлия Андреевна

Руководитель: Акимова Татьяна Игоревна

Михайловский филиал ГАПОУ

"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

В современном мире глобальная компьютерная сеть Интернет дает широкие возможности для общения, обучения, организации работы и отдыха, но в то же время представляет собой огромную опасность для пользователей из-за ежедневно пополняющихся баз данных, содержащих интересную для злоумышленников информацию о них. К сожалению, ни одна система безопасности не дает абсолютной защиты, а применение методов социальной инженерии (затрагивают чувства, личностные качества) к человеку с целью выполнения им определенных действий или раскрытия конфиденциальной информации требует от пользователя высокого уровня информационной культуры и критического мышления. В нашей работе мы хотим описать некоторые online-угрозы и способы их профилактики.

Вредоносное программное обеспечение (компьютерные вирусы и шпионские программы), распространяемые чаще всего по электронной почте или через носители информации являются исторически одними из самых первых угроз целостности и конфиденциальности информации, в этом мы видим актуальность нашей темы. Количество такого программного обеспечения (далее ПО) увеличивается ежедневно.

Ботнет — это компьютерная сеть, в которой каждое устройство с доступом в интернет заражено вредоносной программой и управляется бот-мастером. Первые ботнеты начали появляться в 2000-х, теперь их количество многократно выросло. Бот, находящийся в составе ботнета, атакует и поражает незащищенное устройство или сайт, а затем управляет им в своих целях. Так расширяется сеть и создается новый источник атак. Это может быть персональный компьютер на любой операционной системе (далее ОС), корпоративный сайт и даже умный пылесос, умная колонка или чайник. Они создаются и используются для вымогательства денежных средств, кражи персональных данных, майнинга, DDoS-атак. Сами по себе боты — это не вирусы, а набор ПО, который состоит или может состоять из вирусных программ, инструментов взлома операционной системы, брандмауэров, ПО для перехвата информации

или удаленного управления устройством. Владельцы зараженных устройств могут даже не подозревать, что их компьютер или умная колонка уже являются частью сети ботнет.

Кража/утечка персональных данных (личного адреса, телефона, фотографий, данных паспорта и банковских карт, сведений о состоянии здоровья, судимости, религиозных взглядах, биометрии и т.д.) считается одним из самых распространённых правонарушений. Несмотря на то, что персональные данные находятся под защитой законодательства, нередко происходят утечки, последствия которых сложно предсказать. Зачастую человек сам сообщает важную информацию о себе - злоумышленники, располагая первичными сведениями из открытых источников (например, из социальных сетей) выходят на предполагаемую жертву, входят в доверительный контакт и получают нужные данные. Чаще всего мошенники представляются сотрудниками банков, министерств и ведомств. После чего выманивают у владельца данные к банковским картам, пароли к аккаунтам, приложения с целью получения финансовой выгоды. Разглашение сведений о клиентах, сотрудниках и партнерах организации или попадание информации к хакерам может привести к существенным финансовым, юридическим и репутационным рискам, спровоцировать критические инциденты в сфере информационной безопасности.

Основная причина утечек – неправильная обработка и хранение данных. Могут быть как субъективные причины - сотрудники по ошибке отправили информацию на не верный адрес электронной почты, так и объективные причины - взлом базы данных, вредоносное программное обеспечение.

Фишинг — это вид кибератаки, при которой злоумышленник пытается получить доступ к личной информации пользователя, например к логину и паролю от электронной почты или данным банковской карты, манипулируя базовыми человеческими эмоциями, такими как любопытство и страх, а также используют информацию, которые смогли собрать из открытых источников о человеке. Фишинг проходит по электронной почте, SMS, в мессенджерах и в социальных сетях. Атака выглядит так: человек получает письмо или сообщение от сервисов, которым он доверяет (например, интернет-магазина, где совершал покупки), где его просят срочно обновить профиль иначе счёт будет заблокирован или возникнут другие проблемы. Если приглядеться к такому «срочному» письму, то можно заметить, что домен или номер телефона не совпадают с официальными контактами сервиса, банка или магазина. А в самом письме или сообщении будет ссылка, ведущая на копию официального сайта и если пользователь введёт там свои данные, то они попадут к мошенникам.

Кибербуллинг - это особый вид травли и преследования, который осуществляется посредством sms-сообщений, социальных сетей, размещения аудио- и видеоконтента, изображений и других порочащих материалов. Любое унижительное, оскорбительное или угрожающее сообщение, отправленное в электронной форме, является кибербуллингом. Чаще всего кибербуллеры публикуют свои оскорбления анонимно, но могут выступать и под своим собственным именем, если жертва заведомо слабее и не представляет угрозы для агрессора. У жертвы в результате появляется чувство стыда, тревоги, апатии, депрессию, что впоследствии перерастает и в суицидальные попытки. Кибербуллинг почти невозможно остановить. Агрессор, который травит жертву длительное время, в случае реального буллинга может остановиться, когда увидит уязвимость человека, его боль и страдание. Но когда все происходит в виртуальном мире, обратной связи нет: агрессору все мало и кажется, что ситуация не доведена до логического завершения.

Чтобы *пользователь* был максимально уверен в своей безопасности, он *должен использовать комплексные меры защиты*:

1. *Не оставляйте свои устройства без присмотра в общественном месте и не давайте их в руки незнакомцам* – за несколько секунд может быть осуществлен взлом, кража информации и персональных данных, «подселение» шпионских программ.

2. *Используйте надежное интернет-соединение* – старайтесь не пользоваться общественной сетью Wi-Fi в кафе и на вокзалах, т.к. вы не контролируете ее безопасность.

Если без этого не обойтись - избегайте выполнения операций с использованием персональных данных (например, не пользуйтесь услугами интернет-банка, не совершайте онлайн-покупки). Если вы заметили что ваш роутер работает с перебоями – возможно он подвергнулся атакам.

3. *Используйте надежные пароли* – длинные (от 12 символов и больше), сложные (содержит заглавные и строчные буквы, специальные символы и цифры), не очевидные (не последовательные цифры (1234) или личная информация), случайные (не содержит запоминающихся сочетаний клавиш). Могут быть полезны менеджеры паролей, помогающие создавать надежные пароли, хранить их в цифровом хранилище, защищенном единым мастер-паролем, и автоматически подставлять их при входе в учетные записи.

4. *Не используйте один и тот же пароль для нескольких учетных записей*, вы подвергаете свои данные еще большему риску, ведь, получив учетные данные от одного сайта, злоумышленники смогут войти и в другие ваши аккаунты.

5. *Регулярно обновляйте программное обеспечение*, в том числе антивирусные программы и операционную систему смартфонов, планшетов, ноутбуков и персональных компьютеров – разработчики постоянно работают над безопасностью продуктов, отслеживая последние угрозы и выпуская исправления безопасности в случае обнаружения уязвимостей в приложениях. Используйте последние версии операционных систем и приложений, чтобы не пропускать свежие обновления безопасности. Это особенно важно для приложений, содержащих платежные данные, сведения о состоянии здоровья и иную конфиденциальную информацию пользователя.

6. *Проверяйте надежность сайта* – при переходе на неизвестный сайт проверьте, защищен ли он SSL-сертификатом. Адреса таких сайтов начинаются с HTTPS вместо HTTP (буква S означает «безопасный»), а в адресной строке отображается значок замка. Другие признаки надежности сайта включают:

- ✓ грамматически правильный текст без орфографических и пунктуационных ошибок;
- ✓ качественные изображения, соответствующие ширине экрана;
- ✓ объявления, органично вписанные в структуру сайта и не перегружающие его;
- ✓ единообразное цветовое оформление и выдержанная тема;
- ✓ Согласно отраслевым требованиям, все онлайн-транзакции по кредитным и дебетовым картам должны проходить через платежный шлюз либо оплата должна осуществляться через сервис PayPal. Если вам предлагают перечислить деньги иным способом, вероятно, это мошенники.

7. *Следите, по каким ссылкам вы переходите* – избегайте определенных типов контента: ссылок из ненадежных источников, спам-сообщений, онлайн-викторин, кликбейтных заголовков, «бесплатных» предложений и нежелательной рекламы. При получении электронного письма, в подлинности которого вы сомневаетесь, не переходите по содержащимся в нем ссылкам и не открывайте вложения. Если вы не уверены в подлинности электронного письма, обратитесь непосредственно к отправителю. Например, при получении подозрительного письма якобы из вашего банка позвоните в банк и спросите, действительно ли письмо пришло от них.

8. *Убедитесь, что ваши устройства защищены*. Более половины пользователей используют мобильные устройства для совершения покупок и поиска информации в интернете чаще, чем компьютеры. Используйте не только пароли и секретные коды, но и биометрию – считывание отпечатков пальцев, распознавания лица на всех устройствах: телефонах, компьютерах, планшетах, умных часах и телевизорах и т.д. Эти меры безопасности снизят вероятность кибератаки.

9. *Регулярно выполняйте резервное копирование*. Злоумышленники и мошенники могут заблокировать компьютер и не позволять получить доступ к важным файлам. Резервное копирование данных помогает минимизировать негативные последствия атак программ-вымогателей.

10. *Будьте осторожны с загрузками.* Цель злоумышленников – заставить вас скачать вредоносную программу, которая откроет им доступ к вашему устройству. Вредоносные программы могут быть замаскированы под любое ПО, от популярных игр до приложений для фитнеса. Обычно для загрузки вредоносных программ требуется ряд действий со стороны пользователя, но встречается также заражение путем скрытой загрузки, когда веб-сайт пытается установить вредоносные программы на компьютер, не спрашивая предварительного разрешения. Загружайте контент только из надежных или официальных источников. Регулярно проверяйте папки загрузки и удаляйте неизвестные файлы.

11. *Будьте осторожны с публикациями.* В интернете нет возможности удаления опубликованной информации. Все опубликованные комментарии, изображения и личная информация могут навсегда остаться в Сети, т.к. при удалении оригинала вы не удаляете копии, которые могли сделать другие пользователи. Соблюдайте осторожность при предоставлении адреса электронной почты. Полезно иметь дополнительную временную учетную запись электронной почты, используемую исключительно для регистрации и подписки. Она должна отличаться от рабочей и личной.

12. *Будьте осторожны с онлайн-знакомствами.* Используя поддельные профили в социальных сетях, злоумышленники охотятся за неосторожными пользователями с целью кражи их средств. К социальной жизни в виртуальной среде стоит относиться с такой же осторожностью, как и в реальном мире.

13. *Перепроверяйте информацию, найденную в интернете.* В глобальной сети присутствует большое количество поддельных новостей и ложных сведений. Если вы сомневаетесь в достоверности прочитанной информации, проведите собственное исследование и установите реальные факты.

14. *Поддерживайте теплые отношения с родственниками и друзьями в реальном мире,* чтобы не раствориться в мире виртуальном и не стать жертвой или получить помощь при необходимости.

15. *Если Вы заходите в социальные сети или на почту с чужого компьютера, то не забудьте оттуда выйти.*

16. *Заведите отдельную карту для оплаты в интернете.*

17. *Скачивайте приложения на телефон только с официальных сервисов: App Store, Google Play и Windows Market.*

Список использованных источников:

1. *Безопасное использование сети Интернет.* URL: <http://creab.vyb.gov.spb.ru/stati/bezopasnoe-ispolzovanie-seti-internet/> (дата обращения: 05.02.2024).

2. *Современные угрозы в Интернете.* URL: <https://school-science.ru/8/4/42923?ysclid=lsofn758c7959308999> (дата обращения: 01.02.2024).

3. *Социальная инженерия.* URL: https://rt-solar.ru/products/solar_dozor/blog/3331/ (дата обращения: 01.02.2024).

КРЕМЛЬ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Серко Ярослав Валерьевич

Руководитель: Белопольская Виктория Автандиловна

Аркадакский филиал ГАПОУ Саратовской области

"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Аркадак

Эта операция не в одну историческую книгу. Давно не секрет, что главной целью авиации врага являлся центр управления страной – Кремль, но добравшиеся до Москвы летчики-фашисты попросту не обнаруживали свою главную цель.

В ходе составления работы была выявлена следующая цель – выяснить, как же удалось московскому правительству тщательно спрятать практически обширную территорию в 30 гектаров?

При постановке цели была мною выделена в приоритет следующая задача – определить положение Кремля в годы Великой Отечественной войны.

План по маскировке Кремля

Николай Спиридонов, будучи комендантом Московского Кремля, ещё до начала Великой Отечественной войны, выдвинул свой план маскировки главного здания страны, о чем и сообщил в записке в ЦК ВКП (б). Николай Кириллович был уверен, что при нападении авиации врага, Кремль окажется приоритетной целью. Но руководство умиротворенно отвергнуло инициативу подопечного, и когда война всё же началась, Москва сияла златоглавыми. В январе 1941 года, за 5 месяцев до начала кровопролитной войны СССР, в Москву доставили средства противовоздушной обороны, все 54 позиции, они были расставлены по периметру Кремля для отражения всевозможных ударов с воздуха.

Когда Германский Рейх официально развязал войну с Советским союзом, Спиридонов Н. К. вновь повторяет свой запрос в виде письма, на сей раз настаивая, чтобы его передали непосредственно Берия для дальнейшего рассмотрения. В своем письме он утверждает о необходимости немедленной разработки плана действий по маскировке Кремля, созданию условий, при которых будет крайне затруднительно его обнаружить противнику. К обращению также были приложены наброски Бориса Иофана, которые он разработал вкуче с группой архитекторов.

Предлагалось двигаться в двух следующих направлениях:

- Произвести демонтаж крестов, перекрасить все позолоченные детали – чтобы не блестели, кровлю и фасады перекрасить так, чтобы они визуально напоминали обычные городские кварталы;
- Воссоздать макеты, которые бы опять же создавали иллюзию обычных городских строений.

Два данных пути объединял тот факт, что созданные условия должны дезориентировать врага, чтобы он не смог в дальнейшем сориентироваться и вести огонь по отдельно стоящим зданиям.

Поспешная маскировка под натиском врага

Невзирая на настойчивость коменданта, план был предоставлен, но руководство страны вовсе не спешило прятать Кремль. К началу второго месяца войны окончательный план все же оказался разработан, благодаря которому с лица города должны «исчезнуть» особо важные объекты Москвы. Сюда входил не только Кремль, но и оборонно-промышленные заводы, водопроводные станции, а также телеграфы, нефтехранилища, мосты и так далее. Всё-таки было вынесено решение об использовании обоих вариантов маскировки.

Кремлевский дворец до маскировки и после маскировки

Абсолютно все здания Красной площади были перекрашены в схожести с жилыми домами, купола окрашены в серый, зеленые крыши тоже перекрасили в серый и разметили, как дороги. На Красной площади появились постройки из фанерных материалов, для мавзолея сшит огромный чехол.

Стены Кремля также разрисовывались под окна и подъездные двери многоквартирных домов, звезды отключили и покрыли чехлами, поверх зубцов уложили фанерные полотна, местами натянули полотнища.

Первый авианалет и его результаты

Учитывая факт маскировочного проекта, ещё не полностью оказалась завершена подготовка к первой бомбардировки. Уже спустя месяц с начала войны самолетам удалось прорваться через заслон к Москве.

Тот момент, что Москва за пятичасовые бомбардировки потеряла около 37 зданий и сохранила все ключевые позиции, наводит на мысль, что маскировка сработала. На территорию Кремля свалилось несколько бомб, но серьезный ущерб они не нанесли. Одна из упавших бомб, угодившая в Кремлевский дворец, пробила фасад крыши и, к счастью, не взорвалась. Позже на чердаке Кремля обнаружили еще одну несработавшую бомбу. Видимо, на защите Кремля стояли не только ПВО в паре с маскировкой, но и какие-то высшие силы. Еще несколько бомб оперативно обезврежены в момент после падения.

Маскировка усилилась и менялась

После первой атаки стало ясно, что отныне они будут систематически постоянными, так в принципе и произошло. Если в дневное время налетов практически не наблюдалось, то ближе к вечернему времени и вплоть до утра происходило несколько налетов. Обычно, сначала сбрасывали зажигательные бомбы, а затем, ориентируясь по освещению, скидывали фугасную бомбу. При таком методе попасть в намеченную цель практически не составляло труда, но всё же немецкие авиаторы с течением времени оцупали ориентир.

Сколько авиаударов выстояла Москва?

Кремль за весь период войны попадал под бомбардировку примерно 8 раз. Причем подавляющее большинство ударов приходилось в самом начале периода войны – в 1941 году – 5 раз, дополнительно три раза бомбили Кремль в 1941 году. Самые мощный урон здание Кремля получило в 1941 году, не обошлось и без человеческих жертв. Фашисты не особо высказывали доверие отчетам собственных летчиков о итогах авиаударов, всегда следом высылались самолет-разведчик. Так, результаты последних сравнительно различались с отчетами первых. Вопреки тому, что летчики рапортовали о разрушенных спецобъектах, снаряды часто разрушали фанерные постройки.

Парад Победы в 1945 году

Маскировка перестала обновляться и застраиваться к концу 1942 года, но окончательно снята всего лишь к параду Победы, 9-го мая 1945 года. В тот момент возвратили забальзамированное тело В. И. Ленина в Мавзолей, однако тогда ответственным лицам пришлось столкнуться с другой серьезной проблемой – краска сильно въелась в стены зданий, а особенно в купола. Поэтому для того, чтобы вернуть зданию Кремля первоначальный облик, пришлось изрядно постараться.

Итоги проделанной работы

Основываясь на всем вышесказанном, хочу подвести итог. Далеко не все решения, принятые во время войны, были столь удачными, большинство из них воспринимались тяжело, несмотря на то, что имели под собой веские основания

Список использованных источников:

1. Жуков Г.К. Воспоминания и размышления: В 3-х тт. 12-е изд. М., 1995.
2. Московский кремль в годы Великой Отечественной войны: сайт / Свободная энциклопедия – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki>. - Текст : электронный

3. *Московский Кремль в годы войны С. В. Девятков, В. И. Жилиев: сайт / Музеи Московского Кремля - URL: <https://www.kreml.ru/about-museums/world-war-2/din--professor--devyatov-s-v---kin-zhilyaev-v-i/>. – Текст: электронный.*

ПАТРИАРХАТ, МАТРИАРХАТ, ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО – ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

*Кочетова Дарья Сергеевна
Руководитель: Мозгунова Елена Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Вопрос патриархата, матриархата и равноправия является очень актуальным для нынешнего общества по ряду причин. Традиционная патриархальная система, в которой мужчины считаются правителями и имеют преимущество перед женщинами, приводит к систематическому подавлению женских прав и возникающим неравенствам. Это может ограничивать шансы женщин на полноценное участие в обществе и создает преграды для их профессионального и личностного развития.

Но распространение идеалов матриархата также вызывает дискуссии. Многие считают, что общество должно стремиться к равновесию власти между мужчинами и женщинами. Дело в том, что простая замена мужчин на женщин в роли главы государства, семьи не приведет к равноправию и справедливости.

В целом, обсуждение патриархальных, матриархальных и равноправных структур помогает нам осознать и преодолевать существующие неравенства в обществе. Развитие либеральных систем, где каждый человек имеет равные возможности и права, позволяет достичь более устойчивого и справедливого будущего для всех граждан.

Разбираясь в теме матриархата и патриархата, следует учитывать исторические, культурные и социальные контексты. Матриархат - это общество, в котором женщина играет главную роль в политической, экономической и социальной жизни. Патриархат, напротив, основан на преобладании мужской власти и контроля над ресурсами и решениями.

В разных эпохах и культурах существовали различные формы матриархата и патриархата. То есть, существуют различные модели и уровни власти, которые были присущи этим системам. Что касается современности, то стоит отметить, что большинство обществ являются гибридами этих двух систем, и преобладание одного или другого может сильно различаться в зависимости от конкретной страны, региона или культуры. Значительное влияние на эволюцию этих систем имеют феминистское движение и современные социально-политические изменения.

Цель данной работы: рассмотреть проблему соотношения в истории и в современности таких типов ментальности, как матриархат, патриархат и гендерное равенство.

Для реализации данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать содержание таких понятий, как матриархат, патриархат и гендерное равенство.
2. Проследить развитие в историческом прошлом человечества патриархата и матриархата.
3. Провести анкетирование среди студентов ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".
4. Проанализировать результаты анкетирования и сделать выводы.
5. Рассмотреть те изменения по данной проблеме, которые происходят в современном обществе и определяют его развитие.

Патриархат — это форма социальной организации, основанная на преобладании мужчин на руководящих и властных позициях. Она имеет древние корни и прослеживается в истории различных цивилизаций и культур.

С начала времен роль мужчины в обществе была представлена как главная, и именно мужчина был считан главой семьи, общества и государства. Патриархат был связан с разделением общества по половому признаку, где мужчины считались более сильными и способными управлять, а женщины отводилась роль матери и домохозяйки.

Патриархальные структуры были распространены в древних обществах, таких как древний Рим, Греция, Индия и Китай. Мужчины имели доминирующую роль в политике, экономике и общественной жизни. Многие религии и мифологии также поддерживали патриархальные структуры, например, христианство, ислам и иудаизм. Библейские тексты и другие священные писания утверждали мужское превосходство. В XIX веке промышленная революция в Европе привела к изменениям в роли мужчин и женщин, но патриархальные нормы все еще существовали.

Однако со временем патриархальная система начала меняться. Социальные и политические изменения, эмансипация женщин и борьба за равноправие привели к изменению баланса власти в обществе. Женщины активно выступали за свои права, такие, как право голоса, доступ к образованию и карьерным возможностям, и патриархальные нормы были ослаблены в некоторых областях. Это привело к постепенному смещению границ традиционных гендерных ролей и перераспределению власти. Современные семьи становятся более разнообразными. Все больше семей имеют равные партнерские отношения, где и мужчины, и женщины делят обязанности и решают вопросы вместе.

В современном обществе патриархат все еще сохраняет некоторые его элементы. Мужчины часто занимают лидирующие позиции в политике, бизнесе и других областях деятельности. Критики считают, что он является преградой на пути к полному равноправию, создает неравенство и дискриминацию. Они призывают к пересмотру гендерных стереотипов и уравниванию возможностей для обоих полов.

Тем не менее, есть и те, кто отстаивает позицию патриархата. Они указывают на традиционные ценности, солидность и стабильность, которые он может приносить в общество. Кроме того, они поддерживают идею, что каждый пол имеет свои особенности и сильные стороны, которые должны быть уважаемы и ценны.

Место патриархата в истории и современном обществе является сложным и изменчивым вопросом. Он остается предметом обсуждений и вызывает активные действия со стороны сторонников равенства полов и тех, кто поддерживает традиционные патриархальные ценности.

Матриархат — это социальная структура, которая отличается от патриархата, тем, что в матриархате женщины играют главную роль и обладают основной властью и привилегиями. В матриархате женщина занимает центральное положение.

Матриархат имеет древние корни и был широко распространен на ранних стадиях развития человечества. Он может быть связан с мифологическими формами религиозной и общественной организации, где женщины считались символами плодородия и занимали центральное место в общественной и религиозной жизни.

Наиболее известными примерами возможного матриархата в истории являются некоторые древние культуры, такие как минойское общество на острове Крит (около 2000-1400 годов до н.э.) и древнее общества в Дакии (около 4-1 веков до н.э.). В этих культурах женщины играли более заметную роль в политическом и религиозном сферах, и некоторые артефакты и культовые практики указывают на возможное матриархальное влияние.

В современном обществе мы можем наблюдать некоторые элементы матриархата, но они обычно сосуществуют с патриархальными структурами. Например, в некоторых культурах женщины могут иметь значительное влияние и авторитет в семейных и общественных делах. Однако они часто ограничены в своих возможностях и правах, особенно в отношении политической власти и экономического самоопределения.

Матриархат имеет свое место в истории и культуре человечества. Он может быть предметом изучения и обсуждения, но его реализация в чистом виде остается сомнительной. В современном обществе, где стремление к равенству женщин и мужчин становится все более актуальным, важно стремиться к обществам, где половое равенство и справедливое распределение власти станут реальностью, независимо от того, является ли общество патриархальным или матриархальным.

Равноправие - форма социальной организации, основной целью которой является стремление равенству возможностей, прав и обязанностей женщин и мужчин.

Как достичь? Первым шагом к достижению равноправия является осознание и принятие идеи, что все люди должны быть равны перед законом и иметь равные возможности для достижения своих целей. Это требует усилий со стороны законодательства и правительств, чтобы создать законы, обеспечивающие равенство и справедливость для всех членов общества:

Достижению полового равноправия могли бы способствовать: привлечение внимания к проблеме полового неравенства и формирование осознанного отношения о необходимости равноправия в обществе; поддержка и развитие женских организаций и движений, которые работают на достижение полового равноправия; борьба со стереотипами о ролях полов и устранение предрассудков.

Важно отметить, что достижение полового равноправия – это долгосрочный процесс, который требует участия всех членов общества. Совместные усилия, поддержка и взаимное уважение помогут создать более справедливое и равноправное общество для всех.

Для выявления отношения студентов Волгоградского медицинского колледжа к проблеме соотношения патриархата и матриархата в обществе было проведено анкетирование. В анкетировании приняли участие 37 студентов в возрасте от 17 до 21 года, 89,2% из которых являются девушками, а остальные 10,8% - юношами. Среди опрошенных 8,3% студентов считают, что в современном российском обществе преобладает патриархальный режим; 36,1% уверены, что в социуме есть место равноправию, а 5,6% полагают, что ситуация близка к матриархату.

Интересная информация была получена при анализе ответов на вопросы по распределению домашних обязанностей в семье. Воспитанием детей в большинстве семей занимаются оба родителя – у 54% опрошенных, 37,8% ответили, что это является прерогативой матери. У 62,2% опрошенных отец имеет наибольший доход, что может свидетельствовать о чертах патриархата.

В семьях 56,7% студентов Волгоградского медицинского колледжа мамы, сёстры и другие лица женского пола занимаются домашним хозяйством. У меньшинства (2,7%) папа следит за чистотой в доме, а остальные 40,5% утверждают, что домашние обязанности члены семьи делят поровну.

Равноправие процветает в нашем мире с каждым днём, и об этом свидетельствуют ответы опрошенных мною студентов. У 75,7% в семье преобладает равноправие, у 13,5% - матриархат, и лишь у 10,8% - патриархат. 86,5% довольны существующей моделью отношений. 94,6% хотели бы добиться равноправия в обществе. У 54,1% студентов финансовой составляющей и воспитанием детей в одинаковых полномочиях занимаются оба члена семьи.

Матриархат и патриархат - устоявшиеся, вошедшие в обиход социальные модели, которые позволяют нам понять, что случится в мире, если главенствующие позиции будут занимать либо только женщины, либо только мужчины. Помимо того, что это создаст неравенство и дисбаланс в обществе, оно также ведет к ограничению свободы и возможностей для людей.

Данной работой автор хотел бы в очередной раз показать, что обе эти структуры важны по-своему, их не стоит сравнивать или бросаться в крайности, устанавливая в мире только один, единственно-правильный, менталитет.

В данной работе раскрывается также такая важная структура, как равноправие, поскольку оно вдохновляет солидарность и сотрудничество в обществе, что способствует лучшему пониманию и уважению между различными группами людей. Это помогает строить перспективу мира, основанную на уважении прав и достоинства каждого человека. Он предлагает рамки для создания более справедливого и равноправного общества, где каждый человек имеет равные возможности и права. Реализация этих принципов может привести к более устойчивому и процветающему обществу, которое заботится о благополучии всех его членов и идет в ногу с прогрессом и эволюцией времени.

В идеальном случае равноправие способствует более справедливому распределению власти и ресурсов, и каждый член общества имеет голос и влияние на принимаемые решения. Именно равенство позволяет открыть возможность для каждого человека развиваться в соответствии со своими способностями и стремлениями. Это дает возможность обществу в целом процветать и управляться более справедливо.

Список использованных источников:

1. Василькова, В. В. *Порядок и хаос в развитии социальных систем: Синергетика и теория социальной самоорганизации*. СПб.: Лань, 1999. – 480 с. <https://cyberleninka.ru/article/n/2001-02-025-vasilkova-v-l-poryadok-i-haos-v-razviti-i-sotsialnyh-sistem-sinergetika-i-teoriya-sotsialnoy-samoorganizatsii-spb-lan-1999-480-s> (дата обращения 29.11.2023)
2. Шумский В.В. "Матриархат" и "патриархат" как два типа ментальности // *Знание. Понимание. Умение*. 2020. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/matriarhat-i-patriarhat-kak-dva-tipa-mentalnosti/viewer> (дата обращения 25.01.2024)
3. Энгельс, Ф. *Происхождение семьи, частной собственности и государства*. М.: Издательство АСТ, 2019.- 152 с.

ОТКРЫТИЯ В МЕДИЦИНЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

*Парамеева Анастасия Владимировна
Руководитель: Черненко Марина Васильевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

***Поставим памятник врачам,
Как ставим памятник солдатам.
Мы доверяли их рукам,
Вверяли жизни в медсанбатах.***
Е.Аристов (ветеран войны, врач)

22 июня 1941 г. фашистские войска без объявления войны напали на Советский Союз, захватили часть территории и начали продвигаться вглубь страны. Это была тяжелая, кровопролитная война за существование нашей Родины, ее культуры и науки. На защиту Родины поднялся весь советский народ – рабочие, колхозники, деятели науки. Необходимо было быстро и решительно перестроить всю работу страны на военный лад, укрепить тыл, организовать всемерную помощь армии, обеспечить пополнение ее рядов.

В войне действительно принимали участие практически все жители нашей страны, кто-то воевал и участвовал в жестоких и кровопролитных сражениях с жестоким и многочисленным врагом. А кто-то, не разгибаясь, работал в тылу, создавая новую боевую технику, патроны и оружие, производя продовольствие и отправляя их на передовую, не оставляя себе ровным счетом ничего.

Но, пожалуй, никто не сможет поспорить с тем, что медицинские работники находились в уникальном положении. Под ураганным огнем врага они выносили с поля боя раненых, оказывали помощь, эвакуировали в медсанбаты, отправляли в тыл.

В период Великой Отечественной войны в армии и на флоте находилось более 200 тысяч врачей, свыше 500 тысяч фельдшеров, медицинских сестер, санинструкторов и санитаров, многие из которых погибли в огне боев.

Более того, количество пострадавших и нуждающихся в неотложной помощи было так велико, что врачам и медсестрам приходилось работать и на фронте и в тылу без передышки несколько суток подряд. Их подвиги в военные годы неповторимы.

По истории Великой Отечественной войны написано множество научных исследований, монографий, художественных произведений. Часто, говоря о героизме советских солдат на фронте, о тружениках тыла, мы забываем о тех, кто незримо приближал нашу Победу – о медицинских работниках, врачах, медсестрах. Мы бы хотели остановиться на открытиях, сделанных медиками в годы войны.

Цель исследования: проанализировать и выяснить, какой вклад в победу советского народа в годы Великой Отечественной войны над фашистской Германией внесли медики и, как это отразилось в современной медицине. Для достижения цели были поставлены задачи:

- проанализировать деятельность ученых-медиков принесших вклад для победы в Великой Отечественной войне;
- раскрыть особенности организации медицинской помощи на фронте и в тылу.

Объект исследования: изучение научно – изобретательской деятельности учёных медиков в годы Великой Отечественной войны.

Предмет исследования: научные разработки в области медицины и их применение в современности.

Вторая мировая война стала тяжелейшим испытанием для огромного количества людей, включая советских граждан. Военное время — время, когда буквально расцветали опаснейшие инфекции, у солдат были самые сложные ранения. И, конечно, подавление вспышек заболеваемости и возвращения военных в строй было целью номер один для всех ученых-врачей.

Свертывание крови.

Стоит отметить результаты научных исследований профессора, биолога Б.А. Кудряшова, которые принесли в годы войны реальную помощь многим сотням тысяч раненым на фронте солдат и офицеров, а десяткам тысяч тяжелораненых спасли жизнь. Он разработал и внедренный в производство препарат тромбин. Препарат обладал чрезвычайно ценным свойством за 3-6 секунд свертывать изливающуюся из раны кровь в сгусток – тромб, который закрывал рассеченные кровеносные сосуды и тем самым останавливал кровотечение. Особенно ценным было свойство тромбина останавливать, так называемые, паренхиматозные (тканевые) и капиллярные кровотечения из мозга, печени, легких, селезенки и других органов и тканей. Таким эффективным средством борьбы с кровотечениями медицина до этого не располагала.

Появление антибиотиков.

Для лечения раненых большую роль сыграли антибиотики. Первый антибиотик – пенициллин – был открыт в 1928 г. английским ученым Александром Флемингом. В Советском Союзе впервые пенициллин был синтезирован ученым-микробиологом Зинаидой Виссарионовной Ермольевой в 1942 г. Величайшей заслугой Ермольевой является то, что она не только первой получила пенициллин, но и активно участвовала в организации промышленного производства и внедрения в медицинскую практику этого антибиотика. И сделала она это в труднейший период для российской науки – в годы Великой Отечественной войны.

"Рождение" пенициллина послужило импульсом для создания других антибиотиков. Так, советский биолог Георгий Францевич Гаузе вместе с женой – ученым-химиком Марией Георгиевной Бражниковой – в годы войны синтезировал первый оригинальный советский

антибиотик – грамицидин С. Срочно было налажено массовое производство нового препарата и отправка его на фронт. Получил, исследовал и внедрил в производство ещё несколько антибиотиков, в том числе полимицин (неомицин), мономицин, ристомицин, гелиомицин и линкомицин, противоопухолевые антибиотики оливомицин и рубемицин. Благодаря противомикробному действию антибиотиков во время войны и в мирное время были спасены десятки тысяч жизней при таких опасных заболеваниях, как газовая гангрена, столбняк, менингит, септические (гнойные) инфекции.

Так же в начале войны таджикские ученые-биологи предложили для фронта оригинальный антибиотик - арчевое масло, вырабатываемый из арчи - среднеазиатского можжевельника. Оно не только уничтожало болезнетворные микробы, но и способствовало ускоренному заживлению ран. Таджикские ботаники испытали и рекомендовали к использованию 23 вида лекарственных растений, организовав их сбор, а многих из них стали культивировать, что повлекло за собой развитие фармакологии. А в районе Ягнобской стены было собрано и отправлено на фронт несколько тонн мумие - чудодейственного средства, веками применяемого в восточной медицине.

Открытия Вишневого.

Главный вопрос касался методов обезболивания и борьбы с шоком. В истории борьбы с болью во время хирургических вмешательств можно найти довольно необычные примеры: использовали корень мандрагоры, вино и другой алкоголь, кровопускание до обморока, прижатие сонных артерий и даже «магнетический сон», вызванный гипнозом.

С 1884 г. пытались проводить местную анестезию при помощи кокаина, потом – с его раствором. К 30-м годам XX века врачам было знакомо не менее 20 способов местной анестезии, и все они были не идеальны. Считалось, что на войне применять местную анестезию стоит лишь в 25–35% случаев, а вот наркоз – в 75–65% случаев. Такого же мнения придерживалось большинство советских хирургов ещё перед Великой Отечественной войной. Но Вишневский считал именно местное обезболивание самым эффективным и безопасным методом. Он сэкономил самое важное – время.

Суть местной анестезии по особому "методу ползучего инфильтрата" в том, что Вишневский старался «не повреждать человеческого тела в стороне от места операции». Он не вводил человека в искусственный сон и не обезболивал наружные ткани инъекциями, а вводил внутрь ткани большое количество тёплого слабого раствора новокаина и блокировал сам нерв, подходящий к оперируемому участку, омывая этот нерв. На каждую операцию расходовалось от трёх литров раствора новокаина. Новокаиновые блокады Вишневого, по его идее, благоприятно воздействуют не только на конкретные участки, но и на весь организм. Так в войну лечили шок, хирургический сепсис, воспаления, расстройства тонуса мышц. А сын А. В. Вишневого называл это «ванной для нерва».

Незадолго до советско-финской войны 1939-1940 гг. Вишневский предложил новый метод лечения воспалительных процессов при самопроизвольной гангрене ног, трофических язвах, при тромбфлебите, абсцессах, карбункулах и других заболеваниях путем сочетания новокаина и масляно-бальзамической повязки. И в годы Великой Отечественной мазь Вишневого стала одним из самых распространенных медикаментов, главным образом из-за простоты изготовления (полкило мази готовилось за пару часов). Среди солдат бытовала шутка, что Украина была освобождена от немцев благодаря мази Вишневого («там у нас и растет главная вишня»). Мазь помогала в случаях загноения ран, когда вставал вопрос даже о менингите и гангрене.

Применение народных средств лечения.

С первых дней Великой Отечественной войны в стране стала остро ощущаться нехватка лекарственных средств. В этих условиях врачи вынуждены были обратиться к целительной силе отечественной флоры.

Основными сборщиками и заготовщиками лекарственных растений в военные годы были дети. В свободное от учёбы время они отправлялись на луга и в леса, собирали травы, а затем сушили их и отправляли на фронт, в госпитали.

1. *Берёза*: порошок из берёзовых почек использовали для лечения медленно заживающих ран, экзем, гнойничковых кожных заболеваний, профилактики отморожений. Его смешивали с топлёным несолёным свиным или говяжьим салом, парафином, небольшим количеством йода или несколькими крупинками марганцовки и получали превосходную мазь. Нанесение такой смеси на раны позволяло быстро очистить их от гноя и ускорить заживление. Помогала берёза и от чесотки. Из коры дерева добывали дёготь, смешивали его с толом (взрывчатое вещество), свиным жиром и втирали в больные места, затем смывали в бане. Достаточно было 2–3 таких процедур. Витаминный настой из берёзовых листьев возвращал раненым утраченные силы.

2. *Торфяной мох*: с ролью перевязочного материала в годы войны успешно справлялся торфяной мох. Стебель и листья растения содержат полые клетки-резервуары, благодаря которым оно способно впитывать в себя огромное количество воды, в 6 раз больше, чем вата, в 20 раз больше собственного веса. Это свойство и использовали медики. Мох собирали, тщательно высушивали и наносили на раны. Растение впитывало в себя кровь и гной, а кроме того, оказывало антибактериальное, противовоспалительное, ранозаживляющее и обезболивающее действие, которое объясняется присутствием фенольных соединений.

3. *Сосна*: предотвратить эпидемию цинги в блокадном Ленинграде помогла сосна, а точнее – её хвоя, из которой готовили настой по методу, разработанному учёными Всесоюзного научно-исследовательского витаминного института под руководством А. Д. Беззубова. Пригодился опыт лечения заболевания двухсотлетней давности. Каждое утро истощённые женщины отправлялись на сбор хвойных лап, которые потом доставляли на заготовительные пункты. 100–200 г зеленоватого хвойного напитка обеспечивали суточную потребность организма в витамине С. А ещё из игл хвой извлекали каротин и его масляным раствором лечили обморожения.

4. *Календула*: обладает активным ранозаживляющим и дезинфицирующим действием. Её применяли при лечении гнойных ран. Выяснилось, что его антисептические свойства обеспечивают эфирное масло и салициловая кислота, присутствующие в составе цветков календулы.

5. *Боярышник*: в качестве эффективного заменителя дефицитных сердечных препаратов военные медики использовали жидкий спиртовой экстракт плодов боярышника. Позволял облегчить боль в области сердца, снизить давление, снять сильное возбуждение нервной системы, восстановить сон.

Таким образом, медицинские работники внесли бесценный вклад в победу. На фронте и в тылу, днём и ночью, в неимоверно тяжёлых условиях военных лет они спасали жизни миллионов солдат и офицеров.

Список использованных источников:

1. Быков И.Ю. Вклад советской медицины в достижение Победы в Великой Отечественной Войне. Военно-медицинский журнал МО РФ. М.: Красная звезда, 2005 №5.
2. Гайдар Б. В Роль медиков в Великой Отечественной войне. СПб.: Медицинский университет, 2003, № 3.
3. Жуков Г.К. Воспоминания и размышления. Великая Отечественная война: Энциклопедия. - М.: изд.- во Сов.Энци., 1985.
4. Сатрапинский, Ф. В. Военные медики — Герои Советского Союза. Л., 1975 г.

СОБАКИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Холодова Дарья Сергеевна

Во время Великой Отечественной войны отвагу и героизм проявили не только люди, но и их четвероногие друзья. В годы Великой Отечественной войны в армию были призваны около 60 тысяч собак самых разных пород. Из них было сформировано 168 отрядов. Специально обученные собаки выполняли на фронте самые разные работы. Животные работали санитарями, искателями мин, поводырями, вытаскивали раненых из развалин или из боя.

Цель исследования:

-показать вклад собак в достижение победы советского народа над фашистскими захватчиками.

Задачи исследования:

-познакомиться с методами эффективного использования собак во время Великой Отечественной войны;

- вызвать интерес к неизвестным страницам военной истории нашей страны;

- оформить результаты исследования в форме научной статьи.

Во время войны широко использовались ездовые и санитарные собаки. На телегах и санях собаки доставляли боеприпасы, амуницию и продукты питания, эвакуировали пострадавших в госпиталь. На некоторых сложных участках фронта ездовые собаки были основным видом транспорта, без их работы многие подразделения остались бы без боеприпасов и питания. В Красной Армии несли службу около 15 тысяч упряжек, которые за годы войны доставили на передовую, по самым скромным подсчетам, более 6 тысяч тонн грузов. В условиях напряженных боевых действий и дефицита техники помощь животных оказалась поистине неоценимой.

Одной из разновидностей ездовых собак были собаки санитарной службы, которых солдаты заслуженно звали мохнатыми ангелами. Они вытаскивали на привязанных волокушах раненых с поля боя там, куда не могли добраться военные санитары, доставляли медикаменты бойцам, которые могли перевязать себя самостоятельно. Если раненый солдат был без сознания, то собаки лизали ему лицо, чтобы очнулся, согревали теплом своих тел. Собаки-санитары отыскивали на поле боя раненых солдат и приводили к ним помощь. К тому же, они таскали на себе небольшие рюкзаки со всеми лекарствами, необходимыми для оказания первой медицинской помощи. С помощью ездовых упряжек вывозили раненых, доставляли подкрепление и боеприпасы на позиции.

Свыше 15 тысяч упряжек за время войны вывезли с поля боя более 650 тысяч раненых, привезли на позиции более 3,5 тонн боеприпасов и амуниции, а также доставили огромное количество продуктов питания.

Многие солдаты обязаны жизнью своим мохнатым ангелам, которые во время войны вывезли с поля боя более 650 тысяч раненых. Лайка по кличке Бобик со своим проводником Дмитрием Тороховым оказали помощь 1 580 раненым, а Мухтар вывез около 400 бойцов, в том числе и своего проводника ефрейтора Зорина, контуженного взрывом снаряда.

Для донесения важного военного сообщения использовались собаки-связисты. Оно было прикреплено к ошейнику и доставлено командованию. Именно таким образом использовались специально обученные военные собаки, которые могли действовать быстро и скрытно, чаще под покровом темноты. Собака очень хорошо видит ночью и может успешно справиться с заданием, от которого порой могла зависеть судьба целого сражения. Секретное донесение будет доставлено по назначению.

Наличие бесперебойной связи между подразделениями зачастую может влиять на исход всей боевой операции, а отсутствие связи приводит к потере управления войсками. В условиях интенсивных боев ни телефонная, ни радиосвязь не имели гарантий устойчивости, наладить ее помогали собаки-связные. Они работали днем и ночью, при любых погодных условиях. Собаки проходили там, где человеку не было пути, их не останавливали ни водные

препятствия, ни обстрелы противника, ни непроходимые леса и болота. Иногда даже тяжело раненая собака все-таки доползала до места назначения. За годы войны собаки доставили в роты, батальоны и полки около 200 тысяч документов и протянули более 8 тысяч километров кабеля. Командование штаба Калининского фронта отмечало:

«Шесть собак связи заменили 10 человек посыльных, причем доставка донесений ускорила в 3-4 раза. Потери собак, даже при большой плотности артиллерийского, минометного огня противника весьма незначительны (одна собака в месяц)».[1]

Многие собаки-связисты вписали свои клички в историю. Например, Альма, которая смогла выполнить боевую задачу и доставить пакет, несмотря на то, что немецкий снайпер прострелил ей оба уха и раздробил выстрелом челюсть. И Бульба, проложивший сотни километров кабеля и доставивший более 1 500 донесений. И Рекс, который трижды за один холодный ноябрьский день переплыл Днепр, доставляя важные документы с одного берега на другой.

Самая ответственная задача легла на собак-связистов – разминирование территорий. Им удавалось находить даже деревянные взрывчатки, которые не мог обнаружить металлоискатель. Наши четвероногие миноискатели разминировали Белгород, Киев, Одессу, Витебск, Полоцк, Варшаву, Прагу, Вену, Будапешт, Берлин. Общая протяженность военных дорог, проверенных собаками, составила 15153 км.

Собаки находили предметы, спрятанные глубоко под землей. Тонкий собачий нюх позволял обнаруживать боеприпасы на глубине до двух метров. При этом собаки работали на совесть – из директивы начальника инженерных войск Советской Армии всем фронтам: «При обследовании маршрутов скорость увеличивалась до 40-50 км в сутки против прежних 15 км. Ни на одном из маршрутов, проверенных собаками-миноискателями, не было случая подрыва живой силы и техники». [2]

В пешей зафронтальной разведке использовались собаки разведывательной службы. Собаки этой службы сопровождали разведчиков в тыл врага, помогали пройти через его передовые позиции, обнаружить скрытые огневые точки, засады, секреты, помогали захватить пленных. При обнаружении неприятеля собака молча, одним лишь движением корпуса сообщала об этом своему проводнику. Ефрейтор Кисагулов со своим напарником по кличке Джек записали на общий счет два десятка захваченных «языков», а легендарный четвероногий разведчик Туман ловко снимал часовых, сбивая их с ног и делая хватку в затылок. Также собаки-разведчики могли обнаруживать диверсионные группы противника, которые пытались скрытно проникнуть за линию советской обороны.

Настоящий ужас на гитлеровцев наводили собаки-истребители танков и другой бронетехники (собаки-камикадзе, собаки-диверсанты). Обвешанная взрывчаткой собака, приученная не бояться лязга бронированных машин, была страшным оружием. Вначале это было живое оружие, взрыв мины убивал и собаку. Но уже к середине войны были сконструированы мины, которые отцеплялись под днищем машины. Это давало собаке шанс спастись. Диверсионные собаки подрывали и эшелоны врага. Они сбрасывали мину на рельсы перед самым паровозом и убегали под насыпь к своему проводнику. Собаки, получившие звание «собака-герой».

Дина - собака диверсант. Овчарка Дина отличилась в «рельсовой войне». Поначалу ее учили подрывать танки, искать мины, но на «уроках» она успешно справлялась и с диверсионными заданиями, поэтому вскоре попала в группу бойцов, заброшенных во вражеский тыл. Спустя несколько дней от этой диверсионной группы пришла весточка: «Сработала Дина». Далее в небольшой сводке сообщалось о том, что «19 августа 1943 года на перегоне Полоцк — Дрисса (Белоруссия) подорван эшелон с живой силой противника. Уничтожено 10 вагонов, выведен из строя большой участок железной дороги, от взорвавшихся цистерн с горючим на всем участке распространился пожар. С нашей стороны потерь нет.» Дина была умной и стремительной собакой, невероятным образом она успевала оставить взрывчатку перед приближающимся эшелоном и скрыться с места. Дважды она проявила себя при разминировании зданий в Полоцке, где в брошенном немецком госпитале в кровати

матрасе нашла мину. Вместе со своими «однополчанами» Дина встретила Победу, а после войны ей доверили роль «живого экспоната» в Музее боевой славы Центральной ордена Красной Звезды школы военного собаководства. Собака-фронтовичка дожила до глубокой старости.

Сапёр Джульбарс — немецкая овчарка, служившая в 14-й штурмовой инженерно-саперной бригаде. Собака была отлично обучена всем видам службы, однако, обладая феноменальным чутьем, особо отличилась в поиске мин. В военных архивах хранится справка, в которой говорится о том, что с сентября 1944-го по август 1945-го, принимая участие в разминировании зданий и сооружений на территории Румынии, Чехословакии, Венгрии и Австрии, Джульбарс обнаружил 468 мин и 150 снарядов! Боевой пес помогал саперам обезвредить от мин могилу Тараса Шевченко в Каневе и Владимирский собор в Киеве. В конце войны Джульбарс был ранен, но все же попал в числе других четвероногих бойцов в список участников Парада Победы. 24 июня 1945 года главный кинолог страны подполковник Александр Мазовер нес героическую овчарку с перебинтованными лапами на руках мимо трибун. Джульбарс стал единственной собакой, удостоенной медали «За боевые заслуги» за свои фронтовые подвиги и верную службу.

Связист Рекс. О замечательном четвероногом бойце по кличке Рекс стало известно из рассказа его проводника связиста Николая Больгинова, который находился вместе со своим питомцем при стрелковом батальоне. «Это было под Никополем в феврале 1944 года, — вспоминал ветеран. — Дошли до берега Днепра и благополучно переправились. В это же время через реку была протянута кабельная связь от комполка до комбата, но минут через десять связь прервалась. А фашисты пошли в контратаку. Пришлось Рексу доставлять донесение». Боец очень переживал за своего подопечного, поскольку прежде ему не доводилось переплывать таких широких рек да к тому же в холодную пору. Но пес отважно бросился выполнять поручение. Несмотря на то что сильное течение и порывистый ветер относили его, Рекс добрался до нашего берега и передал донесение в нужные руки. «В тот день Рекс трижды переплывал Днепр под ураганным артиллерийским и пулеметным огнем, доставляя важные документы», — добавлял рассказчик. За свою фронтовую биографию Рекс несколько раз был ранен, но каждый раз возвращался в строй. Он доставил по назначению 1649 донесений.

Санитар Мухтар. Тысячи раненых солдат обязаны своим спасением собакам-санитарам. Чуткие, верные и выносливые четвероногие бойцы с прикрепленными на спинах медицинскими сумками находили истекающих кровью бойцов в воронках и развороченных окопах. Они по-пластунски подползали к раненому, ждали, когда тот достанет перевязочный пакет и перевяжет рану, а потом отправлялись к другому. Санитарная собака Мухтар, проводником которой был ефрейтор Зорин, за годы войны вытаскила с полей сражений более 400 раненых воинов. Спас Мухтар и своего проводника, когда того контузило от разорвавшейся вблизи бомбы. [3]

Памятники собакам-героям.

28 мая 2011 года в Волгограде на площади Чекистов был открыт единственный в России памятник собакам подрывникам, оборонявшим Сталинград в годы Великой Отечественной Войны. На ней закреплена сумка с тротилом и взрывателем, как это было во время войны. По замыслу авторов композиции, это собирательный образ преданного друга человека и настоящего бойца. Верный друг запечатлен в бронзе в натуральную величину. С тем снаряжением, с которым эти самоотверженные бойцы уходили в бой. И, к сожалению, не возвращались. Жертвуя собой, они спасали других – сотни, если не тысячи красноармейцев. По данным «Энциклопедии Сталинградской битвы», наиболее известен подвиг 28-го отдельного отряда собак-истребителей танков в оперативном подчинении 10-й стрелковой дивизии НКВД. В боях за Сталинград отряд уничтожил 42 танка, 2 бронемашин, сотни солдат и офицеров противника. С августа по октябрь 1942 года из 202 человек и 202 собак отряда в живых оставалось 54 человека и 54 четвероногих бойца.

21 июня 2013 года, в День кинолога, на Поклонной горе в Москве был открыт



Памятник собакам подрывникам



Памятник фронтовой собаке

Идея увековечить память об этих собаках в памятнике Великой Отечественной принадлежит ветеранам. А в качестве модели для памятника выступила немецкая овчарка Альф.

Памятник создан Андреем Коробцовым и напоминает нам о том, что даже собака может быть преданным бойцом и, рискуя своей жизнью, на равных сражаться с человеком. Скульптор поместил собаку на разорванные гусеничные танки в память о животных, которые, жертвуя своими жизнями, уничтожали вражеские танки во время войны. [5]

Проведя исследовательскую работу, мы узнали об огромном вкладе четвероногих в Великую Победу. Собаки с древних времён были рядом с человеком, а во время Великой Отечественной войны служебные собаки воевали на полях сражений вместе с бойцами Красной Армии. Они подрывали танки, вывозили с поля боя раненых, доставляли боеприпасы и важные донесения на передовую, искали мины, атаковали врага и служили часовыми. В первые годы войны было сформировано 168 отдельных отрядов, батальонов, полков и различных служб по собаководству. Всего в Советской Армии служило около 60 тысяч собак, которые спасли многие солдатские жизни.

Список использованных источников:

1. Журин, Л. "В бой на лыжах и оленьих упряжках", Мурманский вестник, 1997г.
2. Ледакова, А. "Нас всех разбросали". М., 1997 г.
3. Кисилёв, А. "Война в Заполярье". Мурманск, 1995г.
4. Халдея, Е. "От Мурманска до Берлина". Мурманск, 1995г.
5. <https://gubdaily.ru/lifestyle/interesnoe/psy-geroi-kak-sobaki-pomogalisoldatam-na-velikoj-otechestvennoj-vojne/>
6. <https://husky-house.ru/voina-i-ezdovye-sobaki>
7. <https://ru.rbth.com/zhizn/277-dogs-war-heroes>
8. <https://www.sobaka.ru/krd/city/city/108290>
9. <https://ysia.ru/7-sobak-geroev-velikoj-otechestvennoj-vojny/>

ВЕЛИКАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА В СУДЬБЕ МОЕЙ СЕМЬИ

В 1941 году началась Великая Отечественная война. Вся страна встала единым фронтом на защиту своих границ. Тысячи добровольцев и мобилизованных отправились на фронт, из городов и сел, из каждой семьи. Миллионы погибших, память о подвигах которых хранят и передают из поколения в поколение. Но, к большому сожалению, все большее количество семей утрачивают память о своих героях, все чаще правнуки победителей не знают, принимал ли их прадедушка участие в Великой Отечественной войне, в каких войсках служил, а иногда «теряется» и имя героя. Можно сказать, что это дело каждой семьи: помнить или не помнить, что заставить то не могут. Но необходимо понимать: сохраняя память об участниках Великой Отечественной войны, передавая ее из поколения в поколение, мы сохраняем правду об этой войне, не даем обесценить роль нашего народа и государства в победе над фашизмом.

Наверное, в России нет семьи, которой не коснулась война. Не обошла стороной она и нашу семью. Шестеро представителей нашей семьи принимали участие в Великой Отечественной войне. В 1941 году Эльтонским военкоматом на фронт был призван мой прадедушка Тельбухов Григорий Андреевич, 1911 года рождения. Его призвали в часть 78 полка войск НКВД по охране железных дорог в звании рядового красноармейца. Одной из первых задач, вставших перед войсками НКВД во время войны, была деятельность по пресечению вражеских диверсий на тыловых коммуникациях. Охранные войска отвечали за защиту жизненно важной сети коммуникаций страны, в первую очередь - железных дорог, а также за сбор и транспортировку военнопленных, охрану ключевых правительственных учреждений и охрану обширной системы советских исправительных лагерей. В августе 1941 года 78 полк был расформирован, ввиду того, что большинство людей погибло, обороняя вверенные под защиту объекты. Григорий Андреевич попал в Мичуринский военно-пересыльный пункт военного комиссариата Тамбовской области, откуда его направили в 186 армейский запасной стрелковый полк 43 армии Резервного фронта. Резервный полк участвовал в оборонительных сражениях под Москвой в 1941 году. В конце августа - начале сентября 1941 года войска Резервного фронта успешно провели Ельнинскую операцию, в ходе которой разгромили крупную группировку противника и ликвидировали Ельнинский выступ. Таким образом, мой прадедушка участвовал в обороне Москвы.

10 февраля 1942 Григорий Тельбухов попал в плен. Семья не владеет информацией о том где это произошло, в какой немецкий лагерь был направлен. Сам Григорий Андреевич об этом не рассказывал. Знаем только, что спина его была в шрамах от укусов собак, которых фашисты направляли на поиски сбежавших пленных. Григорий Андреевич несколько раз пытался бежать. В 1943 году ему всё же удалось выбраться из плена, и он вернулся на фронт. Служил в 1 ударной армии в составе Северо-Западного фронта. Участвовал в Ленинградско-Новгородской операции, в освобождении Прибалтики. С войны вернулся живым. Был награжден медалями «За отвагу» и «За победу над Германией в Великой Отечественной войне».

Гуреев Николай Фёдорович родился в 1909 году, село Пришиб, Сталинградская область, в зажиточной семье. При раскулачивании отец ему сказал жениться на домашней прислуге, что он и сделал. Его призвали в начале войны, он только шёл к передовой и попал под обстрел. Прямо перед его ногами упал снаряд, его контузило и его комиссовали. Он не воевал.



Рисунок 1. Награда
Тельбухова Григория
Андреевича

Другой мой прапрадедушка Гуреев Николай Фёдорович воевал мало. Его призвали в начале войны, он только шёл к передовой и попал под обстрел. Прямо перед его ногами упал снаряд, его контузило и его комиссовали. Он не воевал.

Прадедушку Сапельникова Ивана Тихоновича призвали 14 июля 1941 года Ленинским районным военным комиссариатом, Сталинградской области. Получил звание красноармейца, служил в кавалерии, в 271 стрелковом полку, 34 кавалерской дивизии. В начале войны дивизия вела ожесточенные бои под Полтавой, а осенью 1941 года участвовала в обороне Харькова. Конники осуществляли ночные марш-броски, сосредотачивались на неожиданных позициях и внезапно атаковали, успешно громя противника. 12 марта 1942 года дивизия была включена в оперативную группу Южного фронта, которая была призвана разгромить противника в районе Славянска и Краматорска. Эти бои были крайне тяжелыми и кровопролитными, так как противник отчаянно сопротивлялся, переходя в контратаки и используя танки. Бои приобрели длительный характер, и до 10 апреля ни одной из сторон не удалось достичь серьезных результатов. Советские войска, укрепляя свою оборону, продолжали удерживать захваченные позиции и активно осуществляли разведывательные действия. Последнее письмо от Сапельникова Ивана Тихоновича пришло 10 апреля 1942 года. Из него семья узнала где он воюет, а в мае 1943 года он пропал без вести.

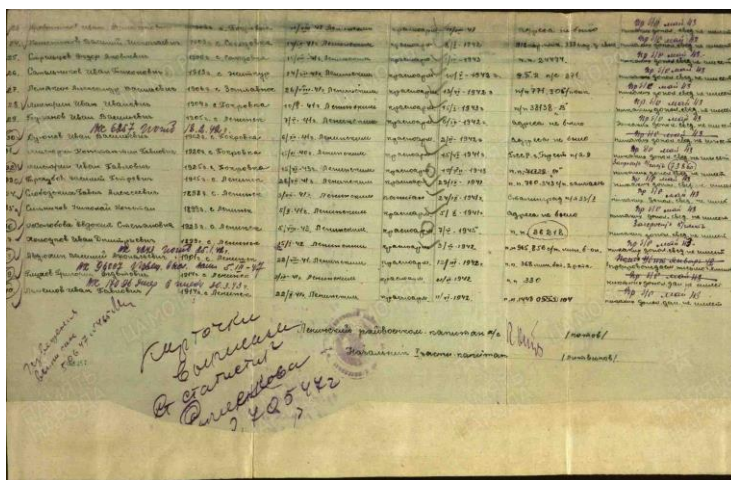


Рисунок 2. Сапельников Иван Тихонович

Другой мой прадедушка по маминой линии Зимин Пётр Семёнович родился 15.07.1919 в Ростовской области. До войны закончил ветеринарный техникум. На войну пошёл в 1941 году. Попал в донскую кавалерию - был ветеринарным фельдшером, лечил лошадей, но при тяжёлых ранениях, лечил и солдат. Выжил в одной из самых кровавых операций войны – в форсировании Днепра, был награжден медалью, участвовал в освобождении от фашистских войск Венгрии. Получил сквозное ранение, выжил. Вернулся домой и женился на Поповой Анне Киреевне, моей прабабушке. Зимина (Попова) Анна Киреевна родилась 23.03.1925 в Ростовской области. Война началась, когда ей было 16 лет. Молодых девушек послали копать окопы под деревней Тацинкой. С наступлением холодов их вернули домой, а в это время к ним в деревню уже пришли немцы. В её доме был сортировочный

госпиталь. Она переписывала ФИО и ранения прибывших солдат. У них стоял полк Павла Ивановича Черенкова во время Сталинградской битвы. После Сталинградской битвы у них в госпитале были уже немцы. 1942-1943 гг. работала секретарём в прокуратуре – писала протоколы.

Война изменила судьбу моей семьи. И то, что из шестерых участников, пятеро вернулись с войны было настоящим чудом. К сожалению, подробностей участия членов моей семьи в Великой Отечественной войне не сохранилось. Утеряны письма, фото, забыты воспоминания. Благодаря сайту «Память народа», мы многое узнали о боевом пути наших предков. И многое еще предстоит узнать.



Список использованных источников:

ГОВОРИТ ЛЕНИНГРАД

Канина Алиса Вячеславовна,

Котова Карина Олеговна

*Руководитель: к.ф.н., доцент Латкина Татьяна Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

Патриотическое воспитание очень важно, так как закладывает нравственные ориентиры у подрастающего поколения. В истории России значимым событием является победа над немецко-фашистскими захватчиками. Одна из самых трагичных страниц войны – блокада Ленинграда. Те, кто пережил это страшное время, были обычными людьми. Они совершили невозможное - выжили и остались людьми. Они оставляют этот мир, уходят очевидцы истории войны. От нас зависит, чтобы мы сохранили её и передали из поколения в поколение. В этом состоит **актуальность** данной работы.

О стойкости и выдержке ленинградцев мы узнаем из уроков истории. Мы заинтересовались темой блокады Ленинграда в художественной литературе и поняли, что военные произведения, авторы которых – участники событий, обладают мощной силой воздействия.

Цель работы: изучить особенности культурной жизни блокадного Ленинграда заключается в пяти задачах.

Задачи:

1. Проанализировать специфику культурной обстановки в блокадном Ленинграде;
2. Изучить факты деятельности О. Берггольц в блокадном Ленинграде;
3. Рассказать о деятельности А.А. Ахматовой в блокадном Ленинграде;
4. Провести анализ поэтического наследия О. Берггольц и А.А. Ахматовой периода блокады;
5. Сравнить патриотические взгляды поэтов.

Объект исследования: лирические и публицистические произведения О. Берггольц и А.А. Ахматовой блокадного времени.

Предмет исследования: жизнь и творчество О. Берггольц, А.Ахматовой, и их способы создания образа блокадного Ленинграда в лирике и публицистике.

Новизна нашего исследования состоит в выявлении особенностей блокадной лирики и публицистики О. Берггольц и А.А. Ахматовой, определении художественных средств изображения войны и блокады Ленинграда в их произведениях. В современной литературе нет работ, посвящённых детальному изучению блокадной публицистики поэтов.

Блокада Ленинграда продолжалась 900 дней: с 8 сентября 1941 года по 27 января 1944 года. Несмотря на широко развернувшуюся эвакуацию, в сентябре 1941 года в окружённом городе оказалось 2 млн 887 тысяч жителей, в том числе около 400 тысяч детей. История показала пример, когда поэзия становится источником силы духа.

Николай Тихонов говорит, вспоминая то время, что «эмоциональное, зажигающее стихотворение бывало в иные моменты важнее рассказа или листовки» [3]. В первые дни войны около 150 литераторов Ленинграда ушли на фронт. Ритмы стихов заставляли обессилевших людей подниматься и идти вперёд, помогая жить за гранью человеческих возможностей. В Ленинграде во время войны выходили газеты «Ленинградская правда» и «Смена». После первой блокадной зимы возобновился выход журналов «Звезда» и «Ленинград». Писали и публиковались не только поэты, но и прозаики.

«Нитью жизни» назвал Ленинградское радио в дни Великой Отечественной войны известный ученый-историк В. В. Мавродин. «Радиоединственная постоянная связь города-

героя со всей остальной огромной страной...» [4]. В это страшное для ленинградцев время тихие голоса Ольги Берггольц и Анны Ахматовой стали голосом долгожданного друга.

Ольга Берггольц родилась 16 мая 1910. К началу блокады ей шёл 31 год. Она в течение трех с лишним лет обращалась к героическому городу, делала репортажи с фронта и читала их по радио. Она говорила, что писать честно, и о чем думаешь было её заветом. «Внимание! Говорит Ленинград! Слушай нас, родная страна. У микрофона поэтесса Ольга Берггольц...». Тысячи ленинградцев ждали эти слова каждый день. Они знали, если Берггольц в эфире - значит город не сдался. Ольга Берггольц в одночасье стала поэтом, олицетворяющим стойкость блокадного города.

Ольга Берггольц - прижизненная легенда. Её называли и называют «музой блокадного города», «Мадонной блокады». Её трагический голос обрёл силу в осаждённом Ленинграде.

Блокадной зимой главная задача слова писателя состояла в мобилизации всех сил ленинградцев на сопротивление врагу. Чем сильнее надвигалась опасность на осажденный город, тем презрительней и возмущённой говорила о фашистах Берггольц, утверждая веру в победу. «Живы, выдержим, победим!» - слова из новогоднего обращения Ольги Берггольц становились все патетичнее, образы - символичнее, а смысл - все победнее. Используя изобразительно-выразительные средства языка, О. Берггольц создаёт собирательный образ блокадника. Благодаря олицетворениям, используемым автором, город воспринимается как живой организм: чувствующий, страдающий, испытывающий боль и голод. «Штемпеля Ленинграда на конверте горят». Главная мысль её произведений - Ленинград и его жители - одно неделимое целое: «Мы везде и всюду - ленинградцы» [2].

Но не только Берггольц работала на благо Ленинграда. Когда дружат два литератора, это всегда интересно. Тем более, если это такие разные поэтессы, как Берггольц и Ахматова. Между ними была большая разница в целое поколение: Ахматова старше Берггольц на 20 лет. Творческие приёмы, которые они использовали, также были разными. Не совпадали и интересующие их темы.

Берггольц вообще считала своё творчество «прямо противоположным Ахматовскому». Однако все это не мешало их дружбе. Анна Ахматова родилась в 23 июня 1889 года. К началу блокады ей было 52 года. Война застала Ахматову в Ленинграде.

В воспоминаниях о первых месяцах блокады поэтесса Ольга Берггольц пишет: «С лицом, замкнутым в суровости и гневности, с противогазом через плечо, она несла дежурство как рядовой боец противопожарной обороны. Анна шила мешки для песка, которыми обкладывали траншеи-убежища в саду того же Фонтанного дома» [2].

Вместе с соседями она рыла траншеи в Шереметьевском саду, дежурила с противогазом и сумкой через плечо у ворот Фонтанного дома, красила огнеупорной известью балки на чердаке дворца, закапывала статуи Летнего сада: «Как мы тебя укрывали... Свежей садовой землей», выступала перед ранеными в госпиталях, перед бойцами, отправляющимися на передовую, на благотворительных вечерах в пользу эвакуированных детей.

Переживая вместе со всеми лишения и ужасы блокады, Анна Ахматова не перестаёт писать. Её стихи читали на Ленинградском радио. В эфире прозвучало «Клятва» - одно из самых известных её стихотворений военных лет. В начале сентября пришло распоряжение из Москвы об организации радиопередач из блокадного города. Выступать публично было актом мужества: немцы брали на заметку всех выступавших, намереваясь отомстить.

В блокадном Ленинграде Ахматова выступала на радио, чтобы своим словом поддержать жителей города. Поэтесса обратилась к ним со словами: «Уже больше месяца, как враг грозит нашему городу пленом, наносит ему тяжёлые раны». Поэту, обратившемуся в роковые дни к замученному тираном народу с христианским «братья и сестры», простили неосмотрительное слово, потому что понимали: патриотизм, глубокая духовность и мужество Ахматовой пригодятся России в войне с фашизмом. «И мы сохраним тебя, русская речь, великое русское слово!» - сказала Анна Андреевна Ахматова в стихотворении «Мужество».

Лирика Берггольц отражала путь борьбы Ленинграда. Не случайно её стихи точно документированы, они посвящены конкретным событиям из жизни блокадного города. В

стихотворении, написанном в августе 1941 г. «Я говорю с тобой под свист снарядов», О. Берггольц обращается ко всей стране, пытаясь передать весь ужас существования в блокадном городе. В центре произведения - образ Ленинграда, с его злым ветром и бомбоубежищами. Но над ним обязательно поднимутся знамена. Образ народа изображён как единое целое. Смертельная угроза, нависшая над городом, объединила всех жителей в борьбе за родину и жизнь: «И женщины с бойцами станут рядом, /и дети нам патроны поднесут». В голосе поэтессы звучит уверенность в победе.

Поэтесса была очень чутка к настроениям ленинградцев. При ухудшении обстановки Берггольц пишет стихотворение «Разговор с соседкой», которое отвлекает народ от тяжелых моментов блокады. Идея уверенности в победе проходит через всю лирику поэтессы. Стихотворение «Ленинградский салют», написанное 27 января 1944г. предваряется следующими словами: «27 января 1944 года Ленинград салютовал 24 залпами из 324 орудий в честь полной ликвидации вражеской блокады - разгрома немцев под Ленинградом» [3]. Вот она долгожданная победа! Прозвучали как гордый голос народа, не сломленного ничем: ни голодом, ни холодом, ни невероятными страданиями.

Появление цикла Ахматовой «Ветер войны» (1941 - 1943 годы) было встречено как свидетельство поворота «камерного поэта» к гражданской - «патриотической» лирике. Стихотворение «Мужество» входит в этот цикл. Оно было напечатано в газете, так как власть нуждалась в авторитете поэтессы.

Расхождения между официальным патриотизмом и «ахматовским» появились после постановления ЦК партии о журналах «Звезда» и «Ленинград». Критики старались не замечать при публикации стихотворения в «Правде». «Направлением главного удара критики» стало, конечно же, понимание поэтессой патриотизма, отличающееся от официального. Критики считали, что «Ахматова не разглядела в советских людях новые устои, что внесено в их сознание социалистической властью» [2]. Стихотворение написано в труднейшее время: Ленинград в блокаде, тысячи разрушенных и сданных городов и сел. Угрозу представила в виде *весов*:

Мы знаем, что ныне лежит на весах / И что совершается ныне.

Образ Весов – это образ Истории, он поддержан и упрочен другим – образом *часов*, появляющимся чуть позже («Час мужества пробил на наших часах...»).

Слова «весах» и «часах» – необходимые штрихи для стихотворения. Ими задается масштаб события. Огромную роль играет образ времени. Настоящее время, обозначенное в зачине стихотворения, бесконечно расширяется: оно то уходит в даль прошлого («Час мужества пробил на наших часах...»), то уводит в даль будущего, то вообще уводит в вечность («Навеки»).

В стихотворении благодаря интонации прослеживается путь от клятвы к заклинанию (в последней части стихотворения заключающим словом – «Аминь»)

Не страшно под пулями мертвыми лечь, / Не горько остаться без крова...

В целом предложение читается следующим образом: мужество снимает страх смерти, мужество помогает пережить горечь утраты крова, но нет такого мужества, которое бы смягчило потерю «русской речи», «великогоруцкого слова». Эта потеря страшнее смерти. Это значит, что России должна остаться свободной и сохранить свою культуру.

Для участников обороны Ленинграда, как и для нас, тех, кто никогда не слышал воя сирен, свиста снарядов, не видел разрушенных фашистскими бомбами домов, не знает, что такое скудный военный паёк, память о битве за Ленинград священна. Как священна память о всех тех, кто отдал свою жизнь за нашу Родину.

Душевная близость с народом является самой примечательной и исключительной особенностью лирики 1941 -1945 гг. Родина, война, смерть и бессмертие, ненависть к врагу, боевое братство и товарищество, любовь и верность, мечта о победе, раздумья о судьбе народа – вот основные мотивы, вокруг которых бьётся теперь поэтическая мысль.

О. Берггольц, в своих блокадных произведениях просто, «без утайки» рассказывала о том, что видела и чувствовала, несмотря на личные трагедии. Блокаду Ленинграда она понимала как победоносную трагедию, как выразительную и неповторимую страницу в истории Отечества. Своим голосом, стихом-беседой, доверительным и искренним монологом-обращением спланивала людей в некое «блокадное братство».

Ахматова – это и страстный патриот своей родины, и страдающая мать, и волевая женщина, сумевшая вынести на своих плечах невзгоды времени. Ахматова говорит о том, что необходимо не только быть патриотом своей страны, но и сохранить русскую речь, культуру нашего народа. О. Берггольц и А. Ахматова точно отразили то страшное время не только как художники, но и как историки, показали смысл блокадного бытия, запечатлев его для потомков.

Проведенный анализ позволил выявить особенности блокадной лирики поэтов О. Берггольц и А. Ахматовой. Пережив с согражданами блокаду, поэты создали трагически-прекрасный образ города-героя, который неразрывно связан с образом человека-Победителя. И есть высшая справедливость в том, что одна из этих великих женщин Ольга Берггольц нашла проникновенные строки, которые живут в веках: «Никто не забыт и ничто не забыто».

Список использованных источников:

1. Берггольц, О. Голос блокадного Ленинграда / О. Берггольц // https://royallib.com/read/berggolts_olga/golos_blokadnogo_leningrada.html?ysclid=lrs33sx8s2128514788#0
2. Воронович, А. Дневник блокады / А. Воронович // <https://tvspb.ru/programs/stories/471316?ysclid=lrs5elei98475249139>
3. Ковалёв, В. Литературный Ленинград в дни блокады / В. Ковалёв, А. Павловский // https://archive.org/details/1973_20221128/page/3/mode/2up
4. Осинский, В. Подвиг блокадного радио / В. Ковалёв // <http://spbsj.ru/articles/podvigh-blokadnogho-radio?ysclid=lrtlyhjnjb224600384>

ТРАГЕДИЯ БАБЬЕГО ЯРА: РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ АРХИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

*Колесниченко Ксения Алексеевна
Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

Бабий Яр – это исторический памятник в северо-западной части Киева. Бабий Яр получил всемирную известность как место массовых расстрелов гражданского населения, главным образом евреев, цыган, а также советских военнопленных, осуществлявшихся немецкими оккупационными войсками в 1941 году. Всего расстреляно было около ста тысяч человек. Спаслось из Бабьего Яра 29 человек.

Актуальность данной темы заключается в том, что расцвет неонацизма в Европе в целом, и на Украине в частности, привел к тому, что преступления фашизма многие историки пытаются фальсифицировать, представить события тех страшных лет в ином свете. Для таких лжеисториков Бабий Яр – крайне неудобная трагедия.

"... Бабий Яр – самое страшное место в Киеве. Раньше это был большой и глубокий овраг. Теперь здесь ровное место. Каждый день немцы привозили сюда на грузовиках мирных жителей. Палачи раздевали их, затем укладывали на дно оврага и расстреливали. Многие после того, как смолкала стрельба еще кричали и просили о помощи. Но немцы наваливали на них следующий ряд обреченных и снова начинали строчить автоматы. Так заравнивался Бабий Яр..." (из статьи "Что творится в Киеве", опубликованной в "Правде" 15 мая 1943 года.)

Как же все происходило?

19 сентября 1941 года свое вступление в город Киев оккупанты ознаменовали массовыми облавами и арестами мирных жителей. Для заключенных был установлен зверский режим. Их морили голодом, избивали и расстреливали за малейшее нарушение установленных тюремных правил. На допросах били стальными прутьями, подвешивали арестованных за ноги вниз головой, прижигали тело раскаленным железом и т.п. Стремясь добиться каких-либо показаний, гестаповцы в присутствии родителей пытали их детей. Многие, не выдерживая пыток и издевательств, тут же умирали. Особую жестокость оккупанты проявили в отношении евреев, уничтожив за время оккупации Киева все еврейское население города. В конце сентября 1941 года, немецкий военный комендант издал приказ, обязывающий явкой все еврейское население города на еврейское кладбище, откуда они, якобы, должны были быть направлены в лагерь. Прибывшие на кладбище подвергались ограблению. Немецкие солдаты и полицейские предварительно отобрали у них имевшиеся ценности, группами в 100-200 человек направляли в "Бабий Яр" (овраг на окраине города Киева), где и производился расстрел. Убитых и раненых сбрасывали в овраг и засыпали землей. очевидцы показывают, что после расстрела, еще долго над оврагом слышался стон и шевелилась земля от движения живых тел. "Бабий Яр" весь период немецкой оккупации города Киева, являлся местом массовых расстрелов советских людей. Предварительным подсчетом установлено, что в нем было расстреляно, а позже и сожжено 70 тысяч евреев, 20 тысяч военнопленных бойцов и командиров Красной армии и 10 тысяч коммунистов и комсомольцев. Установлено, что в городе Киеве, для умерщвления советских людей, немцы применяли "душегубку". О работе которой свидетель Давыдов В.Ю. показал: "Рано утром в "Бабий Яр" приезжала специальная машина, из которой были слышны голоса людей. Машина останавливалась, а мотор продолжал работать. Затем включался рубильник. Через несколько секунд из машины можно было слышать душераздирующие крики людей, которые продолжались в течение 10-15 минут. Затем все стихало. После этого открывалась дверь кузова и представлялась жуткая картина - в машине находилось около 50 человек, в том числе грудные дети и старики, раздетые донага, мокрые, с открытыми глазами и выражением ужаса на лице. Из открытого кузова машины выходили удушающие газы. Первое время "душегубка" приезжала два раза в неделю и делала по 2-3 рейса. Перед отступлением немцев из Киева, "душегубка" работала ежедневно, совершая по 8-10 рейсов". В августе 1943 года, по приказу ГИММЛЕРА, немцы начали замечать следы своих злодеяний в "Бабьем Яру". С этой целью они организовали раскопки и сжигание трупов замученных и расстрелянных за два года оккупации города Киева. В Сырецком лагере была выделена специальная команда заключенных, в количестве 320 человек, которой в "Бабьем Яру" было построено около 30 специальных печей для сжигания трупов. На площадке в 30 x 40 метров выкладывались каменные плиты, на них рельсы и металлические сетки. На это "сооружение" накладывались слоем дрова, а затем извлеченные из ям и рвов трупы. С такой последовательностью трупы укладывались до высоты двух с половиной - четырех метров. После этого трупы и дрова обливались нефтью и производилось сжигание. В каждой такой печи одновременно сжигалось по три тысячи трупов. Для того, чтобы происходило полное сгорание, трупы переворачивались специальными металлическими баграми, остатки обгоревших костей размельчались на мелкие части специальными трамбовками. Оставшийся после сжигания трупов пепел, заключенные просеивали через сито с целью извлечения ценных вещей: золотых колец, зубов и т.д. После такой "обработки" пепел рассеивался по всему "Бабьему Яру". Вся работа по сжиганию трупов была засекречена, попытка побега заключенных каралась расстрелом на месте. В сентябре 1943 года, сжигание трупов было закончено. После этого команде заключенных, производивших сжигание трупов, было приказано построить еще одну печь, предназначавшуюся для уничтожения самой команды. Заключенные, предвидя свою участь, организовали массовый побег, но не многим удалось скрыться, почти все были расстреляны. Сжигались не только трупы ранее расстрелянных. Весной 1943 г. в "Бабий Яр" немцы доставили на 4 грузовых автомашинах партизан и коммунистов, которые были сожжены

заживо. После изгнания немецких оккупантов из города Киева, показаниями свидетелей-очевидцев, допросами арестованных и другими документальными данными установлены факты чудовищного истребления немецко-фашистскими оккупантами около 100 тысяч советских граждан. Из числа активных пособников и соучастников немецких злодеяний выявлено и арестовано 439 человек, в том числе: предателей-29, полицейских и жандармов-205, карателей-5. Среди них: Власенко Иван Прокофьевич, уроженец Киевской области. В 1942 году он лично задержал четырех жителей Полтавской области, зверски избил и на глазах у местных жителей, расстрелял. Для устрашения местных жителей, Власенко запретил хоронить трупы убитых.

Костюк и Згура 16-го ноября 1943 года, по приговору военно-полевого суда повешены.

Это не была трагедия одних только евреев, русских или украинцев. Это — трагедия общечеловеческая, из которой должен быть сделан единственный правильный вывод: неонацистская политика в любых её проявлениях недопустима, а уроки прошлого для денацификации Украины сохраняют особую актуальность. И тем значительнее представляется подвиг Красной армии, спасшей мир от фашизма, тем опаснее и недопустимее выглядят попытки фальсифицировать историю, обелить националистов, принизить или замолчать великую победу многонационального советского народ.

Список использованных источников:

1. *Без срока давности: преступления нацистов и их пособников против мирного населения на оккупированной территории РСФСР в годы Великой Отечественной войны. Республика Крым: Город Севастополь: сб. архив. док. / отв. ред. серии Е.П. Мальшева, Е.М. Цунаева; Республика Крым / отв. ред. О.В. Лобов; отв. сост. Н.В. Колышницына; сост. Т.А. Шарова и др.; Город Севастополь / отв. ред. Н.С. Калинина; сост. Е.С. Поплавская и др. – М.: Фонд «Связь Эпох», 2020. – 544 с.*

2. *Бабий Яр: человек, власть, история/Книга 1. Историческая топография. Хронология событий. – Внешторгиздат, 2044, - 597 с.*

3. *Ковалев Б.Н. Нацистская оккупация и коллаборационизм в России. 1941–1944. – М.: АСТ. 2004. – 483 с.*

4. *Рябова О.С. Без срока давности: преступления украинских националистов в годы Великой Отечественной войны // Вестник Уфимского юридического ин-та МВД России. – 2015. – № 1 (67). – С. 63–67.*

Интернет-ресурсы:

<https://memory45.su>

<https://безсрокадавности.рф>

<https://victims.rusarchives.ru>

<http://docs.historyrussia.org/ru/nodes/1-glavnaya>

<http://oldgazette.ru>

ИСТОРИЯ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ МОЕГО КРАЯ

Кучерлябская Мария Олеговна

Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна

*ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

Каждый человек должен не только изучать историю своего родного края, его традиции, но и обязан сохранять духовные ценности родного региона.

Мы живем в демократическом государстве и его основной задачей является создание самых благоприятных условий для реализации прав и свобод человека. Особая роль в организации эффективной работы государства играет система органов местного самоуправления.

Становление и развитие местного самоуправления как социального института имеет богатую историю. Это был сложный процесс, который состоял из нескольких этапов.

Первым этапом является период Екатерины II, при которой появились губернские и уездные дворянские собрания, городские думы, приказы общественного призрения, земские суды. Вся система самоуправления строилась по сословному принципу.

Вторым этапом в развитии местного самоуправления в России были земская (1864 г.) и городская (1870 г.) реформы Александра II. Положением о земских учреждениях создавались выборные земские собрания (губернские, уездные), которым поручалось общее заведование местными хозяйственными делами, включая школы, больницы, дома призрения и др. Земские и городские органы не были подчинены местной государственной администрации, однако свою деятельность они осуществляли под контролем министра внутренних дел и губернаторов.

Александр III, своим положением о земских и городских учреждениях усилил государственное влияние на принятие решений, тем самым ограничив деятельность местной власти.

Новая попытка проведения реформы местного самоуправления была предпринята после Февральской революции 1917 г. 21 мая 1917 г. Временное правительство России приняло пакет законов о земской и городской реформе. В короткие сроки было воссоздано более 9,5 тыс. волостных земств, проведены выборы в волостные и уездные земства. Однако довести до конца эту реформу не удалось, наступил октябрь 1917 г. Все самоуправленческие зачатки в городах и в деревне были ликвидированы, а сам термин «самоуправление» надолго исчез из словарного оборота. Установившаяся жесткая централизованная система государственного руководства сверху донизу была закреплена Конституцией СССР 1936 г. и Конституцией РСФСР 1937 г. и сохранилась почти без изменений до конца 1980-х гг.

Интерес к идее местного самоуправления возник вновь с началом «перестройки», во второй половине 1980-х гг. 9 апреля 1990 г. был принят Закон СССР «Об общих началах местного самоуправления и местного хозяйства в СССР». В 1991 г. был принят Закон РСФСР «О местном самоуправлении в РСФСР». Эти и последующие законы позволили начать возрождение местного самоуправления на новых основах, при демократических, альтернативных выборах и в условиях многопартийности.

История становления и развития органов местного самоуправления в Камышине полностью отражает процессы реформирования России в целом. В Камышине сохранился Дом бывшей Земской управы и считается одним из наиболее красивых исторических зданий как в Волгоградской области, так и в Нижнем Поволжье. Строительство огромного здания обошлось почти в 80 тысяч рублей.



Рисунок 1. Дом Земской управы начала XX века

У города Камышина таких средств не было и тогда граф Олсуфьев, уездный предводитель Камышинского дворянства, выдаёт городу кредит из своих личных средств – 40 тысяч рублей.



Председатель
Дмитрий Адамовичъ
графъ ОЛСУФЬЕВЪ.

Рисунок 2. Уездный предводитель Камышинского дворянства, граф Олсуфьев.

Земский дом был построен в Камышине в начале XX века. Архитектор Тимофеев использовал в своём проекте мотивы московско-ярославского зодчества.

За сто с лишним лет через парадные двери этого здания прошествовало большое количество знаменитостей: губернатор Саратовской губернии Пётр Аркадьевич Столыпин, лидер «белого движения» барон Врангель, политик Лев Троцкий, писатель Михаил Шолохов и лётчик-герой Алексей Маресьев. Камышинский земский дом признан памятником архитектуры федерального значения. С 1961 года в здании разместился городской историко-краеведческий музей, который любезно и предоставил нам ряд документов для ознакомления.

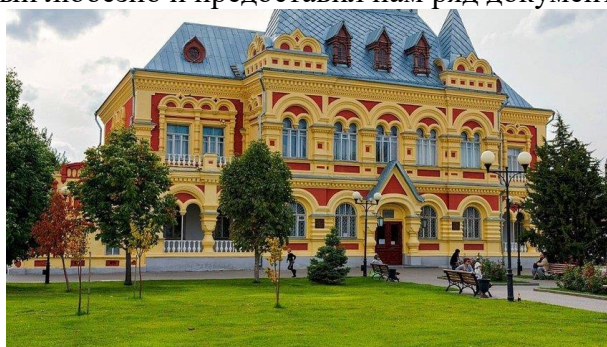


Рисунок 3. Дом Земской управы в настоящее время

Так нами была изучена «Смета расходов и доходов Камышинской Земской управы», а также «Отчет о деятельности органов местного самоуправления».

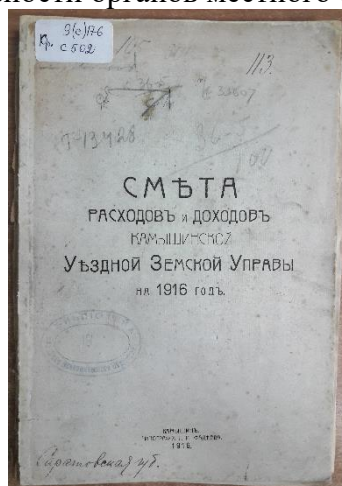


Рисунок 4. Отчетные документы Камышинской Уездной управы.

Оказывается, Камышинская Земская управа занималась такими вопросами как: строительство и содержание дорог, медицина, благоустройство, ветеринария, агрономия, народное и профессиональное образование, содержание земских станций, и пр.,

Нам хотелось бы привести отрывок документа о перевозке пассажиров начала XIX века. Здесь мы видим расписание работы земских станций, а также пункты назначения. Мы с удивлением обнаружили названия деревень, существующих на сегодняшний день, таких как: Дубовка, Гусевка и многие др.

РОСПИСАНИЕ
земских станционных пунктов, съезжающих сюда по
шоссейной, существовавшей с 1872 году, и приволагодичной на
1873 год по Камышинскому уезду.

№	Название станции	Время отъезда	Примечание
1	Саратовская	12	
2	— Камышинская	1	
3	— Дубовка	5	
4	— Гусевка	8	
5	— Давыдовка	11	
6	— Давыдовка	14	
7	— Давыдовка	17	
8	— Давыдовка	20	
9	— Давыдовка	23	
10	— Давыдовка	26	
11	— Давыдовка	29	
12	— Давыдовка	32	
13	— Давыдовка	35	
14	— Давыдовка	38	
15	— Давыдовка	41	
16	— Давыдовка	44	
17	— Давыдовка	47	
18	— Давыдовка	50	
19	— Давыдовка	53	
20	— Давыдовка	56	

Рисунок 5. Расписание работы земских станций.

Что же в самом документе: «В настоящее время у нас 44 станции. из них 242 лошади...Земские станции расположены в уезде правильно и изменений в их распределении не требуется. ... Текущий 1873 год, по случаю неурожая, потребует несравненно больших расходов на содержание земских станций. ...»

О жизни города в этот период рассказывает газета, представленная на слайде. Как мы видим в городе совершались преступления.

К сожалению, очень мало сохранилось документов, подтверждающие деятельность земской управы. Работники музея рассказывают о пожаре в архивах города Саратова (Камышин в этот период относился к Саратовской губернии).

На сегодняшний день вопросами местного значения занимается администрация городского округа – город Камышин. К ее ведению относятся вопросы: теплоснабжение, безопасность дорожного движения, транспортные услуги населению, участие в профилактике терроризма и экстремизма и многое другое.

Муниципальные органы сегодня не только решают самые насущные жизненные проблемы людей, они являются важнейшим слагаемым в деле формирования гражданского общества в современной России, составляют одну из основ демократического строя. Практическое развитие местного самоуправления предусматривает постановку и решение вопросов совершенствования правовых, территориальных и организационных основ местного самоуправления.

В настоящее время проблема местного самоуправления является объектом пристального внимания со стороны политиков, юристов, экономистов, социологов и, разумеется, историков.

XXI век - век информационных технологий, Но, не смотря на эти достижения в целом по стране, в отдельных уголках нашей Родины, лежат поселки и деревни, куда не всегда в полном объеме доходят блага цивилизации. И вот как раз эту проблему и решает местное самоуправление.

Список использованных источников:

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020)
 2. Федеральный закон № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ» от 06.10.2003 г.
 3. Федеральный закон "Об общих принципах местного самоуправления в РФ" от 28 августа 1995 г.
 4. Иванов С. О. История Камышина. - М., Белый волк, 1999 г.
 5. Илларионова Е.В., Фомина А.С. История отечества. – М, 2004 г.
 6. Исаев И.А. История государства и права России. — М., 2016 г.
 7. Фадеев В.И. Муниципальное право России. - М., 2012 г.
- Интернет - ресурсы:
kamyshin-volga.livejournal.com › tag › Смелов

КУРСКАЯ ДУГА. ПРОХОРОВКА: И ПЛАВИЛАСЬ БРОНЯ...

Янюк Дарья Евгеньевна
 Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
 ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
 имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин

Великая Отечественная война 1941-1945 г. закончилась победой советского народа над гитлеровской Германией. Победа досталась Советскому Союзу большой ценной. Героизм, мужество, отвага советского народа, проявленные в ходе сражений Великой Отечественной войны, заслуживают вечной памяти. За эти четыре долгих и тяжелых года, наша страна пережила бесчисленное количество сражений и некоторые из них навечно вошли в военную историю как битвы, определившие исход самой страшной войны в истории человечества.

После поражения под Сталинградом немецкое руководство решило начать летом 1943 г. новое наступление. Весной 1943 г. был разработан план операции «Цитадель», который предусматривал наступление в районе Курска.

Курская битва является одной из крупнейших и успешных битв Красной Армии, которая длилась 50 трудных, мучительных дней и ночей, с 5 июля по 23 августа 1943 г. и включала три крупные стратегические операции Красной Армии:

Курскую оборонительную (5-23 июля); и наступательные:

Орловскую под названием «Кутузов» (12 июля - 18 августа)

Белгородско-Харьковскую под название «Полководец Румянцев» (3-23 августа)

Особые надежды германское командование возлагало на применение новой боевой техники - танков «Тигр» и «Пантера», штурмовых орудий «Фердинанд».

Советской военной разведке удалось своевременно вскрыть подготовку немецкой армии к крупному наступлению на Курской дуге.

Проанализировав обстановку, Ставка Верховного Главнокомандования приняла решение временно перейти к обороне на Курском выступе и в ходе оборонительного сражения обескровить ударные группировки врага и этим создать благоприятные условия для перехода советских войск в контр наступление, а затем в стратегическое наступление. Привлекаемые к Курской операции войска Центрального (командующий - генерал армии Константин Рокоссовский), Воронежского (командующий - генерал армии Николай Ватутин), Степного (командующий генерал-полковник Иван Конев) по ряду показателей превосходили противника.

Таблица 1

Соотношение сил и средств на советско-германском фронте к началу июля 1943 г.

Силы и средства	Силы противоборствующих сторон
-----------------	--------------------------------

	Германия	СССР	Соотношение сил и средств
Солдаты и офицеры	900 000	1 900 000	2,1
Орудия и минометы	10 000	26 500	2,5
Танки и САУ	2 700	4 900	1,8
Самолеты	2 000	2 900	1,4

Войска Центрального, Воронежского фронтов и Степного военного округа создали мощную оборону, включавшую 8 оборонительных полос и рубежей общей глубиной 250–300 км. Оборона строилась как противотанковая, противоартиллерийская и противовоздушная с глубоким эшелонированием боевых порядков и фортификационных сооружений, с широко развитой системой опорных пунктов, траншей, ходов сообщения и заграждений. По левому берегу Дона был оборудован государственный рубеж обороны. Глубина полос обороны составляла на Центральном фронте 190 км, на Воронежском – 130 км.

И вот тут нам хотелось бы провести параллель между событиями прошлого и современности.

Военный эксперт Василий Дандыкин сравнил ситуацию в зоне специальной военной операции (СВО) с событиями 1943 года перед Курской битвой. Его слова передает газета «Известия». «Мы тогда сознательно ушли в оборону, а наши противники готовили решающее наступление», «Мы, как и в 1943 году, конечно, с поправкой на средства поражения, начали наносить упреждающие огневые удары. Они приходятся по штабам, скоплениям войск, а также по складам топлива и боеприпасов, дефицит или отсутствие которых сорвет любую атаку».

12 июля обе противоборствующие группировки перешли в наступление, нанося удар на прохоровском направлении по обе стороны железной дороги Белгород – Курск. Развернулось ожесточенное сражение. Основные события произошли юго-западнее Прохоровки. С северо-запада на Яковлево наносили удар соединения 6-й гвардейской и 1-й танковой армий. А с северо-востока, из района Прохоровки, в том же направлении наносили удар 5-я гвардейская танковая армия с приданными двумя танковыми корпусами и 33-й гвардейский стрелковый корпус 5-й гвардейской общевойсковой армии. Восточнее Белгорода удар предпринимался стрелковыми соединениями 7-й гвардейской армии. После 15-минутного артиллерийского налета 18-й и 29-й танковые корпуса 5-й гвардейской танковой армии и приданные ей 2-й и 2-й гвардейский танковые корпуса утром 12 июля перешли в наступление в общем направлении на Яковлево.

15 июля нанесли удар по врагу войска правого крыла Центрального фронта. 5 августа войска Брянского фронта освободили Орел. В тот же день войска Степного фронта освободили Белгород. В ходе ожесточенных боев войска Степного фронта при содействии Воронежского и Юго-Западного фронтов 23 августа освободили Харьков.

На Прохоровском поле количество танков сражалось против их качества. Наши танки уступали немецким. Курская битва была жестокой, тяжелой и беспощадной. Победа в ней досталась советским войскам большой ценой.

Таблица 2

Соотношение общих людских потерь и военной техники:

Соотношение общих людских потерь в Курской битве вермахта и Вооружённых сил СССР составляет	1:1,7
По орудиям и минометам	1:1,7
По танкам и САУ	1:4
Самолеты	1:2,3

Провал германской операции «Цитадель» оказал решающее влияние на весь дальнейший ход войны. Вооруженные силы Германии после Курска вынуждены были перейти к стратегической обороне. Произошел коренной перелом в ходе войны.

Поражение и разгром под Курском изменило настроение и боевой дух немцев на то, что им удастся перехватить стратегическую инициативу в войне на востоке в пользу Третьего рейха.

За подвиги в Курской битве свыше 100 тыс. человек награждены орденами и медалями, 231 человек удостоен звания Героя Советского Союза, 132 соединения и части получили гвардейское звание, 26 удостоены почётных наименований Орловских, Белгородских, Харьковских и Карачевских.

«Что такое Курская битва? Это не только историческое событие, но и символ. Мы часто слышим, что история циклична, и в этом действительно что-то есть, поскольку сегодня наши бойцы на передовой СВО точно так же громят нацистские формирования, как это делали наши предки 80 лет назад в дни Курской битвы. Российский человек является героем вне времени: его патриотизм, служение Отечеству и другие ценности никак не зависят от эпохи, в которую происходят события, а сами ценностные установки и традиции передаются из поколения в поколение. Именно поэтому каждая памятная дата Великой Отечественной войны – символ скорой победы героев России над неонацистскими силами Украины и коллективного Запада.

Фраза «Быть достойным памяти предков» - для современной молодежи не пустой звук! Сейчас, когда пришло время защитить интересы Родины, молодое поколение не подвело и доказало: предков достойны! Каждый день мы узнаем о наших героях в рамках специальной военной операции на территории Украины, которым, как в песне, «нет двадцати пяти». Но их подвиги как будто сошли со страниц книг о Великой Отечественной войне.

Среди участников специальной военной операции на территории Украины есть и выпускники нашего колледжа. К сожалению, есть и погибшие...

Разве могли предполагать участники битвы под Курском, что спустя всего лишь 80 лет из освободителей они превратятся в оккупантов, что те, кто были врагами, в один момент станут героями, а их внуки и правнуки вновь встанут на борьбу с неонацизмом...

И поэтому сегодня, как никогда, мы должны изучать документальную хронику, монографии, рассказы очевидцев событий Великой Отечественной войны. И это не только наш долг перед павшими, это необходимо нам самим, чтобы не забыть, кто мы!

Список использованных источников:

1. *Б90 Курская битва. Перелом. Сражение на ложном фланге Курской дуги. Крах операции «Цитадель». Июль 1943 г. - М.: ЗАО Издательство Центрполиграф, 2012. - 543 с. - (На линии фронта. Правда о войне).*
2. *Деборин Г.А. и Тельпуховский Б.С. Д 25 Итоги и уроки Великой Отечественной войны./ Деборин Г.А. и Тельпуховский Б.С. - М.: Изд. 2-е, доработ. М., «Мысль», 1975,*
3. *Лубченков Ю.Н. 100 Великих сражений Второй мировой войны./ Лубченков Ю.Н. - М.: Вече, 2005. - 480 с.*
4. *Проказов Б.Б. Детская энциклопедия военного дела. Великая Отечественная война / Проказов Б. Б. — М.: Издательство АСТ, 2016. - 192 с.:*
5. *Танки.- Смоленск: Русич, 2015.-64 с., ил.- (История оружия).*

Ресурсы Интернет

1. *Администрация Курской области: сайт: <http://adm.rkursk.ru>*
2. *Министерство обороны Российской Федерации (Минобороны России): сайт: <http://mil.ru>*
3. *Министерство культуры Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное учреждение культуры «Центральный музей Великой Отечественной Войны 1941-1945 г.г. победы, Сборник материалов международной научно-практической конференции, состоявшейся 2 июля 2013 года в Центральном музее Великой Отечественной войны. <https://victorymuseum.ru>.*

БЛОКАДНАЯ БЫЛЬ

Янюк Дарья Евгеньевна

Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин

Германское командование придавало захвату Ленинграда важное стратегическое и политическое значение, поэтому фашистские войска приступили к наступлению на город в июле 1941 года, а в августе тяжелые бои уже шли на подступах к городу. Планы немецко-фашистского командования не оставляли Ленинграду будущего. В директиве германского командования от 22 сентября 1941 года №1601 значилось:

«... Фюрер принял решение стереть Ленинград с лица Земли. После поражения Советской России, дальнейшее существование этого крупнейшего населённого пункта не представляет никакого интереса <...> В этой войне, ведущейся за право на существование, мы не заинтересованы в сохранении хотя бы части населения...».

Для осуществления этого плана противник не жалел ни сил, ни вооружения: по городу было выпущено около 150 тысяч снарядов и сброшено более 107 зажигательных и фугасных бомб.

И хотя противнику не удалось взять Ленинград с ходу, город оказался отрезанным от Большой земли. 8 сентября 1941 года - день, навсегда врезавшийся в умы и сердца людей всего мира. в этот день началась блокада Ленинграда, сомкнулось фашистское кольцо вокруг города на Неве.

Блокада города-героя продолжалась 872 дня и стала самой кровопролитной в истории человечества. За это время погибло 632 тысячи человек (по информации, прозвучавшей на Нюрнбергском процессе), по другим данным эта цифра достигает 1 млн. 97% жителей Ленинграда умерли от голода и только 3% - погибли во время бомбежек.

Дети и война понятия не совместимые! Однако юным ленинградцам пришлось вместе со взрослыми перенести всю трагедию осажденного города. Детям было хуже, чем взрослым. Они не понимали, что происходит....Но детским чутьём они понимали, что в их дома пришла большая беда дети быстро расстались с детством, выросли не по годам.

Мы хотим рассказать о двух наших земляках, которым удалось не только пережить самое страшное время блокады - это 1941-1942 гг, но, оставшись сиротами, выжить в эвакуации, опираясь друг на друга. Герои исследования - Иванов Виктор Васильевич - папа нашего преподавателя по истории - Яковлевой (Ивановой) Светланы Викторовны и его сестра - Воробьева (Иванова) Зинаида Васильевна.



Рис. 1 Фото Иванова В. В. и Воробьевой З. В. 1950-е годы.

Родились Зинаида Васильевна 17.04.1930 г. рожд., и Виктор Васильевич 02.06.1932 г. рожд. в с. Поповка, Новодугинского района Смоленской области. В 1939 г. вся семья переехала в г. Ленинград. Жили на проспекте Стачек, рядом с Кировским заводом. Родители работали на стройке и ждали получения квартиры, дети ходили в школу № 13, которая находилась рядом с домом. Но все мечты и планы нарушила война. До войны Зина окончила 4 класс, а Витя - 1 класс. Отец с первых дней ушел на фронт и погиб в 1944 г.. Мать с двумя детьми осталась в блокадном городе. На всю жизнь Виктор Васильевич запомнил начало войны - это бесконечный поток военных и моряков, которые проходили по проспекту Стачек на защиту города и громко пели: "Ленинград мы не сдадим - красную столицу!"

Зима 1941-1942 года была голодной и холодной. Когда не было снега, воду набирали из воронок от снарядов, куда она стекала из разорванного водопровода. От голода Витя с мамой слегли.

Виктор Васильевич вспоминал: "За продуктами ходила Зина, маленькая ростом, худенькая держалась очень стойко. Ходила выкупать хлеб по 125 гр. на человека, растаивала снег, грела два кирпича и клала их под одеяло к ногам мамы и моим. Она спасла нам жизнь!"

Из воспоминаний Зинаиды Васильевны: " Нам выдавали продуктовые карточки, в которых значились и крупа, и сахар, и мука. Но в магазинах-то ничего этого уже не было. Мы получали только хлеб, за которым в стужу нужно было весь день выстоять очередь. Идя назад, следить, чтобы никто не выхватил и не проглотил эту вымученную пайку. Чаще всего за хлебом ходила я. Я одевала папины валенки, вешала бидончик на руку зажимала карточки в руку, чтобы никто не отнял и отправлялась за продуктами. В столовой завода давали дрожжевой суп и по ложке каши. Однажды, когда ставила чашку каши в сумку, какой-то мальчишка подбежал, схватил кашу в руку и съел ее. Я плакала всю обратную дорогу. Витя настолько ослабел, что руки-ноги у него отказывали, он не мог подняться. Как только брат просыпался, начинал кричать: «Дайте мне хлеба! Я умираю!» А дать ему нам было нечего."

Сначала все ленинградские школы работали в обычном режиме, но уроки часто прерывались воем сирен. Какая уж тут учёба... Пришлось брату с сестрой, пока мама работала, оставаться дома. Свои 125-граммовые пайки хлеба ребята делили на три раза. Каждый кусочек они крошили в растопленный снег. Больше никакой воды достать было невозможно.

Еду добывали своими силами. Поэтому только-только весной появились проталины и в них – первые травинки, детвора стала пробираться под обстрелами к полям. Ползали по земле, набирали мешки зелени. Потом свою добычу приносили домой. Обливали кипятком, измельчали мясорубкой. Формировали из этой массы лепёшки и пекли прямо на плите, затем смазывали вместо масла где-то раздобытой мамой олифой. Так казалось вкуснее.

На первом этаже дома, где проживала семья Ивановых, разместили военных, её Витя стал подстерегать момент мытья посуды после еды, повар вместе с водой выплёскивал на снег кости. Собрав с земли, Витя нёс кости в свою комнату и бросал их в огонь буржуйки. Голодные дети оттуда выкатывали и догрызали... "Мама возвращалась и ужасалась, какими чёрными от копоти становились наши лица..." – вспоминает Зинаида Васильевна

Еще детские воспоминания связаны с горой трупов, которые находились повсюду... Только в самом начале блокады для умерших ещё делали гробы или что-то подобное. Позже стали заворачивать тела в простыни, обвязывать верёвкой и так тащить до кладбища. У кого сил не было, оставляли трупы в доме. Тела лежали там штабелями, как дрова. За ними приезжала машина. Рабочие взваливали трупы на плечи, грузили их и отвозили на Пискаревское кладбище, чтобы похоронить в братских могилах.

Уже после войны, в 60-е годы, там сделали мемориальный комплекс, посвящённый жертвам блокады.

Однажды на глазах всей семьи немецкий снаряд угодил в здание школы, где располагался госпиталь. Через дыру в стене увидели багровые от крови раненых простыни. Услышали стоны умиравших бойцов.

Эвакуироваться Семье Ивановых удалось летом 1942 года. И то не сразу, потому что на Ладоге начался шторм. Пока ждали подходящей погоды, прятались в высоких кустах.

Впервые за долгое время Зина, Витя и их мама тогда наелись досыта. В полевой кухне всех кормили манным супом, и можно было подойти за добавкой раз, другой, третий... Почти месяц эвакуированных блокадников везли в товарных вагонах. Они не знали, куда. Оказалось, в Башкирию. На станции их встретили местные жители. У каждого в руках было что-то съестное для прибывших. Два года прожила среди добросердечных башкиров семья Ивановых. Только оправилась, как нагрянула новая беда. Отравилось много народа, собравшего в поле колоски. Среди них – мама Зины и Вити. Полежала она в больнице, помучилась, да и умерла. Детям о её смерти сказали только через месяц. Где похоронена, когда, точно, никто не знает. А вскоре пришла горькая весть о гибели отца ... Многого пришлось пережить сиротам. Зина ходила мыть полы у добрых людей, Витя пас скот. Предложение. отправиться в детский дом брат с сестрой отвергли - побоялись потерять друг друга.

После войны судьба привела брата с сестрой в г. Камышин, они приехали к дяде, родному брату отца, который находился здесь в госпитале после ранения.

Виктор Васильевич проработал в стройтресте, оттуда и вышел на пенсию. 05.02.1915 года его не стало...Виктор Васильевич награжден нагрудным знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и юбилейными медалями "50 лет Победы в ВОВ 1941-1945 гг", "60 лет Победы в ВОВ 1941-1945 гг", "70 лет Победы в ВОВ 1941-1945 гг".



Рис. 2 Иванов В.В. в разные периоды жизни

Зинаида Васильевна проработала в Петровальском депо. Пережила своего брата она на 9 лет. Нам удалось пообщаться с ней, собирая материал к 80-летию снятия Блокады Ленинграда. Но 4 февраля 2024 года ее не стало. ВЕЧНАЯ ПАМЯТЬ!

Зинаида Васильевна награждена нагрудным знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и юбилейными медалями "50 лет Победы в ВОВ 1941-1945 гг", "60 лет Победы в ВОВ 1941-1945 гг", "70 лет Победы в ВОВ 1941-1945 гг".



Рис. 3. Воробьева З. В. в разные периоды жизни

Ленинградцев, заставших блокаду, с каждым годом становится все меньше и меньше. И, пока они живы, нам необходимо постоянно учиться у них той силе духа, которая сохранила город непобежденным. Сегодня наш черед показать себя их достойными внуками и правнуками.

К сожалению, фашизм не изжил себя. Сопоставление современных событий на Донбассе с событиями Великой Отечественной уже никому не кажется надуманным, и даже наоборот, мы все больше приходим к пониманию важности опыта наших предков.

Дети и взрослые должны четко осознавать то, что история во многом повторяется и фашизм, о котором столь часто нам приходится говорить в новой мировой истории, он все тот же - пришел из подполья сороковых годов в новом облики. Хочется, чтобы страница истории перевернулась и началась новая эра - без фашизма. Но для этого нужна окончательная победа над всеми формами его проявления!

Именно дети несут заряд энергии будущего. Всепобеждающую силу, которая именуется связью с предками, нужно обязательно направить в будущее. Современные российские дети - вовсе не пропавшее поколение, как многие склонны считать, а поколение какого-то тонкого чувственного понимания происходящего. Необходимо просто раскрывать этот потенциал, давая им знания самого лучшего качества, прививая и пробуждая в них наши культурные ценности.

Список использованных источников:

1. *Архив семьи Ивановых и Воробьевых.*
 2. *Блокадная книга: в 2т./ сост. Е.Т. Боброва, П.В. Бобров, Н.С. Катченкова – Владивосток: Русский Остров, 2014. – 240 с.*
 3. *Блокадники. - Волгоград: Комитете по печати, 1996. - 152 с.*
 4. *Евсеева - Ильина Они пережили блокаду. Ленинград Книга Памяти Т. 4 Санкт-Петербург : Селеста, 2004*
 5. *Сухачев М.П. Дети блокады: повесть / Михаил Сухачев – М.: Дет.лит., 2015. – 268 с.: ил.*
- Интернет - источники:*
<https://vizz.nlr.ru/blockade/show/1953453>
<https://vizz.nlr.ru/blockade/show/1634103>

РАЗВИТИЕ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ НА ПРИМЕРЕ КАМЫШИНСКОГО УЕЗДА САРАТОВСКОЙ ГУБЕРНИИ

*Мартыненко Евгений Алексеевич,
Шведюк Варвара Анатольевна
Руководитель: Толстокорая Татьяна Николаевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Актуальность изучения развития земской медицины связана с тем, что в настоящее время существенно повысился интерес к изучению истории земства, его деятельности в области здравоохранения. Использование опыта, накопленного земской медициной, важно для организации современного здравоохранения, приоритетными направлениями развития которого являются совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению, профилактика заболеваний, сохранение и улучшение здоровья нации.

Объект нашего исследования - земская медицина.

Предметом исследования является деятельность земства по организации медицинского обслуживания населения на примере Камышинского уезда Саратовской губернии.

Цель данной работы: изучение становления земской медицины в российской империи на примере Камышинского уезда Саратовской.

Задачи исследования – изучить и проанализировать теоретические источники по теме исследования.

Для достижения поставленной цели использовался метод анализа исторической литературы.

Земская медицина была создана в 60-х годах 19в. в земских губерниях Европейской части России. Несмотря на множество сложностей, передовые русские земские врачи создали оригинальную систему медицинского обслуживания сельского населения - участковую. Земская медицина оказала огромное влияние на развитие русской медицины, способствовала внедрению профилактического направления, занималась санитарно-статистическими исследованиями заболеваемости, демографии и физического развития.

Помимо содержания больницы в Камышине, уездному земству на первых порах приходилось финансировать разъездную деятельность врачей и фельдшеров - из-за их нехватки. Некоторые доктора, фельдшеры и санитары выезжали в села и деревни уезда для приема больных. Такая "разъездная" система действовала в конце 1860-х – начале 1870-х годов. Амбулаторную помощь заболевшим крестьянам оказывали бесплатно, так как уездное земство выделяло средства для приобретения медикаментов.

Рассмотрим становление земской медицины в Камышинском уезде Саратовской губернии на примере изучения биографии земского врача, хирурга и эпидемиолога Сементовского Павла Петровича (1865-1940).

Нами были изучены и проанализированы теоретические источники по теме исследования. Кузнецова Л.В. в книге "Очерки о провинциальной медицине" подробно описала работу Сементовского П.П. в должности земского врача. Земский врач - врач общей практики, служащий в земской медицине, обслуживавшей главным образом крестьянское население Павел Петрович Сементовский начал работать в Камышине в декабре 1901 года, возглавив земскую больницу. Было ему в ту пору тридцать шесть лет. Он родился в станице Кундровино Троицкого уезда Оренбургской губернии, получил диплом врача в 1893 году, сдал экстерном экзамены в Харьковском университете. Тогда же участвовал в ликвидации эпидемии холеры, а в начале двадцатого века - сибирской язвы легочной формы, когда вместе с будущим Президентом Академии наук Украины Д. К. Заболотным выделил микроб возбудителя и ликвидировал очаг заболевания в Камышинском уезде. Эта работа получила высокую оценку на губернском совещании в Саратове.

Сементовский П.П. был многоплановым специалистом, но больше всего совершенствовался в хирургии. Его мастерство в этой области отмечал известный в России профессор хирургии Сергей Иванович Спасокукоцкий, который приезжал в Камышин посмотреть на операции главного врача земской больницы и сам проводил их. Павел Петрович Сементовский читал много отечественной и зарубежной медицинской литературы, сам писал статьи, рефераты и, перенимая опыт, внедрил много нового в практику местной медицины. Например, впервые были освоены лабораторная диагностика туберкулеза, метод пневмоторакса и многое другое. [2,с.14].

Изучив труд Фельдмана С.Л., Сементовского П.П. "Обзор состояния земской медицины в Камышинском уезде в период 1908-1911 гг.", мы выяснили, что врач Сементовский П.П. проявил себя и умелым организатором здравоохранения. Он постоянно добивался расширения больничной сети, ставил вопрос о переводе разъездной медицины в стационарную, самостоятельно составлял планы и чертежи на постройку земских больниц в Камышинском уезде. В "Заявлении врача Сементовского о необходимых постройках в Камышинской больнице" Уездному Собранию в 1902 г. говорится о необходимости устройства в больнице кабинета для микроскопических и бактериологических работ; о выделении амбулатории от остальной части лечебницы и обустройства в ней отдельного входа; устройство дезинфекционной камеры при больнице; устройство ледника для лечебных целей. Наконец, по мнению Сементовского, в такой больнице, как Камышинская, был

необходим летний барак на 25 коек, что давало возможность проветривать лечебное помещение и ремонтировать его, не прекращая лечения больных [1,с.284]. Под его руководством в 1911-1913 годах велась активная борьба с туберкулезом. В частности, с благотворительной целью были проведены праздники "Белой ромашки" и на собранные средства построена кумысолечебница на 10 мест в Балберочном овраге для лечения больных этим тяжёлым недугом. Бедных больных лечили в ней бесплатно. Снимки кумысолечебницы были помещены в Гигиеническом музее Петербурга и Москвы. 18 сентября 1911 г. в Камышине был создан Отдел Всероссийской Лиги для борьбы с туберкулезом, который в течение ряда лет возглавлял врач П. П. Сементовский. Камышинский Отдел проводил не только лечебную, но и просветительскую работу. Члены Правления выступали с лекциями в сёлах уезда, распространяли дешёвые популярные издания. Деятельность возглавляемого Сементовским правления Камышинского отдела Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом отмечена малой серебряной медалью, а сам Павел Петрович был награжден грамотой Международной ассоциации, присланной в 1913 году из Берлина за достигнутые успехи в борьбе с туберкулезом в Камышинском уезде.

Работал он очень много, был специалистом широкого профиля, о чем свидетельствуют отпечатанные в Камышинской типографии Фадеева доклады, рефераты, отчеты. В фондах Камышинского историко-краеведческого музея хранятся следующие работы Сементовского:

- "Эпидемия легочной формы сибирки в Саратовской губернии и меры борьбы с ней". Доклад VIII Губернскому Съезду врачей и председателей земских управ.
- "Ассенизация больниц". Доклад IX Губернскому Съезду земских врачей и председателей земских управ Саратовской губернии.
- "Бочечно-вывозная система удаления нечистот из сельских лечебниц". Доклад комиссии при Отделе народного здравия при Саратовской Губернской Земской Управе.
- "Эпидемия сибирской язвы (ANTRAX) внутренней формы в Камышинском уезде". Доклад Медицинскому Совещанию при Саратовской Губернской Управе 20 мая 1902 г.
- "О питании стационарных больных в земских больницах Саратовской губернии". Доклад X Съезду врачей и председателей земских управ Саратовской губернии.
- "Доклад врача П. П. Сементовского о X Пироговском съезде врачей по поводу холеры".

Своей кипучей деятельностью Сементовский П.П. заслужил признание, много лет подряд избирался членом Камышинской земской управы. Был он и членом уездной управы. А в годы гражданской войны Павел Петрович активно помогает Красной Армии. В Камышине создавались лазареты для раненых и больных, поступавших с Царицынского фронта. Он организовал и возглавил коллегия военных врачей, был главным консультантом-хирургом, не отрываясь от своих дел в земской больнице.

В трудные годы становления советской власти Сементовский активно работал во многих комиссиях и секциях, налаживая жизнь лечебных учреждений, борясь с эпидемиями, голодом и детской беспризорностью; неоднократно он поднимал вопросы о повышении материальной обеспеченности лечебных учреждений и финансовой поддержке медицинских работников.

В 1923 году, когда отмечалось пятилетие советского здравоохранения, Павел Петрович был удостоен звания Героя Труда (местного значения). Оно было введено тогда правительством. А в 1933 году Сементовский был удостоен этого звания вторично. Еще через пять лет он был на съезде передовиков области в Сталинграде, где узнал, что его заслуги в развитии здравоохранения отмечены Президиумом Верховного Совета РСФСР назначением ему персональной пенсии [2,с.39].

Скончался Павел Петрович Сементовский в июле 1940 года по дороге на один из курортов Крыма, куда поехал по путевке вскоре после юбилея. Вся его жизнь и деятельность является примером беззаветного служения благородному делу - сохранению и укреплению здоровья людей. Камышане помнят и чтут этого замечательного человека. В экспозиции городского историко-краеведческого музея есть целый раздел, посвященный Павлу Петровичу Сементовскому.

Важным показателем развития земской медицины является увеличение числа лечебных заведений. В 1890 г. в уездах Саратовской губернии насчитывалось 45 земских больниц, что составляло 88% от общего числа больниц в губернии. По данным за 1902 г., наиболее доступной земской больничной помощью пользовалось население большинства уездов: в том числе и Камышинского – 28591 чел. [3,с.82].

Назаров В.В. в труде "Земское здравоохранение Саратовской губернии в 60-е г.г. XIX – начале XX вв." отмечал, что уездные земские больницы представляли собой достаточно хорошо оборудованные лечебные заведения с хирургическими отделениями. В 1910 г. медицинский персонал уездных земств Саратовской губернии насчитывал в общей сложности 142 (25,6%) врача и 412 (74,4%) фельдшеров. Наибольшее число земско-медицинских служащих было в следующих уездных земствах: Аткарском – 19 врачей и 56 фельдшеров, Балашовском – 21 врач и 45 фельдшеров, Камышинском – 20 врачей и 54 фельдшера и Саратовском – 21 врач и 49 фельдшеров [3,с.84].

К основным достижениям земской медицины можно отнести: созданную систему внебольничной помощи сельскому населению, введенную бесплатную медицинскую помощь крестьянам в ряде земств, расширенную сеть больниц и приближение стационарной врачебной помощи сельскому населению; организацию противоэпидемической работы, создание земских санитарных бюро, проведение санитарно-статистических исследований, а также разработку и внедрение метода участковости. Эта форма организации оказания помощи сельскому населению сохраняет свое значение в настоящее время.

Итак, в ходе проведенного исследования мы сделали следующие выводы: земская медицина Камышинского уезда Саратовской губернии внесла большой вклад в развитие здравоохранения в нашей стране, заложила прочную основу для организации и проведения лечебно-медицинских мероприятий в последующие годы; проблемы, которые решали земства по устройству и развитию медицинского обслуживания населения актуальны и сегодня: бесплатность и доступность медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения; уровень подготовки и повышения квалификации медицинского персонала; материальная обеспеченность лечебных учреждений и финансовая поддержка медицинских работников.

Список использованных источников:

1. Камышинское уезд. земское собрание. Журналы Камышинского уездного земского собрания... [XXXVII] очередного... 1902 года, с докладами Управы / Камышинское уезд. земское собрание.: [Б.и.], 1903 .— 769 с.: ил. — URL: <https://rucont.ru/efd/79090> (дата обращения: 31.01.2024)
2. Кузнецова, Л.В. Очерки о провинциальной медицине. Волгоград 1993. 117с.: ил. — ISBN 5-87406-004-9.- Текст непосредственный.
3. Назаров, В.В. "Земское здравоохранение Саратовской губернии в 60-е г.г. XIX – начале XX вв. " – в. – Саратов: "Саратовский источник ", 2022. – 197 с.- ISBN 978-5-6049060-7-1.- Текст: непосредственный.

РЕВОЛЮЦИЯ КАК СПОСОБ СМЕНЫ ВЛАСТИ В НАШИ ДНИ

Стах Сергей Алексеевич
Руководитель: *Хампиева Светлана Алексеевна*
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин

Революции происходят в разных странах и в разные периоды времени, и каждая из них имеет свои особенности и причины. Сегодня революции все еще возможны, когда справедливая и казавшаяся нерушимой система останавливается и перестает выполнять работу. Однако революции могут привести к хаосу и насилию, к неожиданным результатам

для самих революционеров. Таким образом, выбранная тема остается актуальной и требует серьезного обсуждения и анализа в контексте каждой конкретной ситуации.

Цель исследования: рассмотреть тему революции как способ смены власти, проанализировав ее характерные черты.

Задачи:

1. Изучить этимологию термина "революция".
2. Систематизировать основные черты присущие революции.
3. Провести сравнительный анализ революционных черт и особенностей на примере октябрьской революции 1917 года и событий на Украине в 2014 году (Евромайдан).

Методы исследования: сравнительно-исторический метод, анализ.

Гипотеза: исходя из характерных черт и особенностей революций, на Украине в 2014 году, события, вошедшие в историю как Евромайдан, можно называть революцией или государственным переворотом.

Революция – это слово, которое используется во многих контекстах, но обычно оно предназначено для описания агрессивного свержения правительственной структуры или массового внезапного изменения социальных ценностей. Простыми словами революция - это процесс, при котором общество недовольное происходящим в их стране, смещает правительство силовым методом.

Термин революция впервые был употреблен во Франции в 17 веке в контексте описания перемены правительства. Однако сам термин имеет латинские корни и происходит от слова: "revolutio", что означает "вращение" или "поворот". Считается что в понятиях революция и государственный переворот имеются различия. В первом случае это более масштабные изменения общественно-политического и социально-экономического строя.[2]

Однако сам В.И. Ленин называл октябрьскую революцию 1917 года и революцией, и государственным переворотом. Мы будем исходить из того, что при государственном перевороте не привлекаются народные массы, а его осуществляет узкая группа людей, которая в итоге приходит к власти.

В мировой истории множество примеров революций, но мы будем рассматривать только две: Великую Октябрьскую революцию 1917 года и события на Украине в 2014 году (т.н. Евромайдан). Мы попытаемся сравнить характерные черты революций и их соответствие данным событиям.

Итак, начать хотелось бы с разбора общих черт всех революций, их несколько.[1]

1. Несогласие с существующим политическим, экономическим или социальным порядком.

Обычно, самым мощным двигателем общественного несогласия являются первые две составляющие: политический и экономический.

В 2013 году правительство Украины приостановило процесс подготовки к подписанию Соглашения об ассоциации между Украиной и Европейским союзом это стало официальной причиной начала событий Евромайдана. Приостановка процесса подписания соглашений для многих значила отказ правительства вести страну к западному прогрессу и евроинтеграции. Главное, что оппозиция обещала экономическое процветание. Предлагалось полностью поменять траекторию внешней политики, провести переориентацию с России на США и Евросоюз.

В 1917 году Российская империя находилась в довольно шатком положении. С одной стороны народ столкнулся с нищетой и бездействием действующей власти, а с другой с катастрофическим положением экономики России связанным с ее участием в первой мировой войне. Политическое устройство страны предлагалось изменить коренным образом, допустив к власти революционеров без соответствующих навыков и образования.

2. Массовое движение и активное участие населения.

Революция невозможна без народных масс, следовательно, чем больше людей вовлечено в этот процесс, тем наиболее вероятен благоприятный исход для восставших.

Рассмотрим наши примеры: во-первых, Евромайдан - это народный протест против действующей власти, в котором участвовало, по меньшей мере, 2400 человек - это внушительное число, учитывая, что позже эти настроения подхватят десятки тысяч украинцев. Цели, преследуемые этим всеобщим сопротивлением недостижимы без участия значительного количества населения страны. Опять же возвращаясь к нашим предыдущим словам, мы понимаем, что только разъяренная толпа будет готова пренебречь законами и выдавить со своего места действующую власть. Во-вторых, в Октябрьской революции приняли участие сотни тысяч людей и все они, вооружившись, утопили, Россию в крови руководствуясь идеологией спасения пролетариата от гнета капитализма. Из всего этого мы можем сделать вывод, что ни одна революция не способна свершиться без участия в ней значительного количества населения.

3. Цель изменить порядок и создать новую систему.

И тут мы тоже сталкиваемся с совпадениями. Участники Евромайдана выдвинули требование об отставке президента Януковича, дабы установить новое руководство, которое подарит стране светлое будущее и позволит народу жить как в Европе, а то и в самой Европе.

Ну а что же до Великой Октябрьской революции, то тут все более очевидно. Народ, недовольный существующей системой управления решает ее изменить, посредством полного сожжения установленного порядка и постройки на его руинах нового справедливого мира. Основными целями революции были установление рабочей власти, национализация промышленности и земельной собственности, а также проведение реформ в образовании, здравоохранении и других сферах жизни.

4. Насилие и конфликты.

Это, пожалуй, самая неотъемлемая характерная черта любой революции. Вспомните строки из стихотворения Куняева: "Добро должно быть с кулаками .." или поговорку "Цель оправдывает средства", конечно каждый по своему трактует их смысл, но чаще под этим понимают жестокие меры которые должны привести к справедливости. И в нашей теме этот пункт актуален.

На Украине 2013 год был ознаменован митингами на площади свободы, но кто бы мог подумать, что они обернутся в настоящую гражданскую войну. По всей видимости, люди которые выходили тогда на эту площадь не думали, что им придется отдать свою жизнь за навязанную идеологию. Небесная сотня - люди, погибшие во время Евромайдана, акций протеста на Украине в декабре 2013- феврале 2014 гг. Печально известная акция сожжения мирных граждан в Одессе в Доме профсоюзов, когда погибли десятки людей. Сколько людей погибли при насильственном установлении нового режима в отдельных областях Украины, никто не считал. Что же можно сказать о Великой октябрьской революции? А то, что жестокость и уровень насилия в 1917 году был запредельным. Улицы Петрограда были заполнены людьми - это были люди абсолютно разных чинов, но всех их объединяла общая цель. Но вот только каждый по-разному представлял себе способы ее достижения. Вооруженная толпа протестующих и заданный настрой запустили необратимую реакцию результатом, которой стали смерти миллионов.

Исходя из вышеописанных тезисов, можно утверждать, что наша гипотеза подтвердилась и Евромайдан на Украине 2014 года имеет скорее революционное происхождение, хотя можно выявить и некоторые черты государственного переворота. Сейчас всем ясно, что люди причастные к истокам данных революций, через какое-то время уходят в тень, выполнив свою миссию, зачастую щедро спонсированную зарубежными "друзьями". А спустя несколько лет становится очевидным и для народа, который использовали для достижения благозвучно звучащих целей, что по итогу сам этот народ получил совсем не то, что хотел.

Список использованных источников:

1. Голдстоун, Д. Как предсказать революцию: пять факторов / Д. Голдстоун. - Текст: электронный - URL: www.gazeta.ru (дата обращения: 12.01.2024).

ЛЕНИНГРАД: ЗАХВАТИТЬ ИЛИ УНИЧТОЖИТЬ

*Стах Сергей Алексеевич
Аскарлов Константин Дмитриевич
Руководитель: Хамтиева Светлана Алексеевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Исследовательская работа посвящена осмыслению событий в период блокады Ленинграда. Актуальность данной работы определяется тем, что до сих пор дискуссионными остаются вопросы, связанные с событиями блокадного времени 1941-1944 гг., в которых нашли отражение тяжелейшие и драматические условия жизни Ленинграда и горожан.[4]

27 января 2024 года исполняется 80 лет со дня снятия блокады города Ленинграда (Санкт-Петербург). Сколько бы ни писали историки и очевидцы этих страшных дней, все равно остаются вопросы, до сих пор являющиеся объектом научных дискуссии.

Цель нашей работы: изучить фактический материал, отражающий действительные намерения немецкого руководства в отношении судьбы Ленинграда и его жителей во время Великой Отечественной войны.

Задачи:

1. Изучить и проанализировать план "Барбаросса" и "Директивы по экономической политике" в части интересующей проблемы по захвату Ленинграда.

2. Провести анализ дневниковых записей командующего группой армий "Север" генерала-фельдмаршала Вильгельма Риттер фон Лееба и начальника генерального штаба сухопутных войск Германии генерала-полковника Франца Гальдера относительно блокады Ленинграда.

3. Провести опрос молодежи на тему "Блокада Ленинграда", позволяющий понять, что знает, чувствует, переживает наше молодое поколение накануне 80-летия данного события.

Методы исследования: анализ, сравнение, опрос.

Объект исследования: события Второй мировой войны, связанные с вторжением в СССР. Предмет исследования: задокументированный фактический материал 1940-1941 гг., позволяющий оценить намерения немецких войск в отношении захвата Ленинграда.

При изучении материала по блокаде Ленинграда, нас заинтересовал один проблемный дискуссионный вопрос, касающийся целей блокады. Что именно хотел Гитлер: уничтожить город или захватить его?

Если немцы хотели взять город, то для этого им надо было изнурить обороняющие город части РККА блокадой и принудить их к сдаче. Соответственно цель блокады сугубо военная, уничтожать гражданских не хотели: погибшее мирное население - это "сопутствующие потери". Или цель была уничтожить город, чтобы он перестал существовать и для этого годился метод применения голодомора к населению с последующим его истреблением. Ведь при штурме, немцы опасались огромных потерь в войсках, а также того, что город был заминирован, и это тоже повлекло за собой жертвы среди немецких войск.

Мы изучили материал по теме и увидели, что авторы многих исследований утверждая, что нацисты хотели взять Ленинград, ссылаются на план "Барбаросса" (директиву 21), где действительно говорится об овладении городом на Неве. Директива была подписана 18 декабря 1940 года. [3]

Однако, нам представляется интересным фактический материал, изложенный в "Директивах по экономической политике" от 23 мая 1941 года: "Последствием [ограбления]

будет прекращение поставок на всю территорию лесной зоны, включая важные промышленные центры Москву и Петербург". Получается, что между подписанием плана "Барбаросса" и началом Великой Отечественной войны случилось еще много событий, которые изменили тактику ведения войны.

Согласно "Директивам по экономической политике" от 23 мая 1941 года, многие десятки миллионов людей в указанном регионе станут лишними и умрут или вынуждены будут переселиться в Сибирь. Все попытки спасти тамошнее население от голодной смерти посредством подтягивания излишков из черноземной зоны, могут быть осуществлены только за счет сокращения снабжения Европы. [1]

Автор этого плана статс-секретарь министерства сельского хозяйства и продовольствия Герберт Бакке оценивал число потенциальных жертв стратегии голода в 20-30 миллионов человек. Ленинград уже учтен в этом плане. Причем, люди обрекаются на голодную смерть не только как лишние рты, но и как великороссы, которые при любом политическом режиме объявляются природными врагами германцев и вообще европейцев.

На основе этого плана и родилась идея не брать крупные города Нечерноземной зоны (в первую очередь Ленинград и Москву), а уничтожить их ударами артиллерии и авиации в ходе наступления. При этом планировалось, что часть "излишнего" ненужного коренного населения погибнет, а наиболее сильные побегут на восток, где тоже умрут от голода, но позже.

Далее мы обратились к дневниковым записям командующего группой армий "Север" генерала-фельдмаршала Вильгельма Риттера фон Лееба и начальника генерального штаба сухопутных войск Германии генерала-полковника Франца Гальдера. Первый стремился к захвату города на Неве, второй выступал за его блокирование, а значит голодомор с последующим вымиранием жителей. [3]

Изучая дневниковые записи, становится ясно, что, в отличие от фон Лееба, Гальдер понимал, что осада Ленинграда может затянуться надолго. Но угрызений совести в том, что при этом погибнут главным образом мирные люди, он не испытывал. Логика его рассуждений была проста: Ленинград превратился в крепость, а с древних времен крепости брали измором. Голод традиционно являлся дополнительным оружием против врага. Так было во все времена, но никогда в таком масштабе, как в случае с огромным мегаполисом, каким являлся Ленинград. Голод стал его холокостом.

Мы задались вопросом, молодое поколение сегодня, как оно оценивает события 80-летней давности, эту трагедию ленинградской блокады? Была подготовлена анкета и проведен опрос (80 человек, студенты 1-2 курсов). Мы получили следующие результаты.

На вопрос, в ходе какой войны Ленинград был окружен кольцом блокады, 75% респондентов ответили правильно. Четвертая часть опрошиваемых выделила данное событие в отдельную войну или предпочли не отвечать.

На вопрос по поводу планов фашистов по отношению к Ленинграду 16% респондентов затруднились с ответом, 12% склоняются к тому, что уничтожить и 72% считают, что целью был захват города.

Большая часть опрошиваемых студентов (92%) знают, сколько дней длилась блокада Ленинграда и чуть меньше (70%), смогли указать точную дату ее начала. В причинах окружения города на Неве, респонденты указали как основную причину - слабую подготовку страны и армии к войне, единичные варианты ответов - ошибки командования, внезапность начала войны, превосходство противника в силах.

Назвать хоть какие-то произведения литературы, музыки, живописи, посвященные блокаде Ленинграда, смогли только 15% опрошиваемых студентов. В основном упоминались литературные произведения - "Февральский дневник" О.Берггольц, "Блокада" А.Чаковского, "Блокадная книга" Д. Гранина. Подавляющее количество студентов (98%) отметили патриотизм, силу духа, сплоченность, мужество ленинградцев как фактор, при помощи которого они смогли выстоять в блокаде.

Все респонденты указали в качестве источников информации школу, колледж и интернет. Настораживает тот факт, что среди таких источников нет семьи, разговоров между поколениями.

Итак, в ходе исследования мы пришли к неутешительному выводу, что судьба огромного города с жителями решалась по ходу ведения военных действий от захвата до блокирования с последующим голодомором и фактически уничтожением мирного населения. Это величайшая трагедия невообразимого цинизма и жестокости со стороны просвещенного европейского немецкого народа в середине 20 века.

Список использованных источников:

1. Глезеров С. Без права на капитуляцию / С. Глезеров. - Текст: электронный // Санкт-Петербургские ведомости . - URL: <https://spbvedomosti.ru/> (дата обращения: 12.01.2024).

2. Кутузов, А.В. Блокада Ленинграда в информационном противоборстве в годы Второй мировой войны: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора исторических наук: специальность 07.00.02/ Кутузов Александр Владиславович; Санкт-Петербургский государственный университет. - Санкт-Петербург, 2012. - 41 с. - Текст: непосредственный.

3. Приказ Гитлера от 12 октября касательно Ленинграда/ - Текст: электронный - URL: <https://kreslav.livejournal.com> (дата обращения: 12.01.2024).

4. Сербулл, Д.А. Подвиг блокадного Ленинграда / Д.А. Сербулл. - Текст: электронный - URL: <https://ist-konkurs.ru> (дата обращения: 12.01.2024).

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ

*Сичинава София Эльдариевна,
Рябичко Полина Александровна.*

*Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Хирургия – это область медицины, методика, которой предполагает лечение болезней, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов и внутренних тканей организма. Основой принцип хирургии — лечение заболеваний и облегчение страданий больного пациента и сохранение его функций жизнедеятельности.

Хирургия начала развиваться значительно раньше других разделов медицины: практически с зарождения человечества. Постоянными спутниками человека были охота, войны, и он вынужден был научиться останавливать кровотечение из раны, удалять застрявшие в геле стрелы и т.д. Развитие хирургии имеет долгую и интересную историю, начинающуюся задолго до современной эпохи. Но, хотя хирургия прошла столь длительный путь развития, как наука она сформировалась лишь в XIX веке.

Мы бы хотели рассказать вам об основных этапах и достижениях в развитии хирургии в хронологическом порядке:

1. Древний мир. В Древнем Египте, Греции и Риме были зарожжены первые практики хирургии. Хирурги изучали анатомию, выполняли операции, как, например, ампутации, обработку ран, сшивание ран и другие процедуры. Они использовали инструменты, такие как острые ножи из кремневого камня или металла.

2. Средние века. Во время Средних веков хирургия практиковалась в основном в монастырях и университетах. Однако отсутствие знания о гигиене и антисептике приводило к высокой смертности и инфекциям после операций.

3. Развитие анатомии. В Ренессансе анатомические исследования стали более систематичными. Анатомисты, такие как Андреас Везалий, улучшили наше понимание анатомии человеческого тела. Это позволило хирургам более точно и безопасно проводить операции.

4. Разработка анестезии. В XIX веке, с разработкой анестезии, такой как эфир и хлороформ, операции стали более переносимыми для пациентов. Анестезия позволила пациентам не ощущать боли во время операции, что существенно повысило безопасность хирургических вмешательств.

5. Эра асептики и антисептики. В конце XIX и начале XX века Луи Пастер и Джозеф Листер представили концепцию антисептики и инфекционный контроль в хирургии. Это привело к использованию антисептических средств и методов, таких как стерилизация инструментов и рук. Также была создана система чистых операционных палат, что существенно снизило риск инфекций и повысило успешность операций.

6. Развитие минимально инвазивной хирургии. В последние десятилетия хирургия все больше перешла к применению минимально инвазивных техник, таких как лапароскопия и роботизированная хирургия. Эти методы позволяют сократить размеры раны, ускорить восстановление пациентов и уменьшить риск осложнений.

7. Новые технологии и разработки. Современные технологии, такие как рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

В развитии хирургии было много выдающихся личностей, которые внесли значительный вклад в данное поле. Вот несколько из них:

1. Абу Аль-Касим аль-Захрави (Albucasis) (936-1013) – андалусский хирург, известный своим трудом "Книга о хирургии". Это был один из первых детальных медицинских трактатов о хирургии, в котором он описывал техники ампутаций, обработки ран и удаления камней из желчного пузыря.

2. Жан Жиффо (Jean Zeff) (1639-1677) – французский хирург, который внес значительный вклад в развитие операций по удалению камней из мочевого пузыря. Он разработал инструмент, называемый "каламбур", для безопасного удаления камней через уретру.

3. Джозеф Листер (1827-1912) – английский хирург, который внес революционные изменения в хирургическую практику с помощью внедрения антисептики. Он предложил использовать карболовую кислоту для дезинфекции ран и инструментов, что значительно снизило риск инфекций и повысило выживаемость пациентов.

4. Уильям Стюарт Халстед (1852-1922) – американский хирург, считающийся одним из основателей современной хирургии. Он внес значительный вклад в различные области хирургии, включая асептику, анестезию и онкологию. Его работа помогла установить высокие стандарты профессионализма и этики в хирургии.

5. Кристиан Барнард (1922-2001) – южноафриканский хирург, известный тем, что в 1967 году провел первую успешную трансплантацию сердца на живого пациента. Эта операция стала революцией в области трансплантации органов и открыла новые возможности для хирургии.

Это всего лишь несколько примеров из множества выдающихся личностей, которые сделали значительные открытия и достижения в хирургии. Они внесли огромный вклад в развитие хирургии и способствовали улучшению жизни людей в медицинской области.

Мы бы хотели познакомить вас с достижениями в области хирургии Н.И. Пирогова. Николай Иванович Пирогов (1810-1881) – выдающийся российский хирург и ученый, известный своими вкладами в развитие хирургии и медицины. Пирогов родился 25 октября 1810 года в деревне Гвардейское, недалеко от Москвы, в семье священника. Его отец обучил его основам медицины, а затем Пирогов поступил на медицинский факультет Московского университета. Он получил степень доктора медицины в 1832 году со стипендией «за исключительный успех».

В 1840 году Пирогов был назначен профессором хирургии в Московском университете и стал организатором кафедры анатомии и оперативной хирургии. Он внес значительный вклад в современную хирургическую методiku, в том числе в области анестезиологии и асепсиса (организация стерильных условий во время операций).

Одним из ключевых достижений Пирогова было создание новых методов лечения ранений и переломов. Он ввел в практику эффективное использование гипса для иммобилизации переломов, а также разработал технику обработки ран магниевой сульфатом и перекисью водорода. Пирогов также занимался вопросами пластической хирургии, проводил операции по восстановлению носов, устранению деформаций и дефектов тела.

Кроме своих хирургических достижений Пирогов был исследователем и педагогом. Он основал общество «Добрая воля», которое занималось помощью раненым солдатам и ветеранам войн. Также он организовал первое обучение медсестер в России. Пирогов стал одним из основателей Русского общества хирургов и был признан великим русским хирургом своего времени. Его идеи и практики оказали значительное влияние на развитие медицины не только в России, но и за ее пределами. Николай Пирогов умер 6 декабря 1881 года, но его научное и профессиональное наследие продолжает жить, и он остается знаковой фигурой в истории хирургии.

Современная хирургия в наше время развита. В России существует множество учреждений, в которых осуществляется хирургическая помощь населению.

Медицинский центр хирургии сегодня – это специализированное учреждение, которое проводит малоинвазивные операции любой сложности и гарантирует своим пациентам эффективное лечение за рубежом, краткий восстановительный период и минимизацию риска неблагоприятных последствий.

Особой популярностью сейчас пользуются роботизированные методики. С их помощью можно проводить сложные манипуляции без угрозы для жизненно важных систем организма. Все действия робота, оснащенного хирургическими инструментами и системой видеотрансляции, контролируются компьютерной программой и хирургом. Также используются бесконтактные методики, самые распространенные из которых: радиочастотная и лазерная хирургия, стереотаксическая радиохирургия (кибер- и гамма-нож).

Современная хирургия может работать по различным специализациям, среди них:

Офтальмохирургия – отрасль, которая занимается хирургической коррекцией зрения.

Онкоофтальмология – занимается лечением онкологических заболеваний, поражающих глаза.

Нейрохирургия – лечит патологии нервной системы.

Торакальная хирургия – операции, локализирующиеся в грудной области.

Ангиология (сосудистая хирургия) – отвечает за устранение патологических состояний, связанных с венами и артериями.

Гинекология – лечение женских половых заболеваний.

Урология – устранение болезней мочеполовой системы.

Андрология – хирургическое лечение мужских половых заболеваний.

Кардиохирургия – коррекция врожденных и приобретенных сердечных патологий.

Абдоминальная хирургия – отрасль, которая занимается проблемами, локализирующимися в животе.

Эндокринная хирургия – направление, занимающееся нарушениями работы желез внутренней секреции.

Пластическая хирургия – восстановление формы, целостности и функциональных возможностей различных органов, тканей или кожных покровов.

ВЫВОД: Развитие хирургии имеет и продолжает иметь огромное значение для медицины и современной практики здравоохранения. Хирургия, как отрасль, постоянно прогрессирует и внедряет новые технологии, методы и процедуры с целью улучшения результатов лечения и сокращения рисков для пациентов.

Одним из основных направлений развития хирургии является разработка и использование минимально инвазивных хирургических методов. Эти методы позволяют проводить операции через небольшие надрезы или естественные отверстия в теле, что приводит к меньшим рубцам, быстрому восстановлению и сокращению рисков осложнений. Роботизированная хирургия также продолжает развиваться, предоставляя хирургам большую точность и возможность выполнения сложных процедур с помощью роботизированных систем.

Еще одной важной тенденцией является развитие области телемедицины и удаленной хирургии. С использованием передовых технологий связи и роботизированных систем, хирурги могут выполнять операции на расстоянии, что позволяет им оперировать пациентов в удаленных местах или оказывать помощь в экстренных ситуациях. Также исследования в области генной терапии и тканевой инженерии могут сказательно повлиять на будущее хирургической практики. Новые технологии расширяют наши возможности восстановления поврежденных тканей и органов, а также обеспечивают более точную диагностику и прогнозирование результата операций.

В целом, развитие хирургии продолжает идти в направлении более точных, меньше травматичных и более эффективных методов лечения. Это позволяет улучшить результаты операций для пациентов, сократить время восстановления и улучшить качество жизни.

Список использованных источников:

1. Мирский М.Б. История медицины и хирургии: Учебное пособие. 2-е изд., /М.Б.Мирский- 2020. Т.1 -528 с.
2. Мирский М.Б. Хирургия от древности до современности: Очерки истории/ М.Б.Мирский/- 2000. Т. 1 – 528 с.
3. <https://www.historymed.ru>. (дата обращения 21.01.2024).
4. <https://rsmu.ru> (дата обращения 15.01.2024).

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА

Чурилова Алина Юрьевна
Руководитель: Курбанова Севиндж Мехтиевна
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ, Колледж, Волгоград

Стоматолог — это врач, который в первую очередь заботится о здоровье своего пациента, исправляя не только эстетические дефекты в полости рта. Великолепная улыбка и идеально ровные зубы, это то о чем может мечтать каждый, а достигнуть этого помогает именно врач данной специальности. Стоматолог, как врач, должен добросовестно и ответственно выполнять свою работу.

Зубы у людей болели во все времена, начиная от первобытного периода и до настоящих дней. В древние времена зубную боль утоляли знахари, цирюльники, коновалы и кузнецы. Первые упоминания о такой профессии, как стоматолог, относятся примерно к 7500 лет ещё до нашей эры, а прообраз бормашины появился более 9000 лет назад. Уже тогда, судя по найденным останкам, древние мастера зубного дела обладали навыками, которые позволяли просверливать труднодоступные коренные зубы. Благодаря археологическим исследованиям было установлено, что раньше всех искусство зубоврачевания постигли этруски. Они умели

изготавливать вставные зубы, обтачивая зубы животных. Такие протезы были крепкими и позволяли не ограничивать себя в пище. Упоминания о болезнях зубов сохранились и в древних китайских записях, и в египетских, а в греческих трудах имеются целые тома, посвященные болезням зубов и лечению зубов. На Востоке за пару сотен лет до нашей эры уже существовали вполне актуальные медицинские методики, позволявшие удалять и лечить зубы, устранять болезненность и воспалительный процесс. Жители Древнего Египта уже могли запломбировать больной зуб.

Развитие стоматологии в России начинается во время правления Петра I. В одной из поездок в Европу он сам научился «стоматологическому искусству», и в дальнейшем лечил своих придворных.

В современном же мире дела обстоят совсем иначе, каждый год стоматология развивается, и создаёт в своей сфере всё больше новых технологий, благодаря которым лечение больных проходит менее болезненно, а качество работы врача-стоматолога значительно возрастает.

Биоэтика - это область философии, которая занимается этическими аспектами биологии и медицины. Она помогает устанавливать правила поведения для работников здравоохранения и обеспечивает защиту прав и интересов пациентов. Для врачей-стоматологов биоэтика является основополагающим принципом профессиональной деятельности.

Биоэтика в медицине играет ключевую роль, особенно в работе врача-стоматолога. Врачам стоматологам приходится регулярно сталкиваться с различными этическими дилеммами, связанными с оказанием медицинской помощи пациентам.

Одним из главных принципов биоэтики является принцип автономии пациента. Этот принцип подразумевает уважение к самостоятельности и праву пациента принимать решения о своем лечении. Для врача-стоматолога это означает обязанность информировать пациента о возможных методах лечения, их плюсах и минусах, а также уважать его выбор. Важно помнить, что пациент имеет право на информированное согласие на проведение медицинских процедур, и врач должен обеспечить ему всю необходимую информацию для принятия обоснованного решения.

Ненавреди такой же важный постулат для врача-стоматолога. Стоматолог должен использовать максимально инвазивный метод для пациента, как при проведении лечения, так и при принятии решений о необходимости вмешательства. Это требует от врача постоянного обновления знаний и навыков, чтобы предоставлять пациенту наилучшее качество медицинской помощи. При этом важно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента, чтобы избежать возможных осложнений или нежелательных последствий от проведенных процедур.

Также важным аспектом является справедливость. Врач-стоматолог должен быть объективным и справедливым в распределении своего времени и ресурсов между всеми пациентами. Это также означает отказ от дискриминации по любым признакам, таким как пол, возраст, раса или социальный статус. Важно помнить, что каждый пациент заслуживает равного доступа к качественной медицинской помощи, и врач должен действовать справедливо и беспристрастно.

Еще одним важным аспектом биоэтики является конфиденциальность. Врач-стоматолог обязан защищать конфиденциальность информации, полученной от пациента, и не передавать ее третьим лицам без согласия пациента. Это важно для создания доверительных отношений между врачом и пациентом, а также для обеспечения сохранения личной жизни и интимной сферы каждого человека. Нарушение конфиденциальности может привести к потере доверия со стороны пациента и негативно отразиться на качестве медицинской помощи.

В целом, биоэтические аспекты играют важную роль в работе врача-стоматолога. Соблюдение принципов автономии, неущемления, справедливости и конфиденциальности помогает создать доверительные отношения между врачом и пациентом, обеспечивая

качественное и этичное оказание медицинской помощи. Врач-стоматолог должен быть готов к постоянному обучению и самосовершенствованию, чтобы соответствовать высоким стандартам биоэтики и обеспечивать наилучший уход за своими пациентами.

В заключение стоит сказать, что биоэтические принципы являются основой для этичной практики врача-стоматолога. Соблюдение этих принципов не только способствует улучшению качества медицинской помощи, но и формирует профессиональную этику и ответственность перед пациентами. Врач-стоматолог должен быть готов к тому, чтобы принимать сложные этические решения в интересах своих пациентов, соблюдая высокие стандарты профессионализма и этичности.

Один из ключевых принципов биоэтики - это принцип автономии пациента. Этот принцип подразумевает уважение к самостоятельности и праву пациента принимать решения о своем лечении. Для врача-стоматолога это означает не только предоставление информации о возможных методах лечения и последствиях, но и уважение выбора пациента. Важно помнить, что каждый пациент имеет право на информированное согласие на проведение медицинских процедур.

В целом, биоэтика играет ключевую роль в работе врача-стоматолога. Соблюдение принципов автономии, неущемления, справедливости и конфиденциальности помогает создать доверительные отношения между врачом и пациентом, обеспечивая эффективное и этичное оказание медицинской помощи. Врач-стоматолог должен постоянно совершенствовать свои знания и навыки, чтобы соответствовать высоким стандартам профессиональной этики и обеспечивать наилучший уход за своими пациентами.

Соблюдение биоэтических принципов способствует созданию этичной и ответственной практики, которая направлена на благополучие и интересы пациентов. Врач-стоматолог должен быть готов к тому, чтобы принимать сложные этические решения в интересах своих пациентов, действуя с уважением к их автономии, стремясь к минимизации вреда, справедливому распределению ресурсов и защите конфиденциальности информации.

Список использованных источников:

1. Силуянова, И. В. Биомедицинская этика : учебник и практикум для среднего профессионального образования / И. В. Силуянова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 358 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-13392-9. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/538153>

2. Ушаков, Е. В. Биоэтика : учебник и практикум для вузов / Е. В. Ушаков. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 294 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-16998-0. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/536431> (дата обращения

МЕДСЕСТРА ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ: УЧЕБА И ПОДВИГ

Комарова Оксана Романовна
Чернова Елена Анатольевна
Руководители:
Алексеева Галина Васильевна
Кочеткова Яна Вадимовна

СПб ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург

Немало лет пролетело со дня снятия блокады Ленинграда, но внимание к этой странице истории не уменьшается. Анализируются архивные документы, публикуются новые исследования, посвященные разным аспектам обороны города, а тема образования и трудовой

деятельности медицинских работников того тяжелого времени не теряет актуальности и по-прежнему интересна современной молодежи.

Нанесенный врагом урон промышленности, хозяйству и культурным объектам достаточно изучен, однако, героизм медицинских работников, проявленный ими в самые драматичные для Ленинграда дни, требует углубленного рассмотрения. Представляется необходимым дополнительное исследование данного материала и представление его в актуальном для молодого поколения формате. Оценка масштаба героического труда медиков в период блокады Ленинграда невозможна без биографического экскурса, обращенного к учебе и работе медицинских сестер.

В сентябре 1941 г. войска Вермахта взяли в кольцо Ленинград. Горожанам предстояло прожить 900 блокадных дней в невыносимых условиях голода, холода и разрухи. Гитлеровские захватчики сбросили на город более 107 тысяч авиационных бомб, нанесли ущерб 150 тысячами артиллерийских снарядов. В первые дни блокады все городские учреждения перешли на работу в режиме непрерывного огневого давления. Практически все здания госпиталей были серьезно повреждены, что привело к разрушению отопительной системы, канализации, водоснабжения. Сказывался огромный дефицит медикаментов, перевязочного материала, продуктов и питьевой воды. 37 тысяч госпитальных коек было потеряно, из них около 11 тысяч – в городских больницах и около 26 тысяч – в военных госпиталях.

Ленинградские медики в едином порыве поднялись на защиту жизни и здоровья ленинградцев, несмотря на постоянные артобстрелы и бомбардировки, заболевания и суровый быт.

Еще в самом начале Великой Отечественной войны тысяча женщин-медработников отправились в госпитали, медсанбаты и на фронт. В связи с массовой мобилизацией молодежи в зону боевых действий и эвакуацией мирных жителей зимой 1941-1942 гг. из 19 медицинских школ осталось лишь 11, тем не менее, подготовка медицинских сестер не прекращалась ни на один день.

Стратегическим решением руководства города была сохранена сеть функционирующих медицинских училищ и курсов со следующими направлениями: первичное обучение, повышение квалификации, переквалификация санитаров, экстернатура для лиц с незаконченным средним образованием. Крупные госпитали открыли курсы повышения квалификации медицинских сестер в качестве филиалов медицинских школ.

Обучение было довольно коротким, но интенсивным: в 1942 г. медицинские школы выпустили 960 медицинских сестер, в основном после 6-ти месячного обучения.

В истории Российского Красного Креста особую страницу занимает героизм его членов в блокадном Ленинграде.

Организации Красного Креста развернули обширную сеть курсов медицинских сестер, учебных дружин и кружков «Будь готов к санитарной обороне». Уже в 1941 г. прошли подготовку свыше 6 тысяч медсестер и около 10 тысяч сандружинниц. Более 5 тысяч активистов Красного Креста организовали шефство над госпиталями Ленинграда, самое деятельное участие принимали сандружинницы в эвакуации гражданского населения в тыл страны по Дороге жизни.

В начале 1942 г. в Ленинграде было дополнительно создано еще 86 групп подготовки медицинских сестер Советского Красного Креста, где без отрыва от производства обучались около 2 тысяч человек.

В настоящее время в нашем колледже организован Музей истории сестринского дела. Учебное заведение носит имя выдающегося ученого и врача Владимира Михайловича Бехтерева, добившегося открытия в революционном Петрограде курсов по подготовке ротных фельдшеров для Рабоче-крестьянской Красной Армии, принявших первых слушателей 17 ноября 1919 г. В дальнейшем их переименовали в 1-ую Ленинградскую школу медицинских сестер.

1-ая Ленинградская школа медицинских сестер вела образовательную деятельность весь период блокады. С 1942-1943 гг. срок обучения был сокращен с 2 лет до 6 месяцев.

Студентами становились бывшие учителя, музыканты, артисты, машинистки, представители других профессий, у которых было всего полгода для приобретения медицинской специальности. Параллельно с учебой, испытывая голод и лишения, преподавательский состав и студенты участвовали в строительстве оборонительных сооружений, восстанавливали разрушенные здания, осуществляли дежурство в госпиталях, оказывали помощь в тушении зажигательных бомб. Обучение медицинскому делу проходило в ледяных классах под артобстрелами. К сожалению, за короткое время до января 1942 г. от голода и болезней умерло 6 преподавателей. Однако, костяк преподавательского состава был сохранен, что, вкупе с успехами Красной армии на полях сражений, позволило в 1943 г. увеличить срок обучения до 2 лет.

Директор школы медицинских сестер Лидия Григорьева с грустью вспоминала те дни: «Фасад здания школы был изуродован снарядами и бомбами. Во дворе школы около черной лестницы лежала двухметровая бомба замедленного действия, выбившая кусок стены, но не разорвавшаяся. Канализация и водопровод не работали, в подвале образовался 2-х метровый слой льда. Крыша была изуродована зажигательными бомбами, отсутствовал даже потолок в кабинете директора и в правом флигеле». В сентябре 1944 г. школа осуществила набор 8 групп учащихся на 1-ый курс, а всего за военные годы были выпущены 512 средних медицинских работников.

Удивительно, как схожи друг с другом жизненные пути и подвиги медицинских сестер. Галина Тихоновна Азарова выпустилась из колледжа в годы войны и была эвакуирована из Ленинграда в 1943 г. После возвращения Галина поступила в медицинское училище, проработав затем 10 лет медсестрой. В 1973 г. Галина Тихоновна Азарова поступила в Ленинградский медицинский педиатрический институт, а потом долгие годы трудилась участковым педиатром, врачом-офтальмологом в поликлинике, преподавала сестринское дело в Медицинском колледже имени В.М. Бехтерева.

Галина вспоминала: «В начале своей практической работы мы были настолько подготовлены своим училищем, что могли на дому выполнять любые процедуры: от анализов до постановки катетеров и внутривенных вливаний. Медицинская сестра – это все.»

Еще одна выпускница 1-ой Ленинградской школы медицинских сестер, Зоя Васильевна Шамрай, закончила войну в гордом звании старшего лейтенанта медицинской службы 17-го упрежденного района Ленинградского военного округа. Потом Зоя восстановилась в Ленинградском Текстильном институте, который бросила ради получения медицинской профессии в годы блокады. Так случилось, что судьба неожиданно привела ее внучку работать туда, где несколько десятков лет назад получила профессию военной медсестры ее бабушка. Это Екатерина Викторовна Лаутеншлегер, заведующая библиотекой нашего колледжа, одна из организаторов Музея.

Жданова Нина Ильинична родилась в Ленинграде в 1925 г., в 1943 г. приступила к обучению в 1-ой Ленинградской школе медицинских сестер, совмещая учебу с дежурствами в госпитале. В 1945 г. Нина Ильинична поступила в Первый Ленинградский медицинский институт и окончила его с отличием. С 1954 г. Нина преподавала дерматологию в 3-ем Ленинградском медицинском училище. Награждена медалью «За оборону Ленинграда».

Общими для всех наших медиков военного времени являлись такие черты, как сострадание, гуманизм, сдержанность, добросовестность и честность, приверженность общечеловеческим ценностям. Эти качества раскрылись в повседневной работе в тяжелых буднях военного времени – на поле боя, у операционного стола, у постели раненого бойца и больного ребенка. Опыт Великой Отечественной войны в очередной раз показал способность медицинских сестер в интересах своих пациентов выполнять ряд врачебных функций и работать самостоятельно, особенно при проведении профилактических, противоэпидемических и реабилитационных мероприятий. За самоотверженный труд в условиях блокадного города многие медицинские работники были награждены правительственными наградами. Показательно, что среди медицинских работников,

удостоенных высшей правительственной награды – звания Героя Советского Союза, было больше медицинских сестер, чем врачей.

Впервые Советский Красной Крест выдвинул кандидатуры для награждения медалью Ф. Найтингейл в 1961 г. Тогда медаль была присуждена двум участницам Великой Отечественной войны: гвардии подполковнику танковых войск, писательнице, герою Советского Союза, москвичке Ирине Николаевне Левченко и хирургической сестре, председателю первичной организации Красного Креста на Ленинградской фабрике «Скорород» Лидии Филипповне Савченко.

Формирование милосердия и сострадания у будущей медицинской сестры в изучении сестринского дела необходимо осуществлять на примерах самоотверженного, бескорыстного служения людям. Современное поколение может брать пример с медицинских сестер времен блокады Ленинграда. Подвигу медиков в период блокады посвящена мемориальная доска памяти, установленная на Пискаревском мемориальном кладбище.

Медики блокадного Ленинграда внесли весомый вклад в дело общей победы над фашистами в годы Великой Отечественной войны. Память о ленинградских медиках не будет забыта.

Подвиг коллег знаем, помним и чтим...

Список использованных источников:

1. В. П. Романюк, И. Л. Самодова, В. А. Лапотников
«История сестринского дела в России.» - Санкт-Петербург, 2011.
2. Т. М. Кичигина
«Деятельность Красного Креста в блокадном Ленинграде.» - Санкт-Петербург, 2010.
3. Т. М. Голубева, Н. Б. Ветошникова
«Медики и блокада: взгляд сквозь годы: воспоминания, фрагменты дневников, свидетельства очевидцев, документальные материалы.» - Санкт-Петербург, 1997
4. Материалы музейной экспозиции медицинского колледжа им. В. М. Бехтерева.

**ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ ЯМК
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГОВ
В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

*Яковлева Галина Альбертовна
Руководитель: Иванова Алена Михайловна
ГАПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж имени В.А. Вонгородского", г. Якутск*

С самого начала хирургический опыт приобретался на полях сражения. Известно, что войны являются основной движущей силой поступательного развития военной медицины. При оказании медицинской помощи в условиях военных действий как нигде велика роль соблюдения организационных принципов. Еще Н.И. Пирогов писал в своей основополагающей работе: «...От администрации, а не от медицины зависит и то — чтобы всем раненым, без изъятия и как можно скорее, была подана первая помощь... Если врач, в этих случаях, не предположит себе главной целью прежде всего действовать административно, а потом уже врачебно, то он совсем растеряется и ни голова его, ни рука не окажут помощи...»[2]

Советские хирурги внесли большой вклад в развитии военно-полевой хирургии, разработали ряд методов и тактик быстрого заживления огнестрельных ран груди, проникающих ранений живота и т.д. Активная хирургическая деятельность в войне снизила осложнение ран, ампутаций конечностей, вспышек инфекций и т.п.

Цель: Узнать, насколько информированы студенты о фронтовых хирургах и об их вкладе в годы ВОВ с последующей разработкой буклета.

Задачи:

- Изучить литературу о развитии хирургии в военное время;
- Провести анкетирование среди студентов;
- Опубликовать буклет на основе результатов опроса.

Объект исследования: студенты Якутского медицинского колледжа.

Предмет исследования: Информированность студентов о хирургах ВОВ.

Обзор литературы.

Запоминающуюся картину работы хирургов медсанбата нарисовал Михаил Шолохов в романе "Они сражались за Родину": "...а хирург тем временем стоял, вцепившись обеими руками в край белого, будто красным вином залитого стола, и качался, переступая с носков на каблуки. Он спал... и только когда товарищ его – большой чернобородый доктор, только что закончил за соседним столом сложную полостную операцию, – стянув с рук мягко всхлипнувшие, мокрые от крови перчатки, негромко сказал ему: "Ну, как ваш богатырь, Николай Петрович? Выживет?" – молодой хирург очнулся, разжал руки, сжимавшие край стола, привычным жестом поправил очки и таким же деловым, но немного охрипшим голосом ответил: "Безусловно. Пока ничего страшного нет. Этот должен не только жить, но и воевать. Черт знает, до чего здоров, знаете ли, даже завидно... Но сейчас отправлять его нельзя: рана одна у него мне что-то не нравится... Надо немного выждать".[3]

В 1940 г. в СССР было 72 высших медицинских учебных заведения, в учреждениях здравоохранения трудилось 155 тыс. врачей, 990 средних медицинских учебных заведений с численностью учащихся более 220 тыс. В эти годы бурно развивалась медицинская наука, создано более 250 НИИ по разным направлениям. Военно-медицинской академии маломощные курсы военных и военно-медицинских предметов преобразуются в кафедры военно-медицинского профиля. [1]

Опрос среди студентов отделения «Сестринское дело».

1. Каких хирургов Великой отечественной войны вы знаете?

курс	Не назвали ни одного	Назвали одного	Назвали нескольких	Итого
1	19	12	14	45
2	10	18	9	37
3	3	9	8	20

2. Знаете ли вы вклад хирургов в развитие военно-полевой хирургии?

Ответ обоснуйте

Курс	Да	Нет	Затруднились с ответом	Итого
1	21	15	9	45
2	23	9	5	37
3	12	5	3	20

3. Актуальны ли принципы оказания хирургической помощи этих хирургов в настоящее время?

Курс	Да	Нет	Частично	Итого
1	13	19	13	45
2	12	9	16	37
3	9	3	8	20

4. Откуда или от кого вы узнали об способах оказания хирургической помощи?

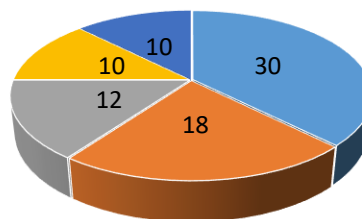
Курс	Из книг	Из лекций	Из интернета	Другое	Итого
1	12	19	10	4	45
2	10	13	10	4	37
3	7	5	4	4	20

5. Изучали ли вы самостоятельно военно-полевую хирургию?

Курс	Да	Нет	Итого
1	20	25	45
2	24	13	37
3	15	5	20

В опросе приняли участие 102 студента из разных курсов. Из результатов анкетирования мы видим, что в первом курсе знания не столь велики, как в третьем. Т.е. можно сказать, что большинство студентов узнали о военно-полевой хирургии из лекций и рассказов преподавателей, или же заинтересовались им по мере учебы.

- Куприянов
- Ахутин
- Вишневецкий
- Бурденко
- Другие



1. Изготовление буклета о фронтовых хирургах Великой Отечественной Войны.

Изучив литературу о конкретных военно-полевых хирургах того времени и об их вкладе в победу в войне, мы опубликовали буклет. В буклете представили краткую информацию о них, исходя из заинтересованности, которую выявили в результате опроса студентов ЯМК.

Выводы и заключение.

- Мы ознакомились с литературой о развитии военно-полевой хирургии в годы ВОВ благодаря выдающимся хирургам того времени

- По результатам анкетирования среди студентов ЯМК мы выяснили что большинство всё же заинтересовано хирургией в годы ВОВ и даже самостоятельно изучали её.
- Выяснив заинтересованность студентов о хирургах и их вкладе в победу в ВОВ, мы опубликовали буклет.

Итогом данной научной работы стал опрос позволяющий просмотреть информированность студентов о хирургах ВОВ и военно-полевой хирургии в целом. В дальнейшем хотелось бы продолжить наше исследование и расширить список врачей.

Список использованных источников:

1. Асанин Ю.С., Варламов В.М., Георгиевский А.С. и др. *Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях ВОВ 1941–1945 гг.* – М.: Военное издательство, 1991. Т. I, I
2. Пирогов Н.И. *Начала общей военно-полевой хирургии. Часть I.* Дрезден 1865; 29
3. Шолохов М.А. *Они сражались за родину. Судьба человека. Слово о родине.* – М.: Художественная литература, 1983
4. Кнопов М.Ш. *Главные хирурги фронтов в годы Великой Отечественной войны.* – М.: Хирургия, 2002
5. *Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. [Электронный ресурс] – IV Всероссийская конференция (с международным участием). Доклады и тезисы.* – М. – 2008. – Режим доступа: http://www.historymed.ru/static.html?nav_id=177
6. <https://tunnel.ru/post-burdenko-nikolajj-nilovich>
7. Беркутов А. Н. и Леонов И. Т. *Выдающийся военно-полевой хирург, Воен.-мед. журн., № 5, с. 94, 1969*
8. Петровский Б. В. *Творческий путь Михаила Никифоровича Ахутина, Нов. хир. арх., № 3, с. 118, 1958*

Приложение

Хирурги, наиболее известные среди студентов ЯМК

Во время Великой Отечественной войны профессор **П. А. Куприянов** был назначен главным хирургом Северного фронта. В период блокады Петр Андреевич выполнил более 60 операций у раненных в сердце. В начале Великой Отечественной войны в Ленинграде вышла его книга “Краткий курс военно-полевой хирургии”. В ней подведен итог достижениям военно-полевой хирургии предвоенного периода и изложены организационные принципы оказания хирургической помощи на различных этапах медицинской эвакуации [2]. Он являлся одним из инициаторов создания Академии медицинских наук СССР. В 1943-1945 гг. Куприянов избирался председателем правления Хирургического общества Пирогова. [5]

Во время Великой Отечественной войны **Бурденко** — главный хирург Советской армии; лауреат Государственной премии СССР. В 1944-1945 годах Николай Нилович занимается изучением пенициллинотерапии при ранениях различных частей организма. По его инициативе были созданы бригады, проведено наблюдение над действием пенициллина на инфекцию с тщательным бактериологическим контролем. В 1942 году Бурденко был назначен членом Чрезвычайной Государственной комиссии по установлению и расследованию злодеяний немецко-фашистских войск. 30 июня 1944 года правительством была учреждена Академия медицинских наук по проекту, разработанному

Бурденко. 20 декабря 1944 года на учредительной сессии академии был избран ее первым президентом (1944-1946). [6]

Ахутин Михаил Никифорович (1898-1948) С 1933 г. - профессор Хабаровского медицинского института. Во время боевых действий у озера Хасан - один из организаторов и руководителей хирургической помощи раненым. Его труды имели большое значение для уточнения задач, объема медпомощи и ее организации на передовых этапах мед. эвакуации. Во время советско-финляндской войны - армейский хирург-консультант. В годы Великой Отечественной войны - главный хирург 3 фронтов. С 1945 г. - заместитель главного хирурга Советской Армии и заведующий кафедрой факультетской хирургии 1-го ММИ им. И. М. Сеченова.[8] Автор более 70 научных трудов, из них 40 касаются военно-полевой хирургии и посвящены опыту хирургической работы в действующей армии, лечению различных боевых травм, а также вопросам транспортной иммобилизации, раневой инфекции. Награжден двумя орденами Ленина, тремя - Красного Знамени, орденами Отечественной войны I степени и Суворова II степени, а также медалями. [7]

Вишневский Александр Александрович (1906 – 1975), хирург, академик АМН СССР. В 1933–37 – научный сотрудник Всес. института экспериментальной медицины. В 1939–40 участвовал в качестве армейского хирурга в военных конфликтах с Японией. В годы 2-й мировой войны – главный хирург армий и фронтов. В 1948–50 – и.о. директора Института хирургии им. А.В.Вишневского, с 1950 до конца жизни – директор и главный хирург Советской Армии. Герой Социалистического Труда. Впервые в мире успешно осуществил оперативное вмешательство под местной анестезией по поводу митрального стеноза, впервые в стране стал оперировать на «открытом» сердце. Разработал оригинальные методы лечения врожденных пороков сердца, впервые применил сосудистые гомотрансплантаты при оперативном лечении травматических артериовенозных аневризм. Вишневский разрабатывал проблемы биокibernетики в хирургии и реконструктивной хирургии, в частности, впервые в стране провел операцию по замещению части пищевода полимерной трубкой. Внес вклад в военно-полевую хирургию, лечение ран, борьбу с болевым шоком. Лауреат Ленинской и Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки РСФСР. Вишневский избирался председателем Всероссийского общества хирургов, почетный член общества врачей Швеции, член Международной ассоциации хирургов, почетный академик хирургической академии Перу, почетный член Общества шведских врачей.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИКРОРАЙОНА НОВОТРОИЦК ГОРОДА БАЛЕЙ КАК КАЗАЧЬЕЙ СТАНИЦЫ

*Батомункуева Аяна Николаевна
Руководитель: Маркина Дарья Владимировна
Балейский филиал «Читинский медицинский колледж», город Балей*

История малых городов всегда таит множество загадок. Наш доклад посвящен истории Новотроицкой станице, ныне – одного из микрорайонов города Балей. Эта информация может пригодиться как учителям истории в местной школе, так и школьникам, неравнодушным к своему краю.

В истории любого города и каждой деревни всегда есть несколько дат, которые имеют особое значение. Самая важная из них – дата основания. От неё исчисляется возраст города или села.

Дата основания города Балея до сих пор вызывает разногласия. Так книга А. Кремнёва «Читинская область», вышедшая в 1959 году безапелляционно говорит: «Он возник в 1938 году». В «Кладах золотого пояса» авторов Авдеева и Солнцева пишется: «Балею, - тому, который мы знаем сегодня, - немногим более тридцати лет», а написано это было в 1968 г. Хотя там же мы находим, что «Интенсивная разведка рудного золота на Балее началась в 1927 году». Ю. А. Игнаткин в книге «По диким степям Забайкалья...» пишет: «В 1929 году в Балее на золотоизвлекательной фабрике была пущена в работу первая чаша... и получено первое рудное золото». Другие источники говорят, что в 1938 году Балея становится районным центром, хотя сам Балея район создан в 1935-м.

Эти две даты – дату основания и дату возведения на степень города – постоянно путают. Балея возник в 1938 году – пишет Кремнев и вводит нас в заблуждение, поскольку мы знаем из других источников, что в этом же году Балея уже существует, мало того, он становится районным центром. Выходит, что в 1938 году он был возведён на степень города.

Букин А. Г. в своей статье «Две даты города Балея. О дате основания города» в газете «Балеянский рабочий» пишет: «В 1908 году 8 февраля в Нерчинске заседал совет горного округа. В протоколе мы находим вопрос о нахождении жильного золота: «в урочище Балея близ Ново-Троицкого промысла». Из текста ясно, что Балея – это название места, а не населённого пункта. То есть в 1908 году Балея ещё нет. Ново-Троицкий промысел является достаточно старым. Он начался в 1892 году, после того как на этих землях после передачи Кабинету Его Императорского Величества началась добыча золота.

Посмотрим более ранние документы. На карте Забайкальской области, начерченной в 1876 году, мы видим населённый пункт, который называется «Новотроицк» и значок, показывающий наличие в нём церкви. То есть это станица или село. Попробуем разобраться с этим в более старых документах.

«Карта Нерчинского округа» 1869 года показывает на месте Балея надпись «Новотроицкая». За одним этим словом мы сразу находим целую историю. Ведь это сокращение от «Новотроицкая станица». Следовательно, до прихода старателей жили здесь казаки, пахали пашню, пасли свою скотину и постоянно несли нелёгкую службу государеву и на границе, и на рудниках округа. За такими рассуждениями мы незаметно подходим к тому, что Балею больше 135 лет.

В государственном архиве Читинской области есть фонд «Церкви Забайкальской области», в котором хранится «Книга учёта монастырского имущества». Книга была составлена в 1763 году во время проверки Нерчинского Успенского монастыря. В ней описаны постройки, земли, хозяйство, доходы, утварь, одежда. За монастырём числились крестьяне, которые проживали в приписанных деревнях: Дунаево, Чёрная, Каменная, Семёново, Матусово, Кирочинская и Шакшинская. Первые две деревни находились на территории современного Нерчинского района, последние две – на территории Шилкинского, а вот Каменная, Семёново и Матусово – на территории Балеянского.

Матусово живо до сих пор, Семёновой не осталось, а Каменная – ни что иное, как микрорайон Каменка современного Балея.

Если судить по «Книге учёта монастырского имущества», то по нашему правилу Балею исполнился 241 год. Однако же вернёмся к документам.

Упоминания о станице Новотроицкой (Киберевской) можно встретить в самых разных источниках. Чаще всего это связано с добычей золота и разведкой золоторудных месторождений. Следует отметить, что подобные упоминания относятся к 19 веку и не отражают времени основания станицы.

В данной статье А.Букин поднимает вопрос о дате основания города и называет конкретную дату – 1744 год. При этом автор статьи подтверждает наше предположение о том, что микрорайон Новотроицк наиболее раннее поселение на территории города.

В настоящий момент в микрорайоне Новотроицк функционирует музейная комната. Главный хранитель музея Ташлыкова В.С. так рассказывает о возникновении Новотроицка: «В конце 17 века несколько казаков основали здесь заимку. По их фамилиям - Киберев и

Сверкунов – получили названия речка Киберевка, протекающая через микрорайон, и старейшая улица Сверкуновская.» Точной даты основания этой заимки В.С.Ташлыкова не называет. Следует отметить, что фамилии Сверкунов и Кибереви сейчас распространены, а род Сверкуновых и ныне живущих в поселке изучался самой Валентиной Степановной. Ею было составлено подробное генеалогическое древо. В своей работе Валентина Степановна выяснила, что потомками Сверкуновых действительно были казаки. [9] Следует отметить, что Ташлыкова В.С. ведет активную исследовательскую и поисковую работу. При ее непосредственном участии в микрорайоне организуется ежегодный День поселка. В 2016 году планируется проведение особого юбилейного торжества – 280 лет со дня основания станицы. Однако, Валентина Степановна считает, что эта дата не является точной и не отражает истины. «Новотроицк ранее назывался Киберевской слободой, - говорит Валентина Степановна, - и именно основание заимки должно официально считаться датой основания Новотроицка».[9]

Слова Валентины Степановны находят и документальное подтверждение. Упоминания о нашей станице (тогда, в XVIII веке, она именовалась Киберевской) можно встретить в метриках Нерчинской соборной Воскресенской церкви: «29.06.1727 ст. Ундинской слободы Киберевой деревни ясашной Трофим Егоров сын Номоконов [венчан] Григорьевой дочерью Кулакова приходу города Нерчинска девкою Анною первым браком (л. 120)». Пожалуй, это самое раннее из имеющихся упоминаний Кибиревой деревни –1727 год! [5]

Несмотря на то, что в Госархиве Забайкальского края хранится 4 объемных дела с похозяйственными карточками Новотроицкой станицы (материалы Всероссийской сельскохозяйственной переписи 1917 г.), карточек собственно станицы оказалось очень мало. В основном это карточки поселков - Нижне- и Верхне-Галгатайских, Семеновского, Буторовского, Ложниковского, Матусовского. Видимо, большая часть новотроицких карточек была подшита.

Анализ документа позволяет сделать следующие выводы о сословном составе населения посёлка: в 1744 году население деревни Киберевой составляло 62 человека мужского пола. Количество женщин неизвестно нам, но путем предположений можем сказать, что общее количество жителей могло составлять 100 – 110 человек. Большую часть населения составляли разночинцы.

Немногие жители нашего посёлка, а особенно подрастающее поколение, знают, что в посёлке функционировала церковь. Даже место, где она была расположена, в настоящее время достоверно неизвестно. По одной из версий, церковь располагалась на месте нынешнего стадиона. Подтверждением этой версии служит и информация о том, что улица Сверкуновская, которая и начинается от стадиона, - старейшая из всех улиц в посёлке.

Интересно, что приблизительно до конца 1860-х годов в церковных документах церковь чаще называлась Кибиревской. Только в 1870-1880-х годах закрепилось название Ново-Троицкая.

В Государственном архиве хранится Исповедная роспись Новотроицкой церкви. [1] Согласно этому документу, духовного сословия в посёлке было 5 человек.

Анализируя следующий документ (полный текст клировой ведомости за 1894 год), делаем следующие выводы. Ведомость о церкви Святыя Живоначальная Троицы Нерчинскаго округа ведения Благодиннаго Протоиерея Иоанна Соболева Новотроицкаго села за 1894 год.

Церковь в Новотроицке построена в 1828 году, сооружена вместо старой деревянной, которая была первая в приходе и построена была в 1784 году. Это было крепкое каменное здание с каменной же колокольней. Зданий, принадлежащих Церкви, не было.

Клировая ведомость за 1894 год содержит информацию, которая была упущена в ведомости 1919 г. - дата постройки первой церкви в Новотроицке. Получается, что первая деревянная церковь в приходе была построена в 1784 году, а в 1828 году, через 44 года, ее заменила церковь каменная, простоявшая до разрушения в начале 1930-х.

Этот факт подтверждается и тем, что в госархиве Забайкальского края есть на хранении "книга метрическая Кибиревской деревни священника Иосипа Титова"

датированная 1786 годом. В этой книге 31 запись о рождении, 7 записей о венчании, 20 записей о смерти. [5]

Анализируя данный документ, можем сделать следующие выводы. Во – первых, в 1784 году в нынешнем Новотроицке уже была построена деревянная церковь. Этот факт позволяет утверждать, что данный населенный пункт был переименован в село. Во – вторых, по количеству приписных церквей можем утверждать, что данная церковь являлась центром духовной иерархии. Это служит доказательством более высокого положения всего Новотроицкого села по отношению к другим населенным пунктам.

Микрорайон Новотроицк города Балея – не просто часть городского поселения, но и исторически важная и более древняя его часть. Его прошлое неразрывно связано с историей казачества, с освоением залежей полезных ископаемых на территории Балеянского района. Таким образом, история одного микрорайона может открыть неизведанные вехи истории края и страны в целом, помочь в воспитании искреннего интереса к истории своей страны, что в свою очередь способствует воспитанию патриотизма и уважения к своей стране.

Список использованных источников:

1. *Исповедная роспись Кибиревской (Новотроицкой) Троицкой церкви за 1865 г. (ГАЗК, Ф.282 Церкви Забайкальской области, о.1, д.2093лл дела 11 - 22)*
2. *Дело Забайкальской духовной консистории о службе священника Афанасия Литвинцева. (ГАЗК, ф. 8 Забайкальская духовная консистория, оп. 1, д. 254. лл.7-8)*
3. *Список домохозяев Новотроицкого поселка подписан председателем комитета Петуховым, секретарем И. Фи...(?), скреплен печатью Новотроицкого поселкового атамана (ГАЗК, ф.19 Забайкальский областной статистический комитет, оп.3, д.231, лл.217, 217об., 218, 218об.)*
4. *«Список жителей деревни Кибиревой по второй ревизии 1744 г».* (ГАЗК, ф. 31 Нерчинское горное правление, оп. 1, д. 21лл дела 5 - 26)
5. *Метрики Нерчинской соборной Воскресенской церкви (ГАЗК, ф. 282 церкви Забайкальской области, оп 4, д.221, лл 28 - 41)*
6. *Муратова З.П. – интервью, Балея 2015*
7. *Сверкунов В.П. – воспоминания, Иркутск 2011*
8. *Сверкунов С.В – воспоминания, Иркутск 2011*
9. *Ташилыкова В.С., главный хранитель фондов городского музея – Интервью, Балея 2015*
10. *Ушаков В. П. – Интервью, Балея, 2015*
11. *"Балеянский рабочий" – Торохов В. «В годину лихую» №38, 1967*
12. *Веселкова М.- Учительская слава Забайкалья»*
13. *Земля. – Чита № 46, 2011*
14. *А.В. Константинов "Забайкалье: ступени истории (1917-1922)",*
15. *В.Д. Томилов «К 250-летию золотодобывающей отрасли» Иркутск, 1995г.*
16. *Косых В.И. Забайкальская епархия накануне и в годы первой русской революции. Чита, 1999. С.126*
17. *"Карты Восточной Сибири с нанесением рудников и месторождений полезных ископаемых 1769-1774 гг." (сост. инженер-поручиком И. Чурнасовым)*
18. *Лентьева Г.А. Служилые люди Восточной Сибири во второй половине 17 первой четверти 18 вв. (по материалам Иркутского и Нерчинского уездов): Автореф. дис.канд. ист. наук. - Новосибирск, 1985.*

ЧТО БЫЛО НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ ДНА МОРЯ ДО ОСВОЕНИЯ ГОРОДА?

*Рудова Василиса Дмитриевна
Руководитель: Белоусова Галина Александровна*

В современном мире, где жизнь течет очень быстро, и происходит множество событий, которые молниеносно сменяют друг друга, многие забывают или даже попросту не знают историю своего родного края или не принимают это во внимание и тем самым совершают ошибку.

Целью данного исследования является описание истории Волгоградской области и ее географических особенностей за взятый промежуток времени.

Главные задачи - описание и анализ основных событий, происходившие на территории Волгоградской области, начиная с самого раннего известного человеку факта, а также анализ географических особенностей, животного мира и растительной природы на территории родного края за данный период и проанализировать археологические экспедиции и исследования, посвящённые Волгоградской области.

Объектом этого исследования является история Волгоградской области, а предметом - Волгоградская область в период с 274 млн. лет назад до освоения города.

Примерно 274-250 млн. лет назад Волгоград был дном Пермского моря, которое простиралось от Перми до Оренбурга. пермское море было домом и прародителем жизни. Водоросли, кораллы и полипы образовывали рифы, двустворчатые моллюски, трилобиты, брюхоногие, моллюски и морские ежи населяли морское дно.

Но, что же произошло с Пермским морем? Это море само по себе было мелким и очень хорошо прогревалось солнцем, из-за чего происходило активное испарение воды, и в итоге полностью иссохло. В Нижнем Поволжье хорошо виден морской характер местности, оставшийся со времен, когда там разливалось море. В складчатых холмах, оврагах, на берегах реки или даже в степи можно найти останки древнего морского мира в виде окаменелостей различных животных. Очень часто находят зубы доисторических акул (рис.1), а также моллюски, членистоногие и скелеты рыб.

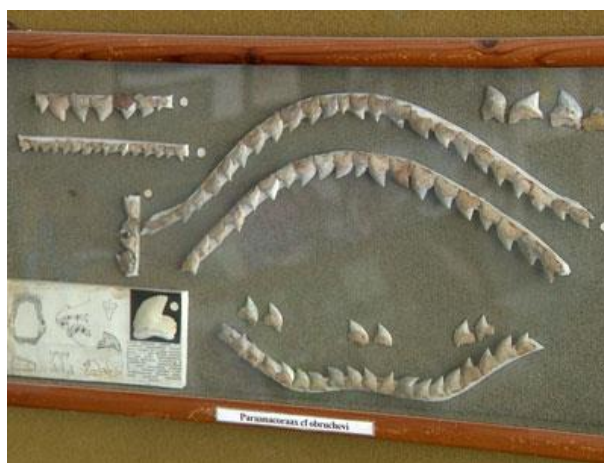


Рисунок 1

Во время мезозойской эры и начала кайнозойской эры нынешняя территория Волгоградской области была частью океана Тетис. Около 65 млн. лет назад океан поменял свою форму, и климат наших мест стал тропическим. Всюду росли магнолии, лавровые, камфорные, сандаловые, гвоздичные, мыльные, хлебные деревья, фикусы, эвкалипты, секвойи, древовидные папоротники, финиковые пальмы. Растительность была очень разнообразна. Но животный мир тоже удивлял своим многообразием. На территории нынешней Дубовки обитали крокодилы древнего вида азиатозухусульгариси. Появились они там раньше, чем где-либо. Также археологи находили останки динозавров и морских ящеров в районе хутора Полунино, в районе Лысой горы, в Калачевском, Суровикинском, Городищенском районах. Еще один древний обитатель Волгоградской области – гадрозавр

(рис.2) или «ящер-утка». Его «нос» напоминал утиный и был покрыт роговым чехлом. Кроме того, у ящера были перепонки на задних лапах.

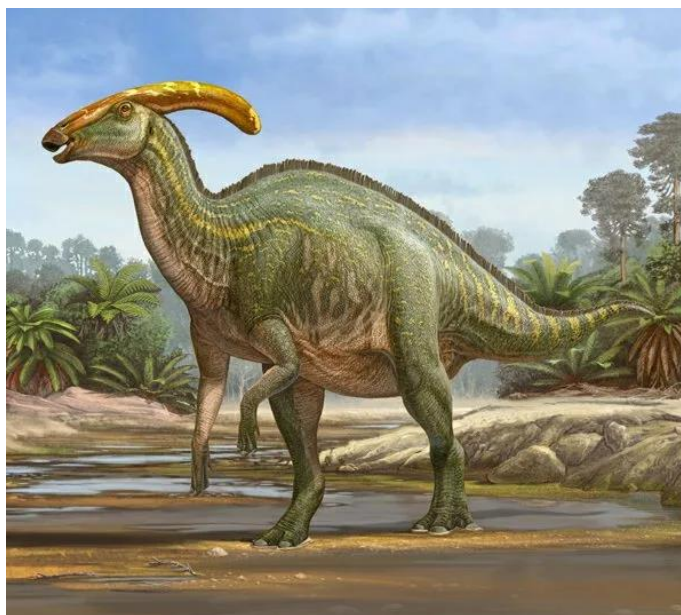


Рисунок 2

Нынешнее устье Сухой Мечетки было заливом Хазарского моря, на берегу которого располагалась стоянка неандертальцев. Во время строительства на севере Сталинграда самой мощной гидроэлектростанции в Европе в 1951 году в этой местности в первые были обнаружены древние орудия труда.

В 1952 году ученые организовали экспедицию в Сухую Мечетку. Археологи произвели зачистку, чтобы добраться до культурного слоя. Пришлось применять даже взрывные работы, чтобы снять шесть метров пустого грунта. Как показали раскопки, глубина залегания орудий труда древнего человека на этой стоянке нередко достигает 23 метров. Результаты исследований показали, что первые люди поселились на берегах реки, сегодня называемой Волгой, 100 тысяч лет назад. В первую очередь это были найдены каменные орудия труда: рубила, остроконечники, ножевидные пластинки, проколки. Всего около 4000 предметов. В Сухой Мечетке также были обнаружены фрагменты костей животных, на которых когда-то охотился неандерталец. Это были мамонты, шерстистый носорог, зубр, тур, антилопа сайга, тарпан (дикая лошадь). На территории стоянки обнаружены также следы нескольких примитивных построек — шалашей.

В наше время раскопки (рис.3) на Сухой Мечетке возобновляются и до сих пор там можно найти древние артефакты.



Рисунок 3

С середины VI века до н. э. междуречье Волги и Дона заселяют савроматы. Их погребения находили около Виновки и на краю Ергенинской возвышенности в 3 км к западу от станции Бекетовской. В пределах промышленной зоны Красноармейского района известны сарматские захоронения, преимущественно первых веков нашей эры. Многочисленные сарматские курганы находили также на Ергенинской возвышенности и прилегающих к городу районах. Рождение городу дали Волжский торговый путь, волго-донская переволока и судоходство на Волге. На территории Советского и Кировского районов современного Волгограда находили захоронения салтово-маяцкой археологической культуры, связываемой с Хазарским каганатом.

На месте современного Волгограда между реками Сухая и Мокрая Мечётка находилось ордынское поселение с неизвестным названием. Российские переселенцы назвали его Мечётным городищем. Современные археологи не успели обследовать Мечётное городище, так как его строения растаскивались на строительный кирпич с момента самого основания Царицына.

В письме английского торговца Христофора Бэрроу о проходившем в Персию и Мидию путешествии, написанном в 1579 году, впервые был упомянут Царицын. День окончательного устройства Царицынской крепости, а именно июль 1589 года и принято считать официальной датой зарождения города Царицын. На карту России город нанесли в 1614 году под названием «Царица» и располагался он на ненанесенном на карты того периода острове «Царицын». В последствии, на уточненных и измененных картах его перенесли на территорию в месте слияния Царицы и Волги.



Рисунок 4. Фото Царицына

В заключение однозначно нужно сказать, что Волгоград — это великий город с большой и разнообразной историей, о которой можно слушать рассказы с интересом, не смотря на то, о каком промежутке времени говорится. Каждый период из жизни Волгоградской земли по-своему уникален. И в этой работе описаны только маленькие кусочки из необъятной истории нашего края, который можно бесконечно исследовать.

Список использованных источников:

1. Древняя стоянка первых людей: неандертальцы Волгограда жили в Сухой Мечетки [Электронный ресурс]. - URL: <https://v1.ru/text/gorod/2017/06/29/50556961/>
2. Максим Задорожный. Кто проживает на дне океана. Морское прошлое и будущее Волгограда [Электронный ресурс]. - URL: <https://vlg.aif.ru/society/ecology/1347098>
3. Настоящая и великая история города Царицына [Электронный ресурс]. - URL: <https://volgograd.info/o-volgograde/tsaritsin-istoriy/>

**СТАНИЦА БУКАНОВСКАЯ. СВЯЗЬ ПОКОЛЕНИЙ.
ХРАНИМ ТРАДИЦИИ.**

*Авдеева Кристина Александровская
Вараев Биал Абубакарович
Руководители:
Тушева Наталья Николаевна
Шашлова Лилия Борисовна,
ГБПОУ "Волгоградский профессиональный
Техникум кадровых ресурсов", Волгоград*

Аннотация.

Проживая в Волгоградской области на территории уникальных мест, мы не только не посещаем их, но и мало знаем о них. Сегодня появился интерес к изучению исторического прошлого, к поиску краеведческого материала. Результатом такой деятельности являются не только восстановление утерянной информации, но и систематизация уже известных исторических фактов, представление их широкой аудитории, что способствует формированию активной гражданской позиции и чувства гордости за свою землю. Мы с увлечением читаем и

смотрим информацию о дальних странах и совсем не замечаем, что рядом с нами очень много достопримечательностей, которые говорят о об огромном значении места, где ты родился и живешь.

Актуальность.

Актуальность нашей работы заключается в том, что великая страна складывается из судеб каждого гражданина, уважение к ним делает человека сильнее и мудрее, а Родину - могущественней. История нашей станицы связана с судьбами людей, которые строили и развивали его. Краеведческий проект направлен на изучение истории и культуры родного края, воспитание любви к его прошлому, уважения к людям, внесшим вклад в развитие станицы, края, страны. Своей работой мы хотели систематизировать материал и познакомить, как можно больше количество людей с историей моей малой Родины, станицей Букановская.

Цель работы.

Собрать, систематизировать и представить широкой аудитории исторические факты о станице Букановская Кумылженского района Волгоградской области и показать, что мы являемся достойными хранителями и продолжателями традиций.

Методы исследования: аналитические методы, изучение и анализ научно-популярной литературы.

Анализ различных источников информации: научно-популярная литература, ресурсы сети интернет, экспозиции музея станицы Букановской.

Практическая ценность: создан информационный ресурс по краеведению станицы Букановской, представленный в виде исследования и презентации, а также материалы работы могут применяться в лекционных курсах по краеведению.

Родина – это память об истории края и стремление ее сохранить, это станица, ее исторические памятники и люди. Станица Букановская находится от Волгограда в 274 километрах, в Кумылженском районе. Это потрясающе живописное, колоритное и атмосферное место. На небольшой территории сконцентрировано столько исторических памятников и природных достопримечательностей, что и дня не хватит их осмотреть. Станица Букановская находится на территории «Природного парка Нижнехоперский». Казаки жили тут издревле – на берегах Дона и Хопра. Когда-то здесь существовала паромная переправа, а в 19 веке была построена церковь Покрова Божьей матери, бывшая в то время самой большой на Дону.

История основания.

Букановская станица возникла примерно в 1667 году. Она располагалась на правом берегу Хопра. В 1768 году из-за большого наводнения станица была перенесена жителями к речке Раствердяевке, где отстроилась заново. Свое название получила, по преданию, от прозвища одного из первых жителей Букана – нелюдимого, сурового человека. В документах 1709 года станица Букановская упомянута в связи с принесением казаками «крестного целования» командованию царских войск, разгромивших повстанческие отряды К.Булавина. 1785 году на средства в Букановской станице была построена церковно-приходская школа, а в 1864 году открылась земская школа. Первая церковь в станице была освящена в 1740 году. Население делилось на казаков и мужиков. Казаки имели посевные площади и несли военную службу, а мужики занимались различными ремеслами: шили одежду, сапоги, занимались кузнечным делом, производством кирпича.

Об этом Вам расскажут в музее истории и культуры традиционного казачьего быта станицы, который расположен в высоком казачьем курене, в бывшем доме довольно зажиточного казака, которому больше ста лет (1907 года постройки). Кроме четырех помещений куреня еще имеется и подворье, чтобы получить полное представление о жизни казаков. Здесь можно полностью погрузиться в атмосферу прошлого, даже двор с колодцем и курником выглядит, как 200 лет назад. Кстати, здесь вы узнаете еще один интересный момент, почему казаки носили серьги. И это тоже был определенный знак для окружающих. Если серьга в правом ухе - этот парень последний мужчина в роду. Если в левом - единственный сын у матери.

М.А. Шолохов и станица Букановская.

В Волгоградской области есть много памятных мест, связанных с жизнью великого писателя Михаила Шолохова.

Но есть место, которое заняло в его жизни, а, вернее сказать, в сердце свой потаённый уголок, куда редко кто допускался, эта: станица Букановская Кумылженского района.

Михаил Шолохов появился в Букановской впервые весной 1922 года. С грозной бумажкой в кармане, удостоверяющей, что 17-летний юноша является налоговым инспектором, и что все прочие органы молодой Советской власти должны оказывать ему всемерное содействие. Фигура и впрямь была важной: подразвёрстка, заменилась единым продналогом. Задача инспекторов была собрать его полностью, не допустить занижения урожая или площадей посевов, или того и другого вместе. А потому нужно было всё обмерить, обчислить и взвесить. Здесь будущий писатель, в 1924 году в Покровской церкви обвенчался Громославской Марией Петровной, дочерью букановского атамана и священника. Это венчание благословило их на долгую, счастливую совместную жизнь. И хотя Шолоховы уехали из Букановской, эта связь с нашей станицей продолжалась у них всю жизнь.

Память о писателе хранится бережно и тщательно. Небольшой домик, приземистый и неказистый, за низеньким заборчиком на двух штангах привинчена гранитная доска, извещающая, что в этом самом неказистом домике неоднократно бывал и работал великий русский писатель Михаил Александрович Шолохов.

На месте разрушенного храма открыта в станице к 100-летию писателя шолоховская аллея, которую венчает памятный камень с цитатой из «Тихого Дона».

С 2006 года каждое лето в станице широко разливается праздник «Хопёрские зори Михаила Шолохова»: песнями, с играми, прочими казачьими забавами.

Великая Отечественная война.

В период Великой Отечественной войны станица Букановская была прифронтовой. Жители станицы – в основном женщины, старики и подростки – взяли на себя непосильную работу. Они пахали землю на волах и коровах, сеяли хлеб, убирали урожай вручную, делились продовольственными запасами с советскими воинами, собирали посылки и отправляли на фронт.

Враг оставался за Доном. Но это вовсе не означало, что война обошла станицу стороной. Она вторгалась сюда с неба пикирующей смертью, долетала из-за реки бомбами и снарядами, доставала голодом и непосильной работой. А ещё – нескончаемыми потоками раненых с близкого поля нещадной битвы. В здании школы размещался госпиталь. Классов не хватало, бойцы лежали в коридорах, на соломенных подстилках прямо на полу. И всё равно раненых было больше. Гораздо больше, чем мест в госпитале. Солдат разбирали по своим домам станичники. Лечили, чем могли, делились последним куском хлеба. Хотя кусок тот был слишком мал и для самих. Но ничего не жалели для поправки своих защитников.

Букановский плацдарм.

Осенью сорок второго группа пулеметчиков в жестоком бою захватила стратегически важную высоту близ Дона – Чепелев Курган, где находились позиции немецких офицеров-штрафников. На ликвидацию плацдарма со стороны Сталинграда гитлеровцами были направлены свежая пехотная дивизия и несколько десятков танков. Двенадцать дней держали на кургане оборону наши солдаты и офицеры. О том, что это был за бой, говорят цифры: на каждого нашего бойца было сброшено по три авиабомбы.

Дивизия гитлеровцев, которая там наступала, вскоре была выведена с фронта, поскольку личного состава в ней почти не оставалось. Но высота и плацдарм, за которые шла жесточайшая схватка, сыграли важную роль в последующем окружении немцев в Сталинграде.

Советский пулеметчик Ханпаша Нурадилов.

Одним из героев Букановского плацдарма, был защитник Родины – Ханпаша Нурадилов, о подвиге которого уже в годы Великой Отечественной знала вся страна. Бойцу не было и 19 лет, когда в 1942-м он погиб под Сталинградом, но за год с небольшим он успел уничтожить более 920 фашистов, лично взять в плен 12 и захватить семь пулеметов. Четырежды представлялся к званию Героя Советского Союза. Считается самым результативным советским пулеметчиком Великой Отечественной войны.

С начала Великой Отечественной молодой горец принимал активное участие в боевых действиях, но по-настоящему прославиться он смог в декабре. Тогда подразделение Нурадилова выполняло боевую задачу у украинского села Захаровка, занятого врагом. Пулеметный расчет Ханпаши стрелял по позициям гитлеровцев, чтобы помочь наступлению своих, но противник начал вести огонь из минометов, а затем пошел в контратаку. Получил ранение, но подпустив к себе врага на близкое расстояние, он начал в упор расстреливать фашистов. Потеряв всех боевых товарищей, Нурадилов остался один из своего расчета, но остановил наступление целого подразделения, уничтожил 120 солдат вермахта и еще семерых взял в плен.

В январе 1942 года во время контрнаступления советских войск под Белгородом у села Толстое Нурадилов вновь проявил себя отчаянным храбрецом. Несмотря на опасность, он со своим пулеметом выдвинулся вперед, вел огонь и расчищал путь пехоте. В одиночку красноармеец уложил 50 гитлеровцев и подавил четыре пулемета противника. За этот подвиг получил орден Красной Звезды и был удостоен звания сержанта.

Тяжелым был бой в феврале 1942 года на подступах к городу Шигры в Курской области. Превосходящий по силам враг теснил кавалеристов, Нурадилов получил ранение в руку, но остался у пулемета и истребил 200 немецких солдат и офицеров. Весной 1942 года после одного из боев при наступлении на село Байрак в Харьковской области командир эскадрона лично насчитал 300 немецких солдат, сраженных пулеметом Ханпаши. Этот подвиг принес воину новую награду - орден Красного Знамени.

К тому времени о Ханпаше слагали легенды. Его имя было у всех на устах, о нем писали в советских газетах. Немцы боялись пулеметчика, как огня. При одном лишь его упоминании фашистов бросало в дрожь. Ходили слухи, что за голову бойца в Германии объявили денежную награду. Немецкие снайперы начали настоящую охоту за героем.

Последний бой Нурадилов принял в сентябре 1942 года на знаменитой высоте 220 на левом берегу реки Дон под Сталинградом. Ханпаша уже командовал пулеметным взводом. В тот день советские войска были атакованы немецкими танками. Во время боев он получил ранение в ногу, но продолжил вести огонь.

Пулеметчик сражался до последнего вздоха, демонстрируя невероятное мужество и силу воли. Тяжело раненный, собрав последние силы, он продолжал косить немцев, уничтожив в этом бою 250 солдат вермахта и два пулемета. Ханпаша потерял много крови и скончался по дороге в медсанбат. Был похоронен на площади в центре станицы Букановской. Во фронтовой газете «Красная Армия» вышел тогда материал, посвященный его памяти. О Ханпаше там говорились такие слова: «Доблестный рыцарь нашей Отчизны, бессмертный герой Кавказа, сын Солнца, орел орлов, боец Ханпаша Нурадилов, уничтоживший 920 врагов». Вскоре после его гибели Политуправление Донского фронта выпустило листовку с портретом Героя, ставя в пример его подвиги бойцам Красной армии. Посмертно ему было присвоено звание Героя Советского Союза. Награды Ханпаши Нурадилова хранятся в мемориальном комплексе Славы имени Ахмата Кадырова в городе Грозном.

Имя героя высечено на одной из плит памятника на Мамаевом кургане. В День Победы, в знак глубокого уважения, волгоградцы оставляют у памятника живые цветы.

В станице Букановская и сегодня свято чтут память Ханпаши Нурадилова, охраняют и ухаживают за могилой отважного чеченца. В поселке давно функционирует музей имени Героя Советского Союза. Личные вещи защитника Отечества, его биография, предметы, которыми он пользовался, переданы музею близкими родственникам Х. Нурадилова, проживающими в родном селе героя Нурадилово, которое находится в Хасавюртовском

районе Республики Дагестан. Глубоко почитают не только в Волгоградской области, но и в далекой Чечне, где он является национальным героем.

В 2010 году усилиями чеченской диаспоры на его могиле установлен мраморный памятник. К 78-й годовщине Победы в Великой Отечественной войне в Грозном дали старт ежегодному автопробегу «От героя к герою», посвящённому Первому Президенту Чеченской Республики, Герою России Ахмату-Хаджи Кадырову и Герою Советского Союза Ханпаше Нурадилову. Маршрут автомобилистов - Грозный – Волгоград — Букановская, с посещением мест воинской славы, встреч с ветеранами ВОВ.

26 июля 2014 года в центре станицы прошло мероприятие, посвящённое открытию памятной стелы «Памяти воинов Советской Армии, героически погибших в августе-сентябре 1942 года на Букановском плацдарме, содержащей списки бойцов, похороненных в братской могиле на мемориальном кладбище в станице Букановской. На мемориальной стеле, установленной здесь, выгравировано 383 фамилии погибших воинов.

По информации райвоенкомата на 2014 год в «Братской могиле участников гражданской войны и советских воинов, погибших в период Сталинградской битвы», расположенной по адресу: Волгоградская область Кумылженский район, станица Букановская, захоронено 383 известных военнослужащих. В Братской могиле покоятся герои Гражданской войны и воины Советской Армии, погибшие в боях за г. Серафимович, а также, умершие от ран в ЭГ № 2200 (№ 186 ППГ).

Подводя итоги своей работы над проектом, хотелось бы отметить, что, несмотря на то, что информации о станице Букановская не очень много и большая ее часть касается истории и быта казачества, мы постарались систематизировать материал, уделяя внимание различным историческим периодам. Рассказать о том, что в нашей станице бережно относятся и хранят исторические традиции и память о героях. Своей работой мы хотели бы напомнить наши сверстникам о том, что история героических примеров знает много и искать их, знать их необходимо, и это ни где-то далеко, а совсем рядом, в том месте, где ты живешь. Знать и сохранять историю малой Родины, это значит не только быть информированным о прошлом, но и быть причастным к будущему своей страны.

Сохранять память о героическом прошлом своего народа это особенно важно сегодня, когда наши военнослужащие с честью и отвагой выполняют боевые задачи в зоне проведения специальной военной операции.

Список использованных источников:

1. *Волгоград. Четыре века истории.*/Волгоград: Нижневолжское книжное издательство, - 1989./416 с.
2. *Мир. Россияне. XX век.*/Волгоград: Комитет по печати и информации, - 1997.- 400 с.
3. *Читайте на WWW.VOLGOGRAD.KP.RU:* <https://www.volgograd.kp.ru/daily/26554/3570331/>
4. <https://riac34.ru/news/95549/>
5. <http://www.bukanovskay.ru/>
6. <https://proza.ru/2016/09/25/2047>

Аннотация. Национальные игры предков формировались и совершенствовались на протяжении тысячелетий, передавались из поколения в поколения, и пользовались, как основное средство заполнения потребности в движении гармоничном физическом развитии организма, приобретению навыков и умений.

Целью доклада является выявление роли якутской национальной игры предков тутум эргиир (вертушка) в развитии физических качеств.

Ключевые слова: национальная игра, тутум эргиир, вертушка, физическое развитие, здоровый образ жизни.

Введение

Вопросы развития физической культуры и спорта, формирование здорового образа жизни приобретает в настоящее время особое значение. Поскольку общая политика нашего государства направлена на заботу о человеке, о развитии его физического, интеллектуального, нравственного и духовного потенциала, создание благоприятных условий для активизации творческих сил. История развития любого этноса, большого или малочисленного народа предполагает знание, прежде всего, сущности традиций народного воспитания. У народов Севера издавна сложилась своеобразная по содержанию, формам и методам система народной педагогики. Она способствовала коренным народам сохранить себя из поколения в поколение в экстремальных условиях Севера.

Актуальность: Национальные игры предков формировались и совершенствовались на протяжении тысячелетий, передавались из поколения в поколения, и пользовались, как основное средство заполнения потребности в движении гармоничном физическом развитии организма, приобретению навыков и умений. Характерной особенностью национальных игр предков является их динамичность, общедоступность, практичность и простота в применении.

Цель: выявление роли якутской национальной игры предков тутум эргиир (вертушка) в развитии физических качеств.

Задачи:

- анализ литературных источников;
- выявление роли якутской национальной игры предков тутум эргиир (вертушка) становлении личности и влиянии национальных игр предков на развитие физических качеств.

1.1. Развитие национальных игр предков в РС(Я).

В суровых условиях Крайнего Севера, где восемь месяцев зимы наши предки, учитывая многовековую историю народа и климатические условия, создали самобытные, уникальные, разнообразные национальные виды спорта, физические упражнения, игры, которые всесторонне развивают физические качества (силу, быстроту, выносливость и ловкость), а также морально-волевые качества, воспитывают нравственные, эстетические ценности человека. Философией национального вида спорта и подвижных игр становятся пропаганда молодежи к ведению здорового образа жизни, активным занятиям физической культурой и спортом. В современном обществе национальные виды спорта, национальные физические упражнения и игры народов Якутии, получили дальнейшее развитие, как отдельное направление в общей системе физической культуры и спорта РС(Я). Наша многонациональная республика становится примером бурного развития и совершенствования, народных традиций, как инициатор крупных международных и всероссийских спортивных мероприятий. Национальные виды спорта и народные игры являются неотъемлемой частью общей культуры нашего народа.

Национальные игры предков являются неотъемлемой частью общей культуры нашего народа. Народные игры якутов имеют давнее историческое происхождение. Разнообразные игры на ловкость, быстроту, силу и выносливость всегда были популярны у народов, живущих в экстремальных условиях севера, в этом суровом крае, могут жить и работать закаленные и стойкие люди.

1.2. Роль якутской национальной игры тутум эргиир (вертушка) в физическом развитии

В древности народ Саха преимущественно занимался охотой, поэтому требовалось хорошая физическая подготовка: сила, выносливость, гибкость и прыгучесть. Стали придумывать различные упражнения, тренироваться и состязаться между собой в летних играх «Ысыах». Так и появилось упражнение «Тутум эргиир» (вертушка).

Состязание также известно, как «якутская вертушка» и сегодня является в списке популярнейших республиканских соревнований «Игры Дыгына» и «Игры Манчаары».

Тутум эргиир (вертушка) – является игрой и упражнением на гибкость, ловкость, скорость, силу и выносливость. При этом, возможно, якутский нож стал основой снаряда по «вертушке». Для этого молодые люди, вонзив нож в землю и удерживая рукоятку рукой, не меняя первоначального захвата, выполняли поворот кругом, возвращаясь в исходное положение. Причем запрещалось касаться земли любыми частями тела, кроме ступней ног.

Определено, что «вертушка» развивает силу мышц кистей рук, спины, брюшного пресса, гибкость и координацию движения, внутренние мышцы живота, а также благотворно влияет на сердечно-сосудистую и дыхательную системы организма человека. Нередки случаи, когда занятиями «вертушки» исправлялись дефекты осанки, цепкости и силы рук. Кроме того, эффективность в развитии гибкости и силовой выносливости, показывающие спортсмены, занимающиеся «вертушкой», способствуют использованию упражнений и в других видах спорта, например, вольная борьба, перетягивание палки и др. Из правил игры исходит, что чем короче палка, тем сложнее выполнять упражнения. При этом для новичков, порою, бывает сложно выполнить упражнения по «вертушке» без нарушений правил: касание земли разными частями тела, не удерживание палки в лунке упора, падения и др. Соответствующие навыки вырабатываются только в результате систематических занятий в течение продолжительного времени.

2.1. Способы выполнения упражнения тутум эргиир (вертушка)

Спортивный снаряд «Тутум эргиир» представляет собой деревянную палку длиной 25см и деревянную опору с небольшим углублением. Он представляет собой вертикальную основу с 8 углублениями разной высоты для опоры палки и по мере приобретения умений учеником, уровень опоры палки регулируется, постепенно опускается с 110 см до пола, т.е. до спортивного уровня. Согласно правилам игры, для упражнений спортсмен берет одной рукой хватом снизу на расстоянии 8-10 см от одного конца, другой – хватом сверху от другого конца и вставляет палку в закрепленный на помосте упор с небольшим углублением и таким образом занимает исходное положение (Рис.1). По команде участник начинает перевороты телом вокруг своей оси, не выпуская палку из рук, и после полного переворота возвращается в исходное положение. Во время переворотов и между ними спортсмену не разрешается отрывать палку от упора, менять первоначальный хват и касаться любой частью тела помоста, кроме ступней ног (Рис.2).

Например, здесь основное положение – это мостик, поэтому для начала надо попытаться сделать гимнастический мостик, лишь потом постепенно развить силу обхвата пальцами и доводить технику выполнения упражнения до совершенства.



Рис.1

Рис.2


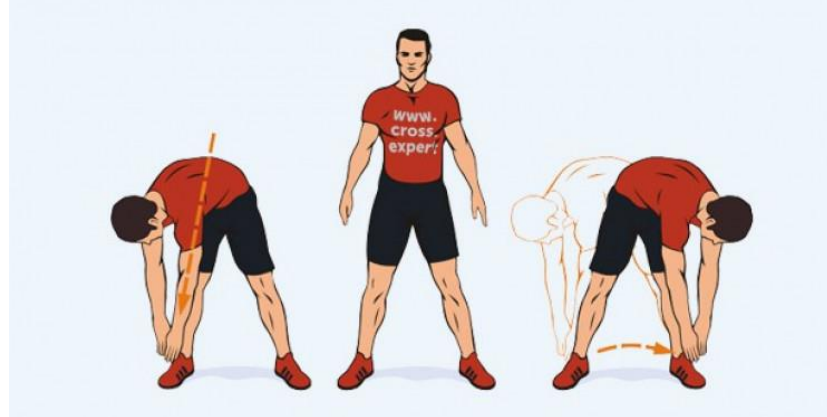
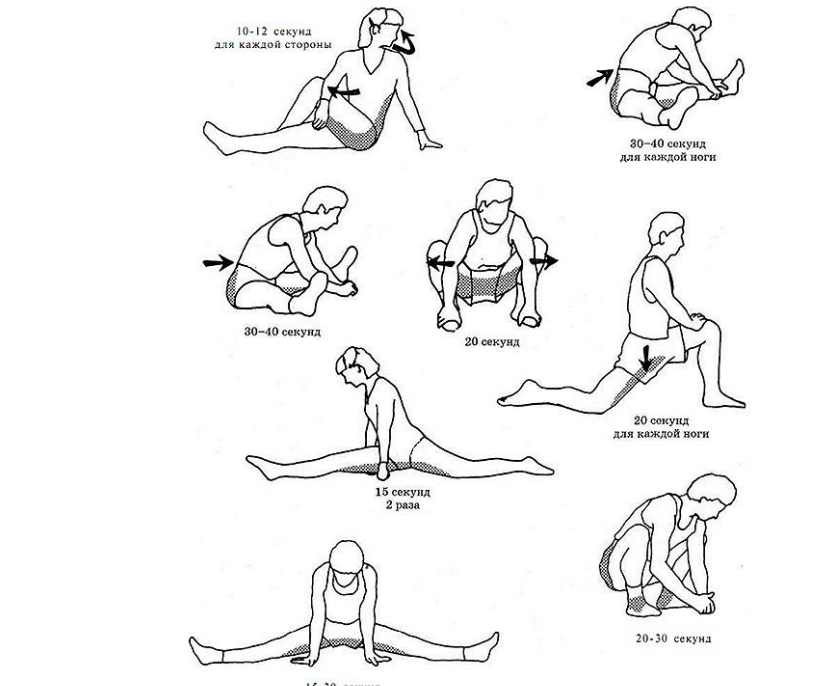
2.2. Комплекс упражнений тутум эргиир (вертушка)

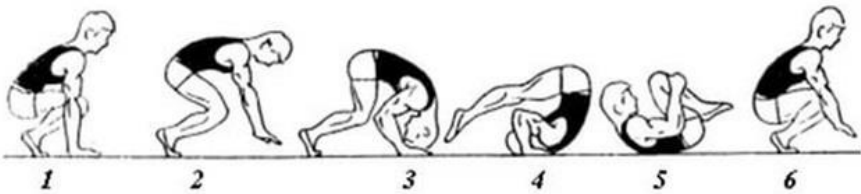
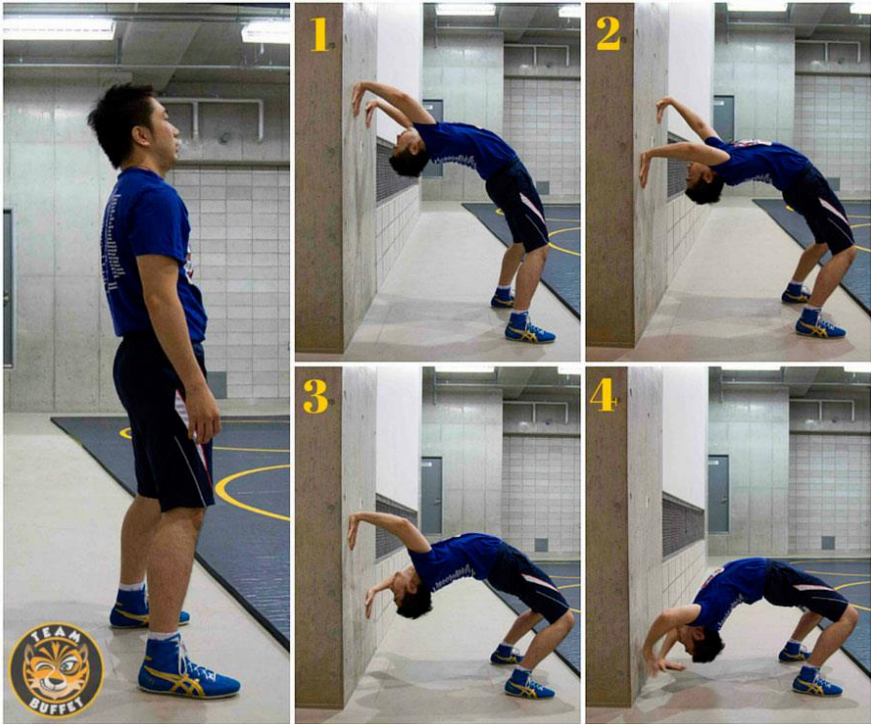
Тутум эргиир (вертушка) - является инструментом для развития гибкости, координации и силовой выносливости. Выполнить упражнение надо после тщательной разминки всего тела. Для начала нужно выполнять мостик на мате, различные забегания на мосту.

Например, здесь основное положение – это мостик, поэтому для начала надо попытаться сделать гимнастический мостик, борцовский мостик, лишь потом постепенно развить силу обхвата пальцами и доводить технику выполнения упражнения до совершенства. Его задача – не выпуская палки из рук и из углубления для опоры, не касаясь пола сделать как можно больше оборотов вокруг себя.

Для разминки выполняются следующий комплекс упражнений:

№	Упражнения	Выполнение
1.	Разминка всех суставов. Все упражнения выполняются по принципу – сверху вниз. Время выполнения комплекса растяжки: 3 минуты.	

<p>2.</p> <p>Круговые вращения.</p> <p>Все упражнения выполняются по 10 повторений.</p>	 <p>ПОВОРОТЫ ГОЛОВЫ</p> <p>ВРАЩЕНИЕ БЕДРАМИ</p> <p>ПОДЪЕМ РУК В СТОРОНЫ</p> <p>КРУГОВЫЕ ВРАЩЕНИЯ РУКАМИ</p> <p>КРУГОВЫЕ ВРАЩЕНИЯ В ОБРАТНУЮ СТОРОНУ</p> <p>РАЗВЕДЕНИЕ РУК</p> <p>ПОВОРОТЫ ТУЛОВИЩА</p> <p>ВРАЩЕНИЕ НОГОЙ</p> <p>ПОДЪЕМ НА НОСКИ</p>
<p>3.</p> <p>Наклоны.</p> <p>При наклоне делаем выдох, при возвращении в исходное положение – вдох.</p>	
<p>4.</p> <p>Растягивающие упражнения.</p> <p>Перед растягивающими упражнениями необходимо расслабить спину и плечи.</p>	 <p>10-12 секунд для каждой стороны</p> <p>20-40 секунд для каждой ноги</p> <p>30-40 секунд</p> <p>20 секунд</p> <p>20 секунд для каждой ноги</p> <p>15 секунд 2 раза</p> <p>20-30 секунд</p> <p>15-30 секунда</p>

<p>5. Кувырки.</p> <p>При исполнении этого элемента напрягается спина, поэтому исполнять его следует на мягкой поверхности.</p>	
<p>6. Гимнастический мост/борцовский мост.</p> <p>При выполнении мостика с опусканием по стене из положения стоя делаем короткие шаги, упираясь руками в стену. Одновременно повышаем уровень прогиба в спине по мере отклонения корпуса назад.</p>	

С сентября 2022 года начал для укрепления мышц и для улучшения общего физического состояния решил начать делать комплексные упражнения, выбор пал на национальное упражнение тутум эргиир (вертушка). Перед тем как начать тренировки, изучил литературу, посмотрел видеоролики по технике выполнения упражнения. Для эффективности решил вести записи своих показателей на гибкость позвоночника.

Упражнение:

- Стоя на краю опоры, сделайте максимально глубокий наклон вперед с прямыми ногами.

№	Месяцы	Показатели
1	Сентябрь	2 см.
2	Октябрь	4 см.
3	Ноябрь	5 см.
4	Декабрь	7 см.
5	Январь	10 см

Заключение.

Таким образом, можно утверждать, что осознанное занятие спортом и технически правильное выполнение упражнения тутум эргиир (вертушка) повысил мой уровень физического и моторного развития. Что доказывает эффективность упражнения тутум эргиир (вертушка), результаты показателя гибкости показали повышение показателей по развитию силы, гибкости и выносливости.

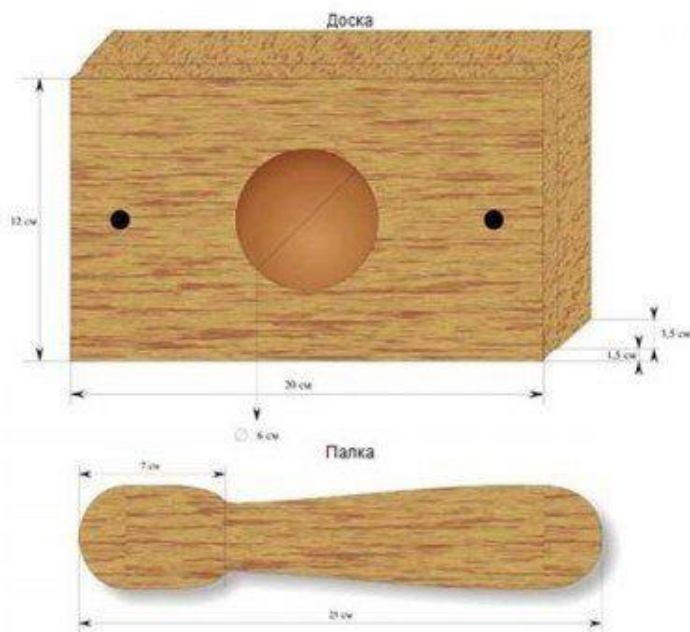
Национальные виды спорта воспитывают морально-волевые качества, стремление к победе, учат преодолевать трудности, развивают выносливость, укрепляют сердечно-сосудистую систему, развивают костно-мышечный аппарат, гармонично развивают все группы мышц.

Список использованных источников:

1. *Здоровье населения Севера. «Якутское книжное издательство», 2005г.*
2. *Игры наших предков. Якутск – Бичик, 2001.*
3. *Как заниматься самостоятельно физической культурой в условиях Якутии. «Якутское книжное издательство», 2003г.*
4. *Национальные виды спорта Республики Саха (Якутия). «Якутское книжное издательство», 2000г.*
5. *Николаев М. Без преодоления жизнь теряет смысл: Северный стиль жизни. - Химки, 2004. -158 с*

Приложение

Тренажер для выполнения упражнения тутум эргиир (вертушка)



Выполнение упражнения тутум эргиир (вертушка)



ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ТЕРРОРИЗМУ И ЭКСТРЕМИЗМУ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Кремнева Виктория Алексеевна

Руководител: Лагерева Елена Александровна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Актуальность. В настоящее время случаи проведения террористических актов в образовательных учреждениях учащаются. За последние годы заметно возросло число преступлений, связанных с экстремисткой и террористической направленностью. Данные преступления подрывают как социальную, экономическую, так и духовную сферу жизнедеятельности общества, вносят разлад и напряжение во взаимоотношения как на внутригосударственном, так и на международном уровнях. Поэтому очень важно подробно изучить данную проблему и сделать всё возможное, чтобы снизить риски проявления терроризма и экстремизма.

Цель: разработать практические рекомендации по профилактике терроризма и экстремизма среди старших подростков в образовательной организации.

Задачи:

- Изучить литературу по данной теме;
- Рассмотреть направления профилактики терроризма и экстремизма среди подростков;
- Проанализировать полученную информацию;
- Разработать памятку по действиям обучающихся при террористическом акте .

Терроризм (от франц. *terreur* — страх, ужас) — насильственные действия (преследования, разрушения, захват заложников, убийства и проч.) против гражданского населения, а не военных, с целью устрашения, подавления воли противников, конкурентов, навязывания определенной линии поведения.

Терроризм — идеология насилия и практика воздействия на общественное сознание, на принятие решений органами государственной власти, органами местного самоуправления или международными организациями, связанные с устрашением населения и/или иными формами противоправных насильственных действий.

Одним из ключевых направлений борьбы с террористическими и экстремистскими проявлениями в общественной среде выступает их профилактика. Особенно важно проведение такой профилактической работы в среде молодежи, так как именно указанная среда в силу целого ряда различных факторов является одной из наиболее уязвимых в плане подверженности негативному влиянию разнообразных антисоциальных и криминальных групп.

Экстремизм – это течение, которое выступает против существующих общин, структур и институтов, пытаясь нарушить их стабильность, ликвидировать для достижения своих целей. Экстремисты выступают против сложившихся государственных и общественных институтов, стремясь подорвать их существующие, изменить или уничтожить их для достижения своих целей. Для этого используются яркие лозунги, организованные беспорядки, забастовки, гражданское неповиновение, методы партизанской войны, а также террористические акты и тому подобное. Экстремисты, как правило, отрицают саму возможность каких-либо компромиссов, переговоров, соглашений. Терроризм в данном случае является одной из форм экстремизма, но, несомненно, наиболее опасной из них.

В последнее время активизировалась деятельность асоциальных молодёжных организаций, спекулирующих на идеях национального возрождения и провоцирующих рост преступных акций, нарушения общественного порядка. Это приводит к социальной напряжённости и ведёт к усилению экстремистских проявлений. Наиболее чувствительными к пропаганде идеологии терроризма и экстремизма являются подростки. Именно они, в силу возрастных особенностей, наиболее податливы к пропаганде об исключительности кого-либо, к разделению людей на группы. Это происходит в связи с ещё формирующимся мировоззрением, нравственными и моральными установками, гибкой нервной системой. Профилактика терроризма и экстремизма в образовательной среде может снизить риск совершения данных преступлений. Она является обязательным условием формирования законопослушности и адекватной оценки происходящих в мире событий, гражданственности и навыков безопасного поведения. Рост экстремизма серьезная угроза стабильности и общественной безопасности. Поскольку проблема терроризма и экстремизма среди подростков является одной из самых актуальных в последние года, то значимость их профилактики нельзя переоценить. Для профилактики подобных проявлений очень важно задействовать все лица: учащихся, их родителей или законными представителей и педагогов.

Деятельность образовательной организации при профилактике терроризма и экстремизма носит немаловажный характер, при организации мероприятий для старших подростков важно учитывать следующее:

- Необходимо учить подростков действиям во время различных чрезвычайных ситуаций, это поможет им сориентироваться и не только выжить самим, но и помочь другим во время происшествя. Подростки должны уметь переносить приобретенные умения и навыки в повседневную жизнь, применять на практике полученные знания.
- Привлечение родителей или законных представителей к участию во внеурочной деятельности и школьных мероприятиях очень важно. Социальное окружение подростка имеет большое значение для него и формирует мировоззрение, поэтому важно учитывать это при организации внеурочной деятельности. Необходимо, чтобы при совместной деятельности родители не делали всю работу за подростка, а направляли его и поддерживали, указывали на значимость всего происходящего.

- Зачастую подростки, попадающие под влияние террористической и экстремисткой идеологии, имеют заниженную самооценку. Вербовщики делают большой упор на этом, представляясь их друзьями и поддерживающими их, они показывают им их значимость и уникальность, тем самым обращая против остального общества. Во время мероприятий необходимо создавать условия, в которых каждый член подросткового коллектива будет иметь четкое представление о своей роли и значимости в деле. После необходимо переносить это чувство значимости в повседневную жизнь. Классным руководителям важно выстраивать доверительные отношения со подростками, чтобы те могли поделиться своими переживаниями с ними и получить так часто необходимое им слово поддержки. Поддержание психического и физического здоровья подростков поможет им преодолевать стресс, реализовывать себя и противостоять идеологии насилия.
- Терроризм и экстремизм подразумевают под собой нетерпимость и неприятие иных групп людей и (или) их взглядом и убеждений. Таким образом, важно содействовать в формировании у подростков чувства толерантности, умения жить в многонациональном обществе, спокойно принимать иные убеждения. В этом помогают тренинги, квест игры, коллективная творческая деятельность.

При работе с педагогами следует: проводить курсы повышения квалификации и занятия для педагогов по антитеррористической безопасности в образовательной организации; повышать уровень профессиональной компетентности педагогов по вопросам профилактики терроризма и экстремизма в образовательной организации, в том числе в правовой составляющей; повышать уровень этической компетентности, стрессоустойчивости и толерантности среди педагогов. При организации работы с родителями необходимо учитывать их загруженность и заранее предоставлять графики мероприятий, а также выстраивать тематические групповые встречи, знакомить родителей с признаками влияния на ребенка террористической и экстремисткой идеологии.

В процессе исследования была разработана памятка, с помощью которой можно быстро определить, что нужно делать во время террористического акта в образовательных учреждениях.



Памятка при угрозе совершения террористического акта в образовательном учреждении

В ходе нашего исследования были разобраны причины проявления террористических наклонностей у подростков. Также была предложена профилактика для избежания подобных ситуаций. Важно отметить, что для достижения высоких результатов по профилактике терроризма и экстремизма образовательная организация должна вести систематическую и комплексную работу с обучающимися, их родителями и педагогами. Только в этом случае у обучающихся будет формироваться негативное отношение к любым проявлениям агрессии, актам проявления террористических и экстремистских наклонностей, сформируется критическое мышление и способность противостоять пропаганде запрещенных организаций.

Список использованных источников:

1. Бекяшев К. А. Терроризм // Большая российская энциклопедия.
2. Информация о состоянии преступности среди несовершеннолетних и в отношении несовершеннолетних на территории Свердловской области по итогам 2021 года // Областная комиссия ПДН и защите их прав.
3. Профилактика экстремизма в молодежной среде : информ.-метод. сб. Иркутск, 2020. 131 с.

ПРАВОВАЯ ГРАМОТНОСТЬ МОЛОДЕЖИ

*Антюфеева Марина Игоревна
Плужникова Вероника Андреевна
Руководитель: Скорикова Елена Сергеевна
Волжский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Волжский*

Каждый гражданин должен знать свои права, свободы и меру ответственности за их нарушение. Ведь если люди будут юридически неграмотными, если они будут иметь смутные представления о тех или иных правилах, регламентирующих их отношения друг с другом, с различными институтами и социальными группами, с государством в целом, то и законы будут функционировать неэффективно. В этом и заключается вопрос правовой грамотности населения. Под правовой грамотностью понимают систему знаний человека о правах, законах, ответственности за их нарушение, а так же практического опыта по реализации защите своих прав и свобод. К сожалению, правовая грамотность российского населения находится не на высоком уровне, особенно он низок среди молодежи. Незнание и неуважение законов, не владение элементарными знаниями о своих конституционных правах и, отсюда, неумение их отстаивать и защищать, все это приводит к негативным последствиям. Растут масштабы подростковых и юношеских правонарушений. Аналогичная картина характерна и для других возрастных групп молодежи. Этот рост находится во взаимосвязи с динамикой отклонений в правовом сознании молодых людей.

Особое внимание привлекает уровень правовой грамотности среди студенческой молодежи. Это обусловлено тем, что традиционно, с молодым образованным поколением связывают определенные ожидания будущего развития общества. Трудно назвать общество высокоразвитым, если население не знает законов, не соблюдает их.

По статистике, правовая грамотность населения в России составляет примерно 13%, а у россиян с высшим образованием – 21%. Еще меньший показатель правовых знаний демонстрируют подростки. Поэтому не удивительно, что проблема правовой безграмотности не только взрослых, но и несовершеннолетних остается одной из самых актуальных на сегодняшний день.

С целью выяснения уровня правовой грамотности, нами был проведен опрос среди студентов среднепрофессиональных образовательных учреждений города Волжского. В опросе приняли участие студенты 1 курса Волжского филиала государственного автономного

профессионального образовательного учреждения "Волгоградский медицинский колледж", обучающиеся по специальности 34.02.01 Сестринское дело, 33.02.01 Фармация на базе основного общего образования, а так же студенты 1 курса государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения "Волжский политехнический техникум". Общее количество респондентов составило 300 человек. Результаты исследования оказались интересными. 98% студентов на вопрос "Знаете ли вы свои права, основные законы государства?" ответили утвердительно, но при этом только 8, 8 % отметили свой уровень правовых знаний как высокий, 80% определили его как средний. 70% опрошенных указывали на то, что их права нарушались, 58% сами нарушали чьи то права. Но есть студенты, их 9%, которые до конца не понимают, нарушали ли они чьи то права, не могут сопоставить свое поведение с действующими правовыми нормами. 13,7% респондентов, не знают, куда обращаться за защитой своих прав, 21,7% не знают своих конституционных обязанностей. Только 32 % студентов видят своей обязанностью соблюдение прав других людей. Многие не могли назвать больше одной обязанности: учиться, платить налоги, соблюдать законы, несмотря на то, что вопрос был задан во множественном числе.

Какие ваши обязанности, зафиксированные в законах вы знаете?

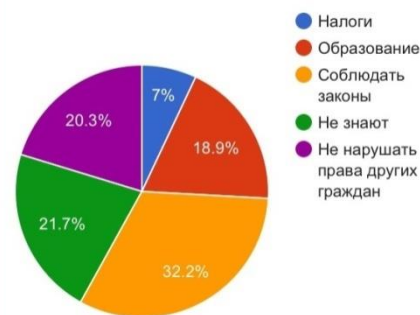


Рисунок 1. Знание обязанностей

56% опрошенных считают, что самостоятельная юридическая ответственность за правонарушения наступает в 14 лет, 4 % - с 18 лет. Только 34 % знают, что ответственность за преступления наступает с 14 лет.

8. С какого возраста наступает ответственность за преступления?

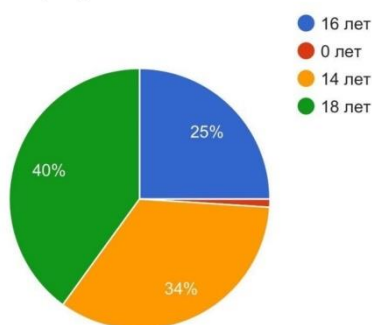


Рисунок 2. Знание возраста наступления юридической ответственности

ответственность.

На вопрос "Нужно ли человеку знать законы?" 92% респондентов ответили утвердительно. Только 29 % из них значение знания законов определяют как возможность защищать, отстаивать свои права, 48% считают, что знать законы нужно "для порядка", 11% для того, чтобы не нарушать права других людей.

98% признали, что правовой грамоте нужно обучать, но разошлись в вопросе о способах такого обучения: 13% считают, что оно должно происходить на уроках обществознания, 21,7% выступают за самостоятельное повышение уровня правовых знаний, 25,7% надеются на родителей, почти 11% респондентов эффективным способом получения правовых знаний считают изучение Конституции РФ, 27 % не знают, что поможет им лучше узнать законы.

Большая часть студентов, участвующих в опросе (67%) никогда не ощущали недостатка в правовых знаниях, 30% признались, что бывали в ситуациях, когда незнание закона им вредило. Исследование показало, что студенты имеют слабое представление об административной ответственности. 17 % опрошенных считают, что за использование нецензурной лексики, курение, распитие спиртных напитков в общественных местах не наступает юридическая

10. Несёт ли человек ответственность за использование нецензурной лексики, за курение на улице, за то, что пьёт пиво на скамейке в па...

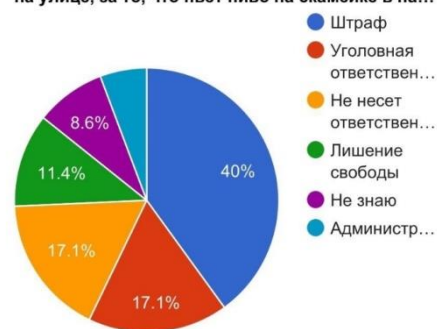


Рисунок 3. Знание об ответственности за административные правонарушения

Таким образом, опрос показал, что несовершеннолетние студенты плохо знают законы, свои обязанности, не все понимают разницу между правонарушением и преступлением, не знают о разных видах юридической ответственности, некоторые не могут оценивать свое поведение с точки зрения права, они не знают, где нарушаются их права, а где они нарушают чьи-то права, закон. Несмотря на то, что 98% опрошенных сказали, что они знают свои права и более 80% определили уровень своих правовых знаний как средний, исследование показало, что данный уровень ниже среднего.

Результаты исследования показали, что в правовых знаниях студентов есть много белых пятен. Так же исследование выявило тот факт, что основным местом получения таких знаний студенты видят образовательное учреждение или помощь взрослых (родители). Но важно отметить, что треть опрошенных считают, что увеличивать свой уровень правовой грамотности необходимо самостоятельно. А для этого важно, чтобы информация была понятной, доступной и интересной.

Список использованных источников:

1. Уровень правовой грамотности молодежи в Российской Федерации –URL. <https://anna-muratova-school.ru/news/uroven-pravovoj-gramotnosti-molodezhi-v-rossijskoj-federaczii/> (дата обращения 13.02.2024)

ТЕМПЕРАМЕНТ И ЕГО ЗНАЧИМОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ

*Сподарик Жанна Александровна
Руководитель: Холодова Ирина Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Когда говорят о темпераменте, то имеют в виду многие психические различия между людьми – различия по глубине, интенсивности, устойчивости эмоций, эмоциональной впечатлительности, темпу, энергичности действий и другие динамические, индивидуально-устойчивые особенности психической жизни, поведения и деятельности. Темперамент и сегодня остается во многом предметом научных споров. При всем многообразии подходов к проблеме, ученые и практики признают, что темперамент – биологический фундамент, на котором формируется личность как социальное существо [2].

Темперамент- это неотъемлемая часть личности каждого человека и является особенно важным аспектом для будущих специалистов медицинской сферы, в связи с тем, что темперамент определяет личность врачей, медицинский сестёр и пациентов. Данные структуры личности могут, как помогать, так и препятствовать эффективному общению медработников и пациентов. Индивидуально - психологические особенности личности человека придают своеобразную окраску всей деятельности и поведению. Именно в этих особенностях и проявляется темперамент.

Актуальность темперамента в медицине обусловлена его влиянием на проявление различных заболеваний, ответ пациента на лечение, а также взаимодействие с окружающей средой. Темперамент — это индивидуальная особенность психики человека, определяющая его склонность к определенным эмоциональным реакциям, поведенческим шаблонам и способности к адаптации. В медицине аспекты темперамента важны для понимания реакций пациента на болезни и лечение. У людей с разными типами темперамента могут различаться уровни подверженности к стрессовым состояниям, что влияет на развитие различных заболеваний, включая сердечно-сосудистые, психосоматические и дерматологические заболевания. Кроме того, темперамент влияет на восприятие боли и реакцию на нее. Люди с различным темпераментом могут по-разному воспринимать боль и по-разному реагировать на методы обезболивания. Это важно при проведении медикаментозного и нефармакологического обезболивания. Также темперамент влияет на соблюдение

медицинских рекомендаций. Люди с разными типами темперамента могут по-разному относиться к режиму и диете, предписанным врачом, что может повлиять на эффективность лечения.

Психологическая характеристика типов темпераментов определяется следующими основными его свойствами: сенситивность, реактивность, активность, соотношение активности и реактивности, темп реакции, пластичность и ригидность, экстраверсия и интроверсия, эмоциональная возбудимость [5].

Существует много теорий темперамента. Древнейшими из них являются гуморальные теории, которые связывают темперамент со свойствами тех или иных жидких сред организма. Создателем этой теории считается древнегреческий врач Гиппократ (V в. до н. э.). Он утверждал, что люди различаются соотношением 4 основных «соков организма» – крови, флегмы, желтой желчи и черной желчи, входящих в его состав. Несмотря на то, что некоторые исследователи считают гуморальную теорию наивной, стоит отметить, что Гиппократ первым понял психосоматическое единство индивида, то есть единство души и тела. Он был материалистом, поэтому объяснял психосоматическое единство материальной основой – смесью «соков» в организме индивида [1].

Представление о темпераменте человека складывается на основе характерных для него психологических особенностей. Холерик – это человек, нервная система которого определяется преобладанием возбуждения над торможением, вследствие чего он реагирует очень быстро, часто необдуманно, не успевает себя затормозить, сдержаться, проявляет нетерпение, порывистость, резкость движений, вспыльчивость, необузданность, несдержанность. Неуравновешенность его нервной системы предопределяет цикличность в смене его активности, бодрости: увлекшись каким-нибудь делом, он страстно, с полной отдачей работает, но сил ему хватает ненадолго. Появляется раздражённое состояние, плохое настроение, упадок сил, вялость. Чередование положительных циклов подъёма настроения и энергичности с отрицательными циклами спада, депрессии обуславливают неровность поведения и самочувствия, его повышенную подверженность к появлению невротических срывов и конфликтов с людьми [6].

Сангвиник – человек с сильной, уравновешенной, подвижной нервной системой, обладает высокой скоростью реакции, поступки обдуманно, жизнерадостен, благодаря чему его характеризует высокая сопротивляемость трудностям жизни. Подвижность его нервной системы обуславливает изменчивость чувств, привязанностей, интересов, взглядов, высокую приспособляемость к новым условиям. Это общительный человек, легко сходится с новыми людьми и поэтому у него широкий круг знакомств, хотя он и не отличается постоянством в общении и привязанности. Он продуктивный деятель, но лишь тогда, когда много интересных дел, в противном случае он становится скучным, вялым, отвлекается. В стрессовой ситуации проявляет «реакцию льва», т.е. активно обдуманно защищает себя, берётся за нормализацию обстановки.

Флегматик – человек с сильной, уравновешенной, но инертной нервной системой, вследствие чего реагирует медленно, малообщителен, эмоции проявляются замедленно, обладает высокой работоспособностью, хорошо сопротивляется сильным и продолжительным раздражителям, трудностям, но не способен быстро реагировать в неожиданных ситуациях. Прочно запоминает всё усвоенное, не способен отказаться от выработанных навыков и стереотипов, не любит менять привычки, распорядок жизни, работу, друзей, трудно и замедленно приспосабливается к новым условиям. Настроение стабильное, ровное. При серьёзных неприятностях флегматик остаётся внешне спокойным [4].

Меланхолик – человек со слабой нервной системой, обладающий повышенной чувствительностью даже к слабым раздражителям, а сильный раздражитель уже может вызвать «срыв», «стопор», растерянность, поэтому в стрессовых ситуациях могут ухудшаться результаты деятельности по сравнению со спокойной привычной ситуацией. Повышенная чувствительность приводит к быстрому утомлению и падению работоспособности. Незначительный повод может вызвать обиду, слёзы. Настроение очень изменчиво, но обычно

меланхолик старается скрыть, не проявлять внешне свои чувства, не рассказывает о своих переживаниях, часто грустен, подавлен, не уверен в себе, тревожен, у него могут возникнуть невротические расстройства. Однако, обладая высокой чувствительностью нервной системы, они часто имеют выраженные художественные и интеллектуальные способности. Трудно ответить, какой тип темперамента у того или иного взрослого человека. Тип нервной системы хотя и определяется наследственностью, но не является абсолютно неизменным. С возрастом, а также под воздействием систематических тренировок, воспитания, жизненных обстоятельств нервные процессы могут ослабеть или усилиться, может ускориться или замедлиться их переключаемость.

Темперамент тесно связан с продуктивностью работы человека. Так, особая подвижность сангвиника может принести дополнительный эффект, если работа требует от него частого перехода от одного рода занятий к другому, оперативности в принятии решений, однообразия, а регламентированность деятельности, напротив, приводит его к быстрому утомлению. Флегматики и меланхолики, наоборот, в условиях строгой регламентации и монотонного труда обнаруживают большую продуктивность и сопротивляемость утомлению, чем холерики и сангвиники [3]. В поведенческом общении можно и нужно предвидеть особенности реакции лиц с разным типом темперамента и адекватно на них реагировать. Стоит подчеркнуть, что темперамент лишь определяет динамические, но не содержательные характеристики поведения.

Вместе с тем, темперамент определяет динамику протекания психических процессов и поведения человека. Под динамикой понимают темп, ритм, продолжительность, интенсивность психических процессов, в частности эмоциональных процессов, а также некоторые внешние особенности поведения человека - подвижность, активность, скорость реакций и т. д. Темперамент характеризует динамичность личности, но не характеризует ее убеждений, взглядов, интересов, не является показателем ценности или малоценности личности, не определяет ее возможности (не следует смешивать свойства темперамента со свойствами характера или способностями).

Применение темперамента в медицинской сфере имеет важное значение для понимания индивидуальных особенностей пациентов и эффективной работы медицинского персонала. Темперамент определяет специфические черты характера человека, его реакцию на внешние стимулы и стрессовые ситуации. Исследования в этой области позволяют более обширно понять, как личностные особенности влияют на восприятие болезни, потребности в лечении и взаимодействие с медицинскими специалистами.

Одним из ключевых аспектов применения темперамента в медицинской сфере является понимание влияния психологических факторов на физическое здоровье. Исследования показывают, что различные типы темперамента могут быть связаны с уровнем стресса, склонностью к развитию психосоматических заболеваний и реакцией на болезнь. Например, люди с холерическим темпераментом могут склоняться к повышенной возбудимости и стрессу, что влияет на функционирование и состояние их организма. Понимание этих особенностей может помочь врачам адаптировать методы диагностики, лечения и подходы к общению с пациентами.

Кроме того, изучение темперамента в медицинской сфере также имеет важное значение для улучшения коммуникации между медицинским персоналом и пациентами. Различные типы темперамента могут требовать индивидуального подхода при общении и объяснении диагнозов, лечения и рекомендаций. Например, экстравертированные пациенты могут предпочитать более открытый и эмоциональный стиль врача, в то время как интроверты могут предпочесть более спокойный и информативный подход.

Ключевым результатом применения темперамента в медицинской сфере является персонализированный подход к лечению. Понимание индивидуальных особенностей темперамента пациента позволяет разрабатывать более точные и эффективные планы лечения, учитывая их предпочтения, уровень стресса и реакцию на болезнь. Например, при лечении психосоматических заболеваний, таких как язвенная болезнь или астма, учет темперамента

может помочь выявить психологические факторы, влияющие на процесс заболевания и индивидуальные методы поддержания психического равновесия пациента.

Подводя итог, можно отметить, что понимание темперамента пациента помогает врачам лучше адаптировать лечебные методы и подходы к конкретному человеку, увеличивая эффективность медицинской помощи и улучшая результаты лечения. Также, изучение темперамента имеет важное значение для развития персонализированной медицины и улучшения качества медицинской помощи. А применение темперамента в медицинской сфере играет ключевую роль в создании персонализированного подхода к пациентам, улучшении эффективности лечения и развитии более глубокого понимания влияния психологических факторов на физическое здоровье. Дальнейшие исследования в этой области могут способствовать разработке новых методов диагностики, лечения и поддержки пациентов, основанных на их индивидуальных особенностях темперамента.

Список использованных источников:

1. Батаршев, А.В. *Диагностика темперамента и характера*. СПб., Питер 2013.
2. Зеер, Э.Ф. *Психология профессиональных деструкций*. М., Деловая книга 2013.
3. Кейн, С. *Как использовать особенности своего характера*. М., Манн 2013.
4. Климов, Е.А. *Психология профессионального самоопределения*. М., Academia 2013.
5. Соколов, Е.А. *Профессиональное становление личности специалиста*. М., Университетская книга 2012.
6. Столяренко, А.М. *Общая и профессиональная психология*. М., 2013.

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ КОНФЛИКТЫ: ВИДЫ, ПРИЧИНЫ, СПОСОБЫ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Кумпан Есения Петровна

Руководитель: Холодова Ирина Михайловна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

В современном мире межличностные конфликты - неотъемлемая часть общественных отношений на любой из стадий развития общества. Ещё в начале формирования наук социологии конфликты были объектом изучения исследователей, что способствовало формированию понятия «конфликтология». Конфликтология – это область знаний, занимающаяся изучением зарождения, возникновения, развития, разрешения и завершения конфликтов. Спустя время, все перечисленные аспекты претерпели изменения.

Этап обучения и получения образования – один из основных периодов в жизни человека как личности. Здесь закладывается основная социальная составляющая. Большая часть конфликтных ситуаций происходит конкретно в этот период. Субъектами межличностных конфликтов являются педагоги, учащиеся и их родители. Так как это играет огромную роль в становлении человека социальным, мне захотелось разобраться тему более досконально и подтвердить её актуальность[4].

Гипотеза - людям всех возрастов свойственен выбор определённой стратегии поведения в условиях конфликтной ситуации, но наиболее часто в этом нуждаются подростки.

При владении информацией стратегиях поведения в конфликтах, их преимуществах и недостатках, можно успешно разрешать возникающие спорные ситуации.

В межличностном конфликте любая сторона отстаивает свое мнение, доказывая его важность и истинность, в процессе чего люди могут переходят к оскорблениям, обвинениям, унижениям. В результате возникают сильные эмоциональные переживания, что влияет уже на здоровье человека.

По исследованиям доктора психологической наукД. Дэна, выделяет 3 уровня развития конфликта: стычки - мелкие неприятности, не представляющие угрозы для отношений;

столкновения – расширение возможных причин, вызывающих ссоры, уменьшение желания взаимодействовать с другим; кризис – решение о разрыве отношений, подразумевающее нездоровый характер [1].

Зачатком любого конфликта является противоречие. В спорной ситуации есть субъекты и объект конфликта. К первым относятся участники, которые отстаивают собственные интересы. Объект – то, на что претендуют его стороны (цель, к которой стремятся субъекты) [2].

Существует классификация способов поведения в конфликте по американскому психологу К. Томасу. При формулировании пяти стилей поведения есть два референса критериев: стремление стороны отстаивать свои интересы и стремление стороны учитывать интересы другой:

Стиль *сопротивление* – подразумевает отстаивание собственных интересов в ущерб интересам собеседника. В данном случае человек будет применять жесткий контроль над поведением оппонента, давление, провокации, манипуляции. Данный вариант по большей части имеет недостатки, чем положительные стороны, основная причина – разрушение отношений между собеседниками.

Стиль *приспособления* – антоним стратегии соперничества. Характеризуется полным принятием позиций конфликтующего. В основном таким образом поступают люди с заниженной самооценкой/ те, кто не умеет в полной мере отстаивать позицию. Здесь характерны: согласие с требованиями конфликтующего, отсутствие претензий, проявление излишней лести.

При выборе стиля *избегания*, человек различными способами пытается избежать конфликта, отложить решение на будущее. Человек, выбравший стратегию не проявляет интерес к конфликтной ситуации и игнорирует позицию оппонента. Отказ от взаимодействия, отрицание важности конфликта, замедление процесса решения, подавление эмоций – характерные действия.

Выбирая *компромисс* происходит частичное удовлетворение интересов обеих сторон. Стороны стараются уравновесить позиции, предлагать варианты, стремятся взаимовыгодно найти выход. Данная тактика наиболее справедлива в отношении к обоим сторонам конфликта. В результате приходится вернуться к сути и принять рациональное решение.

При *сотрудничестве* – участники конфликта стремятся разрешить сложившуюся ситуацию, удовлетворяя собственные потребности и желания оппонента. Свойственные действия: анализ предметов конфликта, расчёт ресурсов участников. Преимущества стратегии – развитие доверия и долгосрочных межличностных отношений, принятие взаимовыгодных решений.

Основной причиной возникновения межличностных конфликтов в подростковом возрасте является факт, что в этот период взросления у ребенка меняются черты характера, начинает формироваться сознательное поведение. Данные преобразования возникают вследствие противоречий на фоне духовного взросления физиологического и психологического взросления.

Эти причины делятся на объективные и субъективные. Объективные причины не зависят от основных участников конфликта. Вторые находятся в непосредственной зависимости от личностных особенностей подростка [3].

Как бы ни хотелось, но избежать всех конфликтов невозможно. А вот снизить разрушительное влияние на взаимоотношения можно, выбрав правильную стратегию, о чем и гласит гипотеза.

Для точного формирования основ полученной информации, мною была разработана интеллект-карта, отражающая составляющие темы межличностных конфликтов (рис.1).



Рис.1 Способы разрешения конфликтов

Список используемой литературы:

1. Анцупов А. Я. Конфликтология / Шипилов А. И. Москва Изд-во Юнити, 2020.
2. Беженцева, А. Р. Межличностные конфликты в подростковой среде. Студенческий электронный журнал, 2020.
3. Гришина Н. В. Психология конфликта. Научные труды молодых учёных, 2021.
4. Саблин В. С. / Слаквас П. Психология человека: М. Экзамен, 2020.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Юферева Татьяна Игоревна

Руководитель: Прозорова Мария Николаевна, к. п. н.

КОГПОУ "Кировский медицинский колледж"

ФГБОУ ВО "Кировский государственный медицинский университет"

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Киров

Актуальность темы исследования заключается в том, что избыточная масса тела и ожирение являются причиной эмоционально-аффективных и поведенческих расстройств, обусловленных фрустрирующей ситуацией; по мнению ряда авторов (Александровский Ю.А., 2017; Краснов В.Н., 2020 и др.), именно эти основные факторы нарушений психической адаптации. В настоящее время имеет место неуклонный рост числа пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением.

Цель исследования - изучение психологических факторов расстройств адаптации женщин с избыточным весом и их реабилитация.

Задачи исследования:

1. Изучить понятие психологических факторов расстройств адаптации женщин и их проявления;
2. Определить расстройства адаптации женщин с избыточным весом;
3. Рассмотреть взаимосвязь психологических факторов при расстройствах адаптации женщин с избыточным весом.

Расстройство адаптации или приспособительных реакций - это патологическое состояние, которое возникает при невозможности приспособиться к жизненным изменениям и проявляется эмоциональными расстройствами, нарушением социальной адаптации и снижением работоспособности. Заболевание относится к психогенным расстройствам невротического уровня. Психогенные расстройства - это нарушения невротического или психотического уровня, которые возникают в результате воздействия значимых для человека потрясений и негативных жизненных ситуаций. Человек с расстройством невротического уровня, в отличие от психотического, сохраняет адекватное восприятие и отношение к ситуации [1, с. 217].

К развитию расстройства адаптации могут приводить следующие события: разрушение целостности и привычности социальных связей (например, разлука или тяжёлая утрата близкого человека); изменение социального окружения (переезд в другую страну); переломные моменты в жизни (смена учебного заведения, рождение ребёнка, увольнение); серьёзный смысловой кризис (безуспешные попытки достигнуть заветной личной цели или разочарование в достигнутом).

Расстройства адаптации часто усиливаются при наличии более одного стрессора, причем, по мнению американских исследователей, тяжесть стресса или стрессов не всегда обуславливает тяжесть расстройства адаптации [3, с. 24].

У женщин с избыточной массой тела параллельно с соматическими осложнениями развиваются низкая самооценка, негативное отношение к образу «я», тревожно-депрессивные расстройства, дисморфофобия, социальная дезадаптация, снижение качества жизни. Кроме того, нарушение межличностных отношений в семье, в том числе при присоединении гинекологической патологии и сексуальных дисфункций, усугубляет депрессивную и тревожную симптоматику у пациенток. Неудачи со снижением массы тела вызывают прогрессивное снижение самооценки, ощущение собственной несостоятельности. Данные нарушения очень часто приводят женщину с избыточной массой тела к тревожному состоянию [2, с. 73].

Для того, чтобы определить уровень тревожного состояния у женщин с избыточной массой тела, пациентам Кировского областного государственного бюджетного учреждения

здравоохранения «Центр кардиологии и неврологии», отделений неврологии и кардиологии, было предложено пройти опрос. Опрос прошли 21 женщина в возрасте от 36 до 69 лет, которые проходили лечение с 11.12.2023 г. по 24.12. 2024 г. Данные пациентки, проходили в лечение в отделении кардиологии и неврологии, у 21 пациентки наблюдалась выраженная избыточная масса тела. Диагностическое исследование проводилось анонимно, с каждой женщиной была проведена беседа и получено письменное согласие на проведение исследования. Проведя исследование, удалось проанализировать степень тревожного состояния у женщин с избыточной массой тела за последние семь дней. Опрос включал 20 вопросов, в статье рассмотрены только пять основных. Результаты анкетирования показали следующие количественные и качественные показатели.

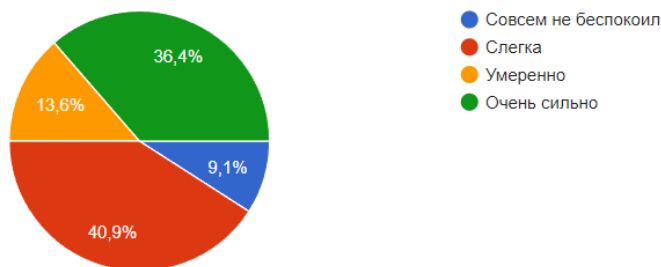


Рис 1. Ответ на вопрос «Неспособность расслабиться»

По результатам опроса, 40,9% респондентов слегка беспокоит неспособность расслабиться, 36,4% женщин с избыточной массой тела очень сильно обеспокоены неспособностью расслабиться, 13,6% умеренно справляются, а 9,1% совсем не беспокоила неспособность расслабиться. Таким образом, большинство женщин с избыточным весом слегка обеспокоены неспособностью расслабиться, что вследствие может привести к быстрой утомляемости (см. рис. 1).

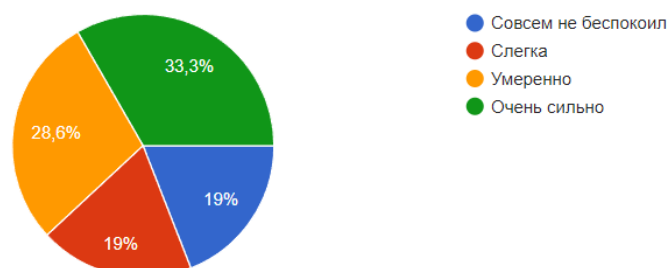


Рис 2. Ответ на вопрос «Страх, что произойдёт самое плохое»

Из 21 опрошенной женщины с избыточной массой тела, 33,33% очень сильно беспокоит страх, что произойдёт самое плохое, 28,6% умеренно беспокоит данный страх, а 19% слегка или совсем не беспокоил. Исходя из этого, можно сделать вывод, что женщин с избыточной массой тела очень сильно беспокоит страх, что произойдёт самое плохое, именно это приводит к депрессивной симптоматике (см. рис. 2).

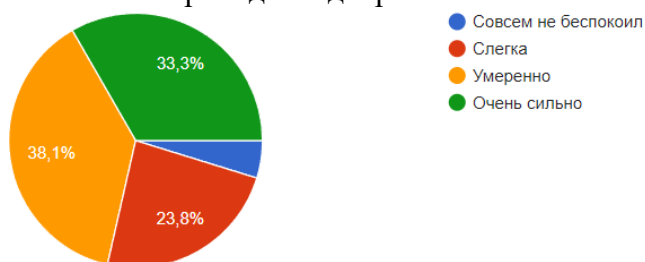


Рис 3. Ответ на вопрос «Ускоренное сердцебиение»

По данным диаграммы, видно, что 38,1% опрошенных умеренно беспокоит ускоренное сердцебиение, 33,3% очень сильно беспокоит ускоренное сердцебиение, 23,8% слегка

беспокоит, а 4,8% совсем не беспокоит данный симптом. Исходя из этого, можно сделать вывод, что основную часть женщин с избыточной массой тела умеренно беспокоит ощущение ускоренного сердцебиения, от чего ещё больше увеличивается чувство тревоги (см. рис. 3).

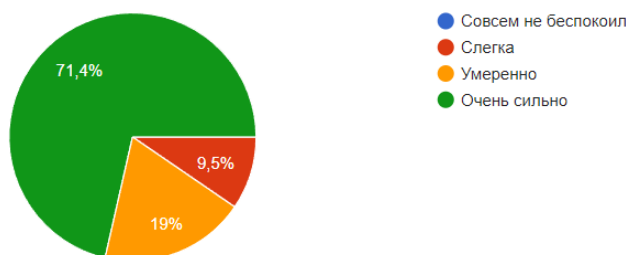


Рис 4. Ответ на вопрос «Нервозность»

Из 21 опрошенной женщины с избыточной массой тела, 71,4% очень сильно беспокоит нервозность, 19% умеренно беспокоит нервозность и только 9,5% совсем не беспокоит. Исходя из этого, можно сделать вывод, что большую часть опрошенных женщин с избыточным весом очень сильно беспокоит нервозность, именно это может быть следствием беспокойства и переживаний (см. рис. 4).

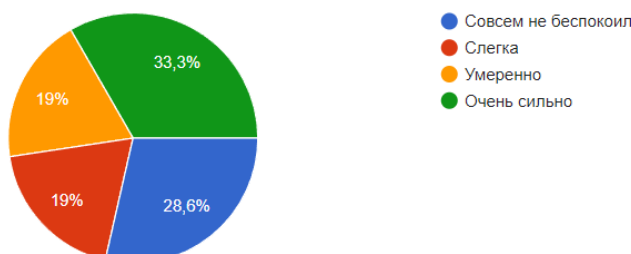


Рис 5. Ответ на вопрос «Страх утраты контроля»

Опрос показал, что 33,3% женщин с избыточной массой тела очень сильно беспокоит страх утраты контроля, 28,6% совсем не беспокоит данный страх, а 19% умеренно или слегка обеспокоены страхом утраты контроля. Таким образом, в основном женщин с избыточной массой тела очень сильно беспокоит страх утраты контроля, из-за внутреннего дискомфорта они не могут контролировать себя и свои мысли (см. рис. 5).

В результате проведенного анкетирования, целью которого являлось определить степень тревожного состояния у женщин с избыточной массой тела Кировского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр кардиологии и неврологии», отделения неврологии и кардиологии, можно сделать несколько выводов. Большинство опрошенных женщин с избыточной массой тела очень сильно обеспокоены страхом, что произойдет самое плохое, ощущением ужаса, нервозностью, страхом утраты контроля, испугом, усиленным потоотделением. Их также умеренно беспокоит ощущение жары, ощущение ускоренного сердцебиения и шаткость походки, а слегка беспокоит онемение или покалывание в теле, дрожь в ногах, неспособность расслабиться, головокружение, затрудненность дыхания, желудочно-кишечные расстройства. И только совсем не беспокоит неустойчивость, дрожь в руках, ощущение удушья, страх смерти, обмороки, приливы крови к лицу.

Делая вывод можно сказать, что по результатам исследования, основная часть опрошенных женщин с избыточной массой тела имеют выраженную степень тревожного состояния.

Список использованных источников:

1. Александров А. А. Психотерапия: Учебное пособие - СПб.: Питер, 2019. - 480 с.
2. Благосклонная Я. В. Проблемы лишнего веса - СПб.: Невский проспект, 2018. - 118 с.

РАЗВИТИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ С ОВЗ ПО ЗРЕНИЮ ЧЕРЕЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ

Гарипов Рамиль Минтагирович
Руководители: Бутякова Гюзель Анатольевна,
Гарифуллина Эльвира Мухаметовна
ГАПОУ "Нижнекамский медицинский колледж", г. Нижнекамск

ГАПОУ «Нижнекамский медицинский колледж» является одной и единственной образовательной организацией в Республике Татарстан, которая создала все условия для обучения лиц с ОВЗ по зрению. Профессиональное обучение поможет им посмотреть на себя по-новому, не как на инвалида, нуждающегося в посторонней помощи, а как на человека, самого оказывающего помощь, исцеляющего других людей.

Данные факты свидетельствуют об актуальности темы исследовательской работы. Работа посвящена исследованию особенностей жизнестойкости у лиц с ОВЗ по зрению и ее развитие через профессиональное самоопределение.

Практическая значимость работы заключается в том, что изучение развития жизнестойкости с применением различных методик у обучающихся с ОВЗ по зрению по специальности 34.01.02 Медицинский массаж, дает возможность осуществить прогноз профессиональной ориентации и социальной успешности в своей деятельности.

Собранный материал является достоверным и доказывает, что развитие жизнестойкости у лиц с ОВЗ по зрению возможно через профессиональное самоопределение. Результаты исследования позволяют разработать рекомендации для работы с лицами с ОВЗ по зрению с целью формирования необходимых личностных качеств для получения профессионального образования.

Гипотеза исследования: предполагается, что профессиональное самоопределение способствует развитию жизнестойкости у лиц с ОВЗ по зрению. Цель исследования: исследовать развитие жизнестойкости у лиц с ОВЗ по зрению через профессиональное самоопределение.

Задачи исследования: 1. Изучить теоретические основы жизнестойкости и профессионального самоопределения у лиц с ОВЗ по зрению. 2. Провести тестирование по методике С. Мадди и выявить жизнестойкость у лиц с ОВЗ по зрению. 3. Выявить степень оптимизма и активности у лиц с ОВЗ по зрению по шкале АОС (Шкала оптимизма и активности Н. Водопьянова, М. Штейн). 4. Определить показатели саморегуляции поведения у лиц с ОВЗ по зрению, применив опросник «Стиль саморегуляции поведения». 5. Выполнить анализ трудоустройства выпускников по специальности 34.01.02 Медицинский массаж. 6. Разработать рекомендации для работы с лицами с ОВЗ по зрению с целью формирования необходимых личностных качеств для получения профессионального образования.

Объект исследования: жизнестойкость и профессиональное самоопределение у лиц с ОВЗ по зрению. Предмет исследования: развитие жизнестойкости у лиц с ОВЗ по зрению через профессиональное самоопределение. Методы исследования: 1. Анализ теоретических источников. 2. Тестирование. 3. Статистический метод. 4. Наблюдение. Время исследования: 2021-2023 гг.

Теоретическая часть. Профессиональное самоопределение – это определение своего места в мире профессий, нахождение личностного смысла в выполняемой работе. Жизнестойкость – это способность личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя при этом внутренний баланс и гармонию без снижения успешности деятельности. Три

компонента жизнестойкости – это вовлечённость, контроль и принятие риска. Вовлечённость – это убежденность человека в том, что участие в происходящих событиях даёт ему возможность найти в жизни что-то стоящее и интересное. Люди с развитым компонентом вовлечённости умеют получать искреннюю радость от своей собственной деятельности. Контроль – это своеобразная установка на проявление жизненной активности. Человеку, наделённому высокоразвитым контролем свойственна активная жизненная позиция, ощущение, что он самостоятельно, независимо не от кого выбирает свой собственный путь, и что только он сам может повлиять на результат происходящего. Принятие риска представляет собой убежденность человека в том, что всё то, что с ним происходит, способствует его личностному развитию, а из любого жизненного события, позитивного или негативного можно подчерпнуть полезный для себя опыт.

Организация исследования. Исследование проводилось по следующим направлениям: 1) Тестирование по методике С. Мадди и выявить жизнестойкость у лиц с ОВЗ по зрению. 2) Выявление степени оптимизма и активности у лиц с ОВЗ по зрению по шкале AOS (Шкала оптимизма и активности Н. Водопьянова, М. Штейн). 3) Определение показателей саморегуляции поведения у лиц с ОВЗ по зрению, применив опросник «Стиль саморегуляции поведения». 4) Анализ трудоустройства выпускников по специальности 34.01.02 Медицинский массаж. Исследование проводилось в ГАПОУ «Нижекамский медицинский колледж» среди обучающихся лиц с ОВЗ по зрению с 1 курса по 3 курс по специальности 34.01.02 Медицинский массаж. Выборка составила 11 человек, возраст которых от 18 лет до 46 лет. В организации тестирования принимали участие волонтеры.

Результаты исследования. 1. Тестирование по методике С. Мадди и выявить жизнестойкость у лиц с ОВЗ по зрению. Анализ полученных данных показывает динамику развития жизнестойкости и ее компонентов от 1 курса к 3 курсу (рис.1). Это говорит о том, что у лиц с ОВЗ по зрению к 3 курсу подавляющее большинство способны усваивать знания, полученные из своего опыта (как позитивного, так и негативного), и использовать их в будущем в различных ситуациях. Они убеждены, что все, случающееся с ними, так или иначе способствует их личностному развитию. Также большинство испытуемых, как правило, получают удовольствие от выполняемой деятельности и убеждены, что вовлеченность в нее увеличивает шанс на положительный результат. Компонент «контроля» демонстрирует нам, что для них борьба влияет на результат, пусть даже успех не гарантирован полностью.

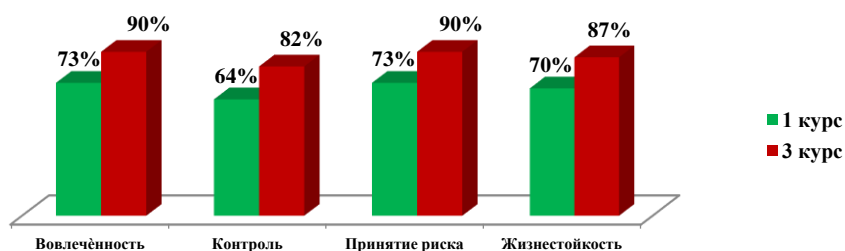


Рис. 1 Сравнительный анализ средних значений выраженности жизнестойкости и ее компонентов у обучающихся с ОВЗ по зрению с 1 курса по 3 курс

2. Методика «Шкала оптимизма и активности» (Шкала AOS)(Н. Водопьянова, М. Штейн)». Проанализировав сравнительный анализ, мы отметили, что степень оптимизма и активности имеет положительную динамику от 1 курса к 3 курсу (рис. 2). Преобладают психологические типы личности «Реалисты» и «Активные оптимисты». Это подтверждает, что у лиц ОВЗ по зрению сформировалось позитивное мироощущение, жизнерадостность, уверенность и конструктивная активность в трудных жизненных ситуациях, требующих сохранения стойкости, мужества и веры в их положительное разрешение. Таким образом, можно сделать вывод, что данные личностные качества способствуют развитию жизнестойкости.

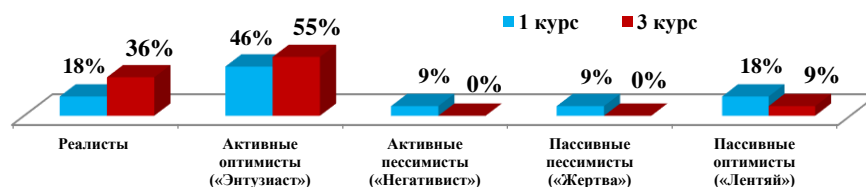
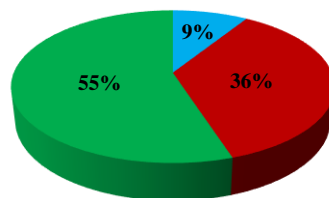


Рис. 2 Сравнительный анализ степени оптимизма и активности у обучающихся с ОВЗ по зрению с 1 курса по 3 курс

3. Опросник «Стиль саморегуляции поведения». Цель методики – диагностика развития индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля, включающего показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств – гибкости и самостоятельности. Личностные качества влияют на особенности поведения и важно как в жизненных ситуациях проявится способность саморегуляции, самореализации.

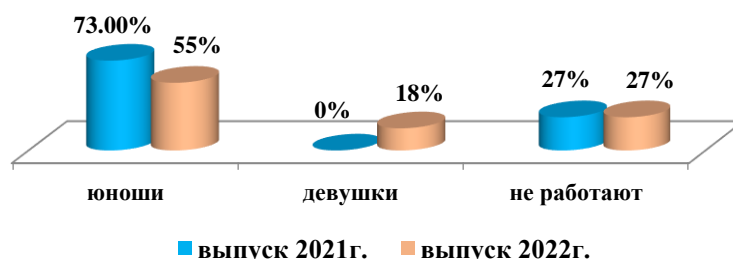


■ Низкий уровень ■ Средний уровень ■ Высокий уровень

Рис. 3 Уровни общей саморегуляции поведения у обучающихся с ОВЗ по зрению 3 курсе (2023 г.)

Анализ диаграммы показывает нам, что общей саморегуляции поведения у обучающихся с ОВЗ по зрению на 3 курсе имеет высокий уровень (рис.3). При высокой мотивации достижения они способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных, характерологических особенностей, препятствующих достижению цели. Чем выше общий уровень осознанной саморегуляции, тем легче человек овладевает новыми видами активности, увереннее чувствует себя в незнакомых ситуациях, тем стабильнее его успехи в привычных видах деятельности.

4. Анализ трудоустройства выпускников по специальности 34.01.02 Медицинский массаж. Конечной целью реабилитации лиц с ОВЗ по зрению является их социальная интеграция. И с этой задачей ГАПОУ «Нижекамский медицинский колледж» успешно справляется. Свидетельством этого является трудоустройство выпускников специальности 34.01.02 Медицинский массаж (рис.4).



Анализ данных по трудоустройству выпускников за 2021г. и за 2022г. показывает, что 73% работают по специальности Медицинский массаж. Место работы у них разнообразно: поликлиника г. Казань и г. Набережные Челны; ЦРБ г. Лениногорска и г. Менделеевска; реабилитационные и медицинские центры, санатории-профилактории.

Такой высокий показатель трудоустройства выпускников с ОВЗ по зрению является

результатом не только непосредственно учебного процесса, но участие в различных внеурочных мероприятиях и конкурсах, олимпиадах. Особенно положительным моментом в развитии жизнестойкости является участие в ежегодном профессиональном конкурсе мастерства «Абилимписк» в компетенции «Массажист». Выпускники нашего колледжа стали победителями и призерами на уровне РТ и РФ. Таким образом, можно сделать вывод, что грамотная организация учебного процесса и внеаудиторной деятельности обучающихся с ОВЗ по зрению помогают профессиональному самоопределению. Это, безусловно, способствует развитию жизнестойкости.

Таким образом, гипотеза подтвердилась: профессиональное самоопределение способствует развитию жизнестойкости у лиц с ОВЗ по зрению.

Разработаны рекомендации для работы с лицами с ОВЗ по зрению с целью формирования необходимых личностных качеств для получения профессионального образования.

1. Важнейшим направлением интеграции и реабилитации в социуме лиц с ОВЗ по зрению является подготовка к сознательному выбору профессии. Необходимо проводить профориентационную работу с лицами ОВЗ по зрению в рамках Дня открытых дверей.

2. Учитывать специфику индивидуально-психологических особенностей личности в учебно-воспитательном процессе.

3. Продолжать вовлекать во внеурочную деятельность с целью мотивации к профессиональной деятельности.

4. Принимать участие в деловых и ролевых играх, тренингах для личностного роста, которые проводятся педагогом-психологом.

5. В рамках классных часов проводить беседы на повышение жизнестойкости.

Список использованных источников:

1. Александрова Л. А. О составляющих жизнестойкости личности как основе её психологической безопасности в современном мире / Л. А. Александрова // Известия Южного федерального университета. Технические науки. – 2014. – Том 51. – № 7. – С. 57–86.

2. Березкина О. А. Актуализация и развитие жизнестойких качеств личности будущих специалистов: дис. канд. пед. наук: 13.00.01 / О. А. Березкина; Комсом.-на-Амуре госуд. пед. университет. – Комсомольск-на-Амуре, 2006. – 305 с.

3. Дзеукожева А.А. Профессиональное самоопределение и особенности этого процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья // Материалы XI Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» URL: <https://scienceforum.ru/2019/article/2018014868>

4. Евтушенко Е. А. Жизнестойкость личности как психологический феномен / Е. А. Евтушенко // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. LX междунар. науч.-практ. конф. – 2016. – № 1 (58) [Электронный ресурс] URL: <https://sibac.info/conf/pedagog/lx/46481> (дата обращения: 23.04.2018).

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Сирин Ирина Сергеевна
Руководитель: Петенкова Светлана Васильевна
ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов

В современном мире проблема сохранения психического здоровья и формирования стрессоустойчивости у людей очень актуальна, ведь стрессоустойчивость позволяет поддерживать оптимальную работоспособность и эффективность деятельности, а также психическое состояние в напряженных ситуациях. [1, с. 243]

В своей работе мы изучили уровень стрессоустойчивости студентов медицинского колледжа специальностей «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Акушерское дело», «Стоматология ортопедическая». Медики занимают лидирующие позиции по риску эмоционального выгорания. Общение с большим количеством людей, личность которых подвержена изменению под влиянием болезни, большие психо-эмоциональные нагрузки, экстренные ситуации в работе (особенно у врачей скорой помощи) – все эти факторы способствуют формированию стресса, поэтому уровень стрессоустойчивости является важным показателем у будущих медиков.

Часто студенческая жизнь ассоциируется со студенческими обществами, различными мероприятиями и весельем. Она кажется беззаботной и легкой для многих студентов. Но обучение в учебном заведении - это стресс для многих студентов.

Существует большое количество подтверждений тому, что хронический стресс - спутник студенческой жизни. Стресс, испытываемый студентами, может сказываться на обучении (приобретении, применении и переработке знаний), что препятствует академической успеваемости. Трудности с успеваемостью в свою очередь также создают дискомфорт, в результате чего общий стресс усиливается. Некоторые исследователи отметили у студентов и проблемы с финансами, жильем, безопасностью и весом. [3, с. 88]

Студенту необходимо преодолеть переходные трудности, освоить новые роли и модифицировать старые, в результате чего они также могут испытывать стресс. В связи с этим вопрос стрессоустойчивости студентов также является актуальным.

В переводе с английского языка «стресс» обозначает давление, натяжение, усилие, а также внешнее воздействие, создающее это состояние. Предполагается, что английское слово «stress» происходит от латинского «stringere» – затягивать. С течением времени это слово претерпевает многочисленные изменения. Стресс стал обозначать не только физическое воздействие, но и любые отрицательные события, оказывающие негативный эффект на человека, вызывающие негативные эмоции. [1, с. 244]

Стрессоустойчивость – это определенное сочетание личностных качеств, позволяющих переносить стрессовые ситуации без неприятных последствий для своей деятельности, личности и окружающих. В исследованиях современных ученых, стрессоустойчивость рассматривается сугубо как качество личности, состоящее из совокупности нескольких компонентов. [4, с. 256]

Следует отметить, что экстремальное воздействие далеко не всегда оказывает отрицательное влияние на эффективность выполняемой деятельности. Более высокий уровень стрессоустойчивости отличает людей, в системе ценностей которых преобладают так называемые духовные ценности. Стрессоустойчивые люди всегда готовы к любым переменам и с легкостью их принимают. Они запросто преодолевают трудности в кризисных ситуациях. Стрессонеустойчивым людям сложно адаптироваться к любым изменениям, им сложно менять свое поведение, установки, взгляды. Если что-то пошло не так, то они уже находятся в состоянии стресса. Стрессотренируемые люди, в общем-то, готовы к изменениям, но только не к мгновенным и не к глобальным. [2, с. 943]

Ну и кого, как не студентов можно назвать самыми стрессоустойчивыми из людей?! Или так только кажется? Студенческая жизнь полна чрезвычайных и стрессогенных ситуаций, поэтому студенты часто испытывают стресс и нервно-психическое напряжение. В основном у студентов стресс развивается из-за большого потока информации, из-за отсутствия системной работы в семестре и, как правило, стресс в период сессии.

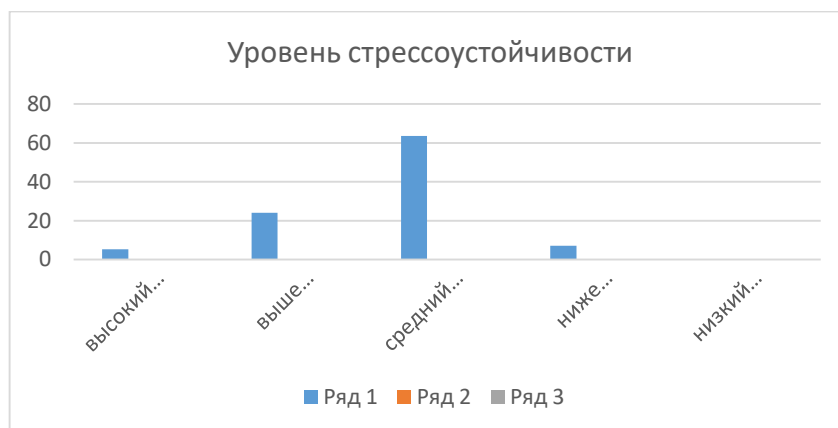
В нашем исследовании по определению уровня стрессоустойчивости приняли участие 112 студентов медицинского колледжа – 63 девушки и 49 юношей от 18 до 24 лет. Для определения уровня стрессоустойчивости была использована авторская методика И.А. Усатова «Тест на определение уровня стрессоустойчивости личности».

Вторым этапом работы стало определение основных причин учебного стресса; выявить, определить основные приемы снятия стресса студентами. Был использован тест на учебный стресс, разработанный Ю.В. Щербатых.

В результате проведенного исследования нами было установлено:

- высокий уровень стрессоустойчивости имеют 5,3% опрошенных
- выше среднего – 24,1 % опрошенных
- средний уровень стрессоустойчивости - 63,5 % опрошенных
- ниже среднего – 7,1 % опрошенных
- низкий уровень – никто не продемонстрировал (диаграмма 1)

Диаграмма 1

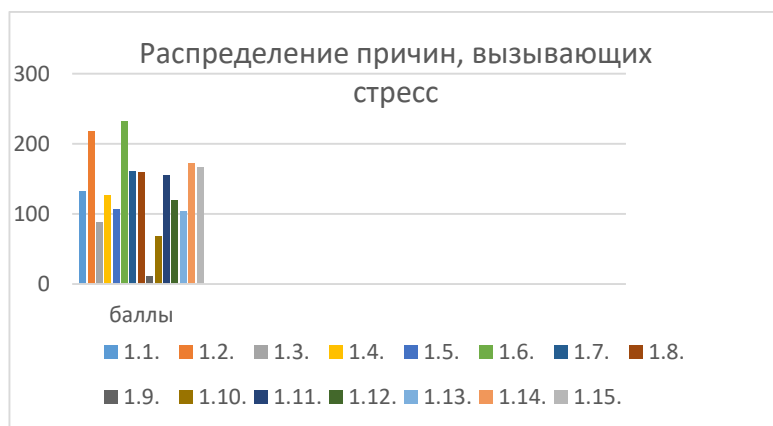


Самый высокий уровень стрессоустойчивости продемонстрировали студенты специальностей «Стоматология ортопедическая» - 7,7 % высокий уровень стрессоустойчивости и «Лечебное дело» (7,0 % высокий уровень стрессоустойчивости).

Для определения причин, вызывающих стресс, было предложено оценить по 10 - бальной шкале представленные варианты, были получены следующие результаты:

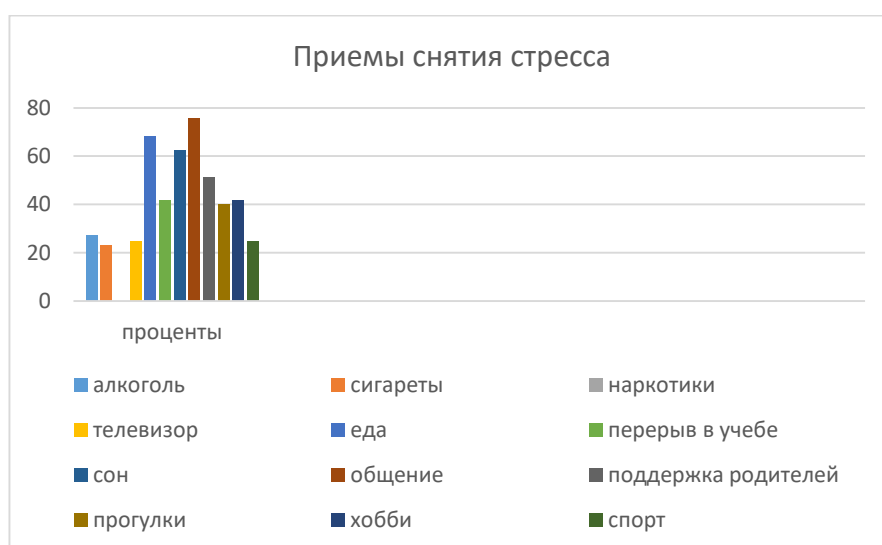
- 1.1 Строгие преподаватели 132 балла
- 1.2 Большая учебная нагрузка 218 баллов
- 1.3 Отсутствие учебников 88 баллов
- 1.4 Непонятный, скучный материал 126 баллов
- 1.5 Жизнь вдали от родителей (для иногородних студентов) 107 баллов
- 1.6 Неумение правильно распорядиться ограниченными финансами 232 баллов
- 1.7 Неумение правильно организовать свой режим дня 161 балл
- 1.8 Нерегулярное питание 159 баллов
- 1.9 Проблемы совместного проживания с другими студентами 11 баллов
- 1.10 Конфликт в группе 68 баллов
- 1.11 Излишне серьезное отношение к учебе 155 баллов
- 1.12 Нежелание учиться или разочарование в профессии 119 баллов
- 1.13 Стеснительность, застенчивость 104
- 1.14 Страх перед будущим 172 балла
- 1.15 Проблемы в личной жизни 167 баллов (диаграмма 2)

Диаграмма 2



Для определения приемов снятия стресса опрашиваемым были предложены варианты, из которых необходимо выбрать те, которые используются. Были получены следующие данные (диаграмма 3)

Диаграмма 3



Таким образом в результате проведенного исследования нами были получены следующие результаты:

1. Большинство студентов, принявших участие в тестировании, демонстрируют средний уровень стрессоустойчивости, который предполагает расход резервов организма по мере роста стрессовых ситуаций.
2. Основными причинами, вызывающими стресс названы – неумение распорядиться финансами, нехватка денег, большая учебная нагрузка, страх перед будущим, проблемы в личной жизни.
3. Основными способами снятия эмоционального напряжения указаны – общение с друзьями и любимыми, вкусная еда, сон, поддержка родителей. Студентам, принявшим участие в опросе, были даны рекомендации по снижению уровня эмоционального напряжения, определены способы борьбы со стрессом.

Список использованных источников:

1. Катунин, А.П. Стрессоустойчивость как психологический феномен / А.П. Катунин // Молодой ученый. - 2012. - № 9. - С. 243-246.
2. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса / Л.А. Китаев Смык. - М.: Академический Проект, 2009. - 943 с.
3. Мещеряков, Б.Г. Психологический словарь / Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. - М.: Слово, 2002. - С. 88 - 89.
4. Щербатых, Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. - СПб.: Питер, 2006. - 256 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ

*Ревина Дарья Александровна
Руководитель: Ерохина Ольга Николаевна
БПОУ Орловской области
"Орловский базовый медицинский колледж" филиал №1, г. Ливны*

Связь психологии и медицины своими корнями уходит в глубины истории. Медицина как наука — это знание о человеке как организме, о его свойствах и возможностях воздействия на них. Эта наука направлена на сохранение и укрепление здоровья людей, предупреждение и лечение болезней тела. Психология изучает человека, это значит, что объектом изучения является внутренний мир и поведение человека, свойства сознания и бессознательного. Испокон веков психологи занимаются изучением и врачеванием души. Обе науки всегда оказывали влияние друг на друга, идя к решению своих задач самостоятельно [4].

Для психологов медицинские знания абсолютно необходимы. В то же время медики все более и более осознают необходимость психологических знаний для успешной лечебной работы.

Сотрудничество врачей и психологов в борьбе с болезнями в порядке вещей, и уже ни у кого не вызывает сомнения, тот факт, что психика и тело не делимы и взаимосвязаны.

Идея о связи тела и души, соматических и психических процессов - одна из древнейших в медицине. На протяжении всей своей истории медицина испытывала потребность в использовании психологических воздействий на больных людей. Опытные врачи знали об этой связи и использовали ее в лечебной практике. Например, наш великий хирург Пирогов Н.И. писал: «что даже огнестрельные раны быстрее заживают на теле бодрого, веселого оптимиста» [2].

Современные исследования показывают, что практически во всех областях медицины дифференцируется психологическая составляющая, которая проявляется как в этиологии, так и в патогенезе заболеваний. Так называемая «исцеляющая вера» (понятая как психологическое воздействие) ярко выражает активность сознания, специфическое проявление его интенциональности [1].

Сегодня наука переживает важные изменения, происходит пересмотр многих направлений и отраслей, все более и более углубляется специализация. С другой стороны, требуется обозначить связи между разными науками, все больше появляется междисциплинарных направлений. Современная психология как наука также переживает эти изменения. Психология становится все более широкие связи ее с другими сферами знаний — педагогикой, социологией, медициной и религией. На стыке этих областей появляются новые способы изучения сознания человека, новые методы помощи и лечения болезней и травм.

Сегодня медицина все чаще обращает свои взоры к психологии, отчетливо понимая, что человек — не совокупность частей и систем, а целостность, в которой все связано и все влияет на все. Психика как нечто, без чего человек принципиально немислим, медицину все больше интересует, ныне трактуемую болезнь не как патологию того или иного органа, а как отражение общего состояния организма, а значит, и как субъективное отражение физического, социального и душевного неблагополучия.

Связи психологии и медицины настолько тесные, что для психологов, работающих в этой сфере, медицинские знания абсолютно необходимы. В то же время медики все более и более осознают необходимость психологических знаний для успешной лечебной работы. На стыке медицины и психологии возникла медицинская психология, разрабатывающая психологические проблемы диагностики, лечения, профилактики, реабилитации больных. Таким образом, медицинская психология – это область научных знаний и сфера практической работы, в равной мере принадлежащая как медицине, так и психологии. При разработке проблем медицинской психологии объединяются усилия психологов, физиологов, врачей, биологов.

Связи психологии с медициной в нашей стране стали оформляться около 100 лет назад. Первые в России психологические лаборатории были устроены в психиатрических клиниках. Там проводились как клинические, так и лабораторные исследования.

Медицинской психологией накоплен колоссальный объем знаний, касающихся того, как особенности характера, тип личности, темперамент влияют на поведение больного человека, как мотивация к выздоровлению, желание реализовать те или иные жизненные цели помогают людям справляться с болезнями, как люди, страдающие психическими заболеваниями, психологически воспринимают мир и окружающих, как они адаптируются к реальности, как следует вести себя врачу, чтобы не нанести психологическую травму больному[3].

В медицинском и психологическом познании существуют не только определенные ценности, но также оценки и близкие категории. Например, категория «норма» в медицине — это здоровье, основная ценность. В психологии же «норма» — это, скорее, нечто среднее, устоявшееся, не выделяющееся из толпы. Норма в психологии — это не столько категория здоровья, сколько отсутствие патологии.

Знание психологии необходимо еще и потому, что врачебный процесс, т.е. диагностирование заболевания, выбор лечения и методов профилактики — это то, что происходит при взаимодействии людей — пациента и врача. Психологические факторы оказывают существенное влияние на все содержание и характер этого процесса.

Болезнь протекает у конкретного человека, с конкретной биографией, опытом жизни, личностными особенностями. И то, как будет участвовать в процессе диагностики и терапии данный пациент, во многом определяется психологическими факторами.

Успехи медицины привели к тому, что увеличилось количество людей, которым удалось спасти жизнь, в том числе с помощью психологов, работающих в психологической, социальной и трудовой реабилитации.

Медицина и психология являются теми науками, которые дают знания о человеке, особенностях развития и функционирования его организма, его возможностях. Данные знания будут более полными только при взаимодействии психологии и медицины.

Влияние на взаимосвязь между медициной и психологией является особенностью профессий психолога и медицинского работника. Данные профессии относятся к типу «человек-человек», соответственно требования к их освоению предъявляются практически одинаковые. Через медицину и психологию, специалист включает пациента в коммуникативную систему, основной целью которой является получение необходимой информации. В процессе коммуникации осуществляется тесное взаимодействие с пациентом, которого специалист должен воспринимать как равноправного участника [4].

Врач любой специальности при диагностике заболевания и разработке лечебных мероприятий должен учитывать не только соматическое состояние пациента, но и уметь определять индивидуально-психологические особенности личности больного, что способствует установлению доверительных отношений между врачом и пациентом, повышает качество диагностики и лечения. Актуальность медицинской психологии определяется основным положением медицины о том, что врач должен лечить не болезнь, а больного. Именно с этого начинается взаимопроникновение психологии и медицины.

Список использованных источников:

1. Бехтерев В.М. и современная психология личности [100] Сборник статей VI Всероссийской научно-практической конференции, 02.10.2020-04.10.2020.
2. Менделевич В.Д. «Клиническая и медицинская психология» М50 Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. – 6 е изд. – М.: МЕДпресс информ, 2008. – 432 с.
3. Островская М.В. «Психология. Учебник для медицинских училищ и колледжей» 2-е изд., испр. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 480 с.
4. Психология и медицина.[Электронный ресурс].URL: https://studopedia.ru/6_123465_psihologiya-i-meditsina.html (дата обращения 30.01.2024г.)

КОНФЛИКТЫ В ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

*Андреева Алегена Дмитриевна
Руководитель: Былкова Анна Федоровна
ГАПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж имени В.А. Вонгородского", г. Якутск*

Современный человек большую часть времени проводит не в кругу своих родных людей, а на работе в кругу своих коллег. Смело можно заявить, что работа все равно что второй дом. Это место, куда мы приходим с большим желанием или с ненавистью поднимаемся утром, чтобы вновь дожить до конца рабочего дня. Причиной возникновения негативных эмоций на работе могут быть разные ситуации: низкая эффективность, плохое отношение руководства, антипатия к коллегам и т.д.

Конфликты – форма социального взаимодействия. Отсутствие согласия между людьми, различные противоречия, существование сторон с отличающимися потребностями, интересами, целями – основные составляющие любого конфликта. Так, зачастую причиной конфликта может стать конкуренция между двумя людьми. То есть, когда оба преследуют одну и ту же цель, но так называемый «главный приз» достанется лишь одному.

Поэтому, о конфликте можно сказать, что её определяют наличие у сторон конфликта противоречий под различными предлогами: разногласия в достижении цели, несовпадение интересов, принципов и т.п. Часто в основе конфликтов лежит чье-либо конфликтное поведение или общение¹.

В зависимости от продолжительности конфликты разделяют на непродолжительные, продолжительные и затяжные.

Очень важно для управления организационными конфликтами своевременно выявлять причины их возникновения, что будет способствовать определению выбора методов и направлений их предотвращения, а также возможностей для их конструктивных разрешений.

Не зная движущие силы развития организационных конфликтов, невозможно эффективно на них влиять и осуществлять регулирование ими.

Под причинами конфликтов понимают совокупность явлений, событий, фактов, ситуаций, предшествующих конфликтам, а кроме того, при стечении определенных обстоятельств деятельности предприятия, способных вызывать (спровоцировать) его.

Посредством установления причины конфликтов можно раскрыть источники их возникновения, а также и определить скорость их развития и течения.

Таким образом грамотное управление конфликтом может превратиться в один из процессов, который послужит сохранению организации. Соблюдая определенные условия, конфликт может быть использован как инструмент, способный сохранить жизнеспособность и устойчивость субъекта хозяйствования.

Иногда бывает так, что трудность заключается не в самой разногласии, а в его отсутствии. Зачастую из-за того, что сроки выполнения сильно сокращены, присутствуют какие-либо сомнения, есть стремление сохранить комфортную рабочую обстановку и сотрудники могут вести себя не инициативно, со всем соглашаться².

Специалисты разных областей смогут подать пример и задать тенденцию на сложные вопросы, требуя объяснения устройства тех или иных технологий. На собрания, где

¹Уварова, Л. Н. Основные виды конфликтов и лучшие способы их решения / Л. Н. Уварова, А. В. Федорова // Аллея науки. – 2021. – Т. 2. – № 5(56). С.34

²Русакова, Д. А. Стили конфликтного поведения и способы урегулирования конфликтов / Д. А. Русакова // Молодой ученый. – 2019. – № 34. – С. 39-41.

обсуждаются темы, которые часто сопровождаются дискуссией, следует приглашать опытных специалистов, имеющих иную точку зрения на проблему.

Руководитель должен делать яркий акцент на иное мнение в группе конфликтующих. Сделать из одного «адвоката дьявола» или дать группе время на аргументацию причин, которые смогут убедить остальных, почему компания должна действовать иначе. Функциональный конфликт на самом деле играет одну из самых важных ролей, которая направлена на понимание существующих разногласий и поиск оптимального решения.

Важным также является участие руководителя в моделировании действий на какие-либо разногласия между сотрудниками. Не нужно негативно реагировать на критику, а наоборот дать ей позитивный окрас. Для начала необходимо выслушать все претензии и предложенные идеи, и уже после идти к какому-то выводу.

Еще стоит узнать мнение сотрудников, какое из мнений они поддерживают. Возможно, их привлечет альтернативное решение проблемы. Сотрудников, чье мнение зачастую отличается от мнения большинства стоит ценить и стараться поддерживать. Часто так бывает, что в компаниях работники просто дают на все согласие, не подвергая что-то критическому мышлению.

Когда возникает конфликт, руководитель должен продумать стратегию для его разрешения и взять контроль над ситуацией. Самый благоприятный и эффективный способ – принять конфликтующим самостоятельное решение. Важно, чтобы обе стороны пришли к соглашению, так как руководитель не может принять решение сам, тем самым разрешим конфликт окончательно¹.

На этом основании можно сделать вывод, что задача руководителя сделать грамотную основу для функционального конфликта. Он должен правильно распределить роли и ответственность каждого участника трудового процесса. Определять общее видение, ввести систему поощрения и стимулирования за сотрудничество.

Таким образом, в современных условиях нужен качественно другой подход менеджмента к улаживанию и профилактикам конфликтов в коллективе. Современный менеджер должен обладать стратегическим мышлением, предприимчивостью, широкой эрудицией, высокой культурой, способностью адаптироваться к непрерывным изменениям внешней среды и уметь применять конструктивные методы выхода из конфликта.

Конфликтные ситуации особенно травмируют психику, наказания и увольнения работников. При этом для современного руководителя, исповедующего гуманистический подход в управлении персоналом и рассматривающего персонал в качестве главного достояния фирмы, эти ситуации так же тяжелы, как и для подчиненных. В ситуации определения наказания сотруднику руководитель решает сложную психологическую задачу: откорректировать поведение сотрудника, сохранив или даже усилив его положительное отношение к делу и руководителю. Наказание должно быть принято сотрудником как справедливое, обсуждение не должно выходить за рамки собственно проступка, не переходить на личность виновного.

Недопущение конфликтов – одна из самых эффективных технологий управления конфликтами. В зависимости от уровня воздействия конфликта опытный руководитель может предотвратить конфликт разными способами: через регламентирование отношений в проекте (в какой момент какая группа внутри команды начинает свою деятельность, например, нельзя начинать продавать товар, который еще не поступил в магазины).

Стоит помнить, что конфликт – это неизбежный и вполне закономерный процесс в любой общности людей, в частности и в трудовой организации. Важно, чтобы каждый новый конфликт становился очередным толчком к личному совершенствованию каждого сотрудника, к достижению взаимопонимания и толерантности в коллективе, к развитию

¹Намазова, С. Н. Конфликт как фактор организационной стабильности / С. Н. Намазова // Молодой ученый. – 2019. – № 2. – С. 318-321.

организации в целом. И руководитель для этого должен занимать позицию консультанта, помощника, наставника, всегда нацеленного на разрешение конфликта в мирном русле.

Список использованных источников:

1. *Боженова // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: Сборник статей по материалам ССЛXIII международной научно-практической конференции, Москва, 13 июня 2022 года. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Интернаука», 2022. – С. 225-230.*
2. *Белецкий, М. Д. Методы управления конфликтами в современных российских организациях / М. Д. Белецкий // Оригинальные исследования. – 2022. – Т. 12, № 4. – С. 322-328.*
3. *Васильев И.Д. Управление коммуникациями проекта и их значение // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2021. – №2. – С. 50-54.*
4. *Галищева, Д. С. Управление коммуникациями в проекте / Д. С. Галищева // Синергия Наук. – 2020. – № 43. – С. 360-365.*
5. *Жидиков В.В., Хачатрян А.А. Субъективные факторы принятия управленческих решений в проектном менеджменте // Самоуправление. – 2021. – № 4. – С. 314-319.*
6. *Ефименко, Р. Р. Развитие технологий управления конфликтами в организации / Р. Р. Ефименко // Вопросы устойчивого развития общества. – 2022. – № 3. – С. 205-213.*
7. *Емельянов С.М. Конфликтология: учебник и практикум для вузов. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство Юрайт, 2020. – 385 с.*
8. *Емельянов С.М. Управление конфликтами в организации. – СПб.: Авалон, Азбука-классика, 2020. – 485 с.*
9. *Лункаш А.С. Человек в поле конфликта, стили поведения // Академия педагогических идей Новация. Серия: Студенческий научный вестник. – 2019. – № 6. – С. 97-99.*
10. *Намазова, С. Н. Конфликт как фактор организационной стабильности / С. Н. Намазова // Молодой ученый. – 2019. – № 2. – С. 318-321.*
11. *Неустроева, Е. М. Роль руководителя организации в управлении конфликтами и профилактике стрессов / Е. М. Неустроева // Научные исследования: теория, методика и практика: сборник материалов V Международной научно-практической конференции, Чебоксары, 01 февраля 2019 года. – Чебоксары: Общество с ограниченной ответственностью «Центр научного сотрудничества «Интерактив плюс», 2019. – С. 147-148.*
12. *Русакова, Д. А. Стили конфликтного поведения и способы урегулирования конфликтов / Д. А. Русакова // Молодой ученый. – 2019. – № 34. – С. 39-41.*
13. *Сергиевская, Н. В. Роль руководителя в разрешении конфликтов на рабочих местах / Н. В. Сергиевская // Финансовая экономика. – 2020. – № 12. – С. 380-384.*
14. *Мамедова, Ф. Н. Управление конфликтами в антикризисном управлении персоналом / Ф. Н. Мамедова // Студенческий. – 2023. – № 2-3(214). – С. 11-*
15. *Уварова, Л. Н. Основные виды конфликтов и лучшие способы их решения / Л. Н. Уварова, А. В. Федорова // Аллея науки. – 2021. – Т. 2. – № 5(56). С.34*

КУРЕНИЕ В ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ

*Зацарина Влада Владиславовна,
Герусова София Геннадьевна
Руководитель: Черткова Лина Петровна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Целью данной статьи является выявление причин начала курения в подростковом возрасте и распространение информации о негативном влиянии курения на организм человека.

Актуальность заключается в том, что проблема курения остается одной из острейших на протяжении долгих лет. Особое значение она имеет среди подростков, ведь оно способствует развитию серьезных нарушений систем человека и постепенно вырабатывается в привычку, образуя сильную зависимость от этого процесса. Курение начинает входить в норму, а иногда становится даже модным среди молодого поколения.

Статья содержит следующий материал:

1. Общие сведения о курении
2. Виды курения
3. Влияние на организм
4. Практическая часть
5. Причины начала курения и ошибочное мнение подростков
6. Вывод о проделанной работе

1. Общие сведения о курении

Курение представляет собой процесс вдыхания дыма, исходящего от тлеющего табака или иных препаратов, с задачей насыщения организма никотином и всевозможными веществами, владеющими психоактивными свойствами. Дым по дыхательным путям попадает в альвеолы, где, перемешиваясь с кровью курильщика, попадает в головной мозг, порождая желаемые ощущения. [1.]

У курильщиков наблюдается быстрое формирование привыкания к никотину, что вызывает мощную нужду закурить вновь. Когда человек старается перестать курить, у него могут быть симптомы отмены: нервозность, уменьшение концентрации внимания, трудности со сном, увеличение аппетита, сильная потребность к табаку. Ущерб, причиняемый курением любых сигарет схож для всех курильщиков. Помимо самого курильщика страдают и окружающие его люди - пассивные курильщики. Продолжительное курение приводит к заболеваниям разных органов и систем организма. [2.]

2. Виды курения.

Существует множество различных форм табачных изделий, которые отличаются составом и методом применения. Независимо от того, содержат они табак или нет, их главная цель - доставить никотин в организм.

1. Сигарета является одним из самых распространенных курительных табачных изделий. Это тонкая трубочка, наполненная измельченным табаком и завернутая в специальную сигаретную бумагу. Один из концов сигареты обычно оснащен фильтром, который постепенно ограничивает проникновение химических веществ и соединений в организм. Многие производители добавляют в сигареты не только табак, но и другие вещества, которые влияют на химический состав дыма.

2. Сигареты с ментолом содержат добавку, которая придает им особый мятный аромат и вкус, а также оказывает охлаждающий эффект. Научные исследования подтверждают, что курение сигарет с ментолом может привести к быстрому развитию никотиновой зависимости, особенно у подростков. Чем привлекательнее сигарета, тем больше вероятность развития никотиновой зависимости, поскольку это способствует поддержанию этой привычки.

3. Сигара - это курительное табачное изделие, изготовленное из сплетенных табачных листьев. Сигары отличаются от обычных сигарет большей толщиной и длиной. Они не имеют фильтра, поэтому дым сигары нельзя вдыхать.

4. Кальян - это традиционное восточноазиатское приспособление для курения табака. Для придания кальянному табаку более мягкого вкуса добавляются ароматизаторы. Распространено ошибочное мнение о безвредности курения кальяна. На самом деле, курение кальяна наносит такой же вред здоровью, как и любое другое табачное изделие.

5. Никотиновая подушечка (снюс) представляет собой белый порционный мешочек, содержащий никотин, полученный из табака или синтетический никотин. Пользователь размещает мешочек между губой и десной и оставляет его там до тех пор, пока никотин и ароматизаторы не высвободятся и не пропитаются через дёсны.

6. Электронные сигареты (вейпы) - это аккумуляторные устройства, которые нагревают жидкость и образуют аэрозоль, который вдыхается через рот. Электронные сигареты представлены в различных формах и размерах, чтобы привлечь большее внимание потребителей. Ароматизаторы добавляются в жидкость для электронных сигарет, чтобы сделать их более привлекательными для пользователей. [3.]

3. Влияние на организм

Курение является одной из основных причин таких серьезных заболеваний, как рак, расстройства пищеварения, недостаточное поступление кислорода в организм, нарушение работы сердца, сосудов и дыхательных путей, а также половых органов, глаз и полости рта. Пагубное воздействие курения на слизистую оболочку полости рта проявляется в виде воспалительных заболеваний и выпадения зубов. К тому же, курение негативно влияет на кожу, делая ее серой и обезвоженной. Потеря эластичности кожи приводит к появлению морщин и других негативных последствий, которые могут возникнуть. Курение оказывает целый ряд воздействий на организм и повышает риск развития диабета II типа, депрессии, рассеянного склероза, ухудшения слуха и многих других заболеваний.

4. Практическая часть

Практическая часть заключалась в организации разнообразных мероприятий, посвященных данной проблематике, в пределах Краснодарского Краевого Базового Медицинского Колледжа, в основном среди студентов. Эти действия включали в себя социальные опросы, направленные на выявление причин, побуждающих подростков начать курить, а также профилактические беседы. В ходе этих мероприятий была выявлена необычная тенденция: многие студенты не смогли точно определить причину начала своего курения, однако они предположили, что главным фактором, влияющим на них, является присутствие курящего общества, а также недостаточная осведомленность о негативном влиянии данного процесса на организм. Анализируя эту работу, можно сделать вывод, что множество подростков пренебрегают своим будущим здоровьем, предпочитая жить по принципу «здесь и сейчас». Необходимо принять меры и организовать разнообразные события с целью изменить данную ситуацию.



Рисунок 1. Проведение профилактических мероприятий.

5. Причины начала курения и ошибочное мнение подростков

Причин, по которым люди начинают курить много:

Во-первых, многие подростки испытывают интерес попробовать что-то новое, и курение может казаться им интригующим. К тому же, навязчивые мысли, появляющиеся под влиянием курящего общества и различных рекламных кампаний, которые преподносят курение как нечто «хорошее», могут играть свою роль в этом процессе.

Во-вторых, психологические проблемы могут оказывать влияние на установку человека начать курить больше. Многие считают, что никотин помогает снять стресс, но на самом деле это симптомы, проявляющиеся вследствие отказа от никотина, которые облегчаются каждой новой дозой никотина.

В-третьих, наличие генетической предрасположенности к зависимости от никотина может также играть роль в начале курения у подростков. Исследования показывают, что гены могут влиять на склонность к развитию зависимости от никотина.

В-четвертых, электронные сигареты в настоящее время стали очень популярны среди подростков. Многие подростки переходят на курение электронных сигарет, считая, что они не так вредны для здоровья. Однако, их использование стало серьезной проблемой. Табачная промышленность избавляется от своей плохой репутации, привлекая новое поколение людей интересными электронными изделиями. Употребление электронных сигарет, или вейпинг, как его называют, представляется курящему не таким вредным, как обычное курение сигарет. Однако организм реагирует на эти сигареты так же, как и на обычные. Пользователи электронных сигарет могут потреблять гораздо больше никотина, не осознавая этого. Использование жидкости для таких сигарет в объеме 2 мл эквивалентно выкуриванию 2 пачек или 40 обычных сигарет [2]

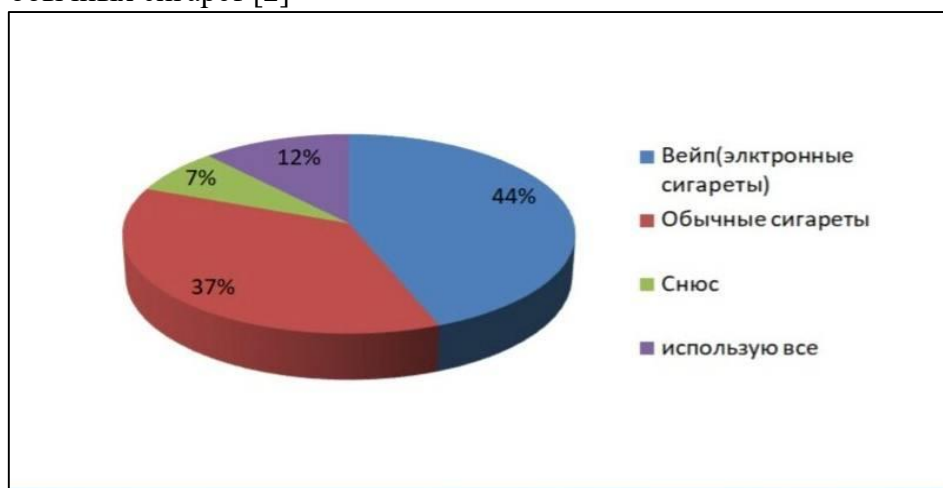


Рисунок 2. Наиболее распространенные виды употребления никотина. [4]

6. Вывод о проделанной работе

Основываясь на научно-исследовательской работе, посвященной курению в жизни подростка, делается вывод о негативном влиянии данной привычки на его здоровье. Одним из ключевых моментов в улучшении состояния здоровья подростков является активная систематическая профилактическая борьба с курением. Новые продукты табачной промышленности делают употребление никотина более привлекательным, поддерживая у людей зависимость от него. Такому негативу необходимо противостоять, удаляя искушение курить. Целью является обучение подростков сохранять свою индивидуальность вне зависимости от изменений в окружающем мире. Важно иметь свое мнение и уметь сказать "нет". Предотвращение причин курения среди подростков может быть достигнуто только при существенных изменениях в обществе. Именно поэтому, важно активно и настойчиво говорить о реальном вреде, который курение оказывает на организм человека.

Список использованных источников:

1. [http://xn--11alb.xn--38-6kcadhwnl3cfdx.xn--plai/news_page/kurenie - chto_eto_takoe/](http://xn--11alb.xn--38-6kcadhwnl3cfdx.xn--plai/news_page/kurenie_-_chto_eto_takoe/)

2. <https://cgon.rosпотреbnadzor.ru/naseleniyu/zdorovyy-obraz-zhizni/o-vrede-kureniya/>
3. <https://www.tubakainfo.ee/ru/chto-v-sigarete/protestiruj-svoi-znaniya/>
4. <https://dz.en.ru/a/ZHmUoNDDujOWQivT>

СОЦИАЛЬНАЯ РЕКЛАМА О ВРЕДЕ КУРЕНИЯ В РОССИИ И США

Аскарова Айсель Чапаевна

Урубкова Ульяна Олеговна

Руководители:

Горбунова Наталья Николаевна

Чайковская Виктория Эдуардовна

ГАПОУ "Волгоградский медико-экологический техникум", р.п. Светлый Яр

Ежегодно в мире выпускают порядка 6 трлн сигарет, при этом в окружающую среду попадает до 680 млн тонн окурков - наиболее часто выбрасываемого вида мусора в мире и главного загрязнителя побережий. По итогам общественных проверок пластикового загрязнения берегов России, окурки составили почти 30% из всего собранного одноразового пластика. По данным исследования, проведенного в Вашингтоне, около 75% опрошенных курильщиков хотя бы раз выбрасывали окурков на землю или из окна машины. Почему-то до людей не очевидно, что окурки являются таким же как, например, пластиковая бутылка, мусором, и бросать их неприемлемо. Эти факторы обуславливают актуальность темы работы.

Цель исследования состоит в изучении способов борьбы с курением и утилизацией окурков в России и за рубежом.

Борьба с курением в России - комплекс мер, направленных на сокращение числа курильщиков в стране и последствий табачной эпидемии. С этой целью в 2008 году Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. В рамках обязательств перед ВОЗ в России началась активная правительственная антитабачная пропаганда: создан Национальный координационный совет по контролю потребления табака при Министерстве здравоохранения, разработан документ, предусматривающий запреты на рекламу и курение в общественных местах, пропаганду здорового образа жизни, рост акцизов на табачную продукцию. Меры привели к заметному снижению распространённости курения среди взрослых. Важно отметить, что курение вызывает не только проблемы со здоровьем, оно часто ведет к негативным последствиям взаимоотношений людей в обществе. Основной причиной спора являются табачный дым и летящие с окна или балкона окурки.

Если обратиться к вопросу борьбы с курением в США, то стоит отметить тот факт, что до середины XX века о вреде курения практически не говорили, сигареты выпускались без фильтра. В то время американские табачные компании активно вкладывались в маркетинг. Известные актеры, спортсмены и модели создавали привлекательный имидж курения. Сигарета была модным, безвредным и даже сексуальным элементом образа американца. Если в 1900 году среднестатистический американец выкуривал 54 сигареты в год, то к 1963 году этот показатель достиг 4000 сигарет. Все резко изменилось в 1964 году, когда главный хирург США Лютер Терри выступил с докладом о взаимосвязи курения и рака легких. Он заявил, что вероятность заболевания на 1000% больше у курильщиков. С того момента табачные компании начали выпускать сигареты с фильтром - вначале асбестовым, затем и целлюлозным. Это, по их мнению, снижало вред от курения на организм человека.

Сегодня практически в каждой стране мира существуют способы борьбы с курением. Так, в Соединенных Штатах Америки свои антитабачные законы приняты едва ли не в каждом штате. В Нью-Йорке нельзя закурить сигарету в общественном месте или в служебном транспорте, если, конечно, у вас нет лишней тысячи долларов для уплаты штрафа. В

Иллинойсе курильщики могут свободно дымить только у себя дома, в личной машине или в специальных гостиничных номерах для курильщиков. В Великобритании запрещено курить во всех пабах, ресторанах, клубах и других увеселительных заведениях. Едва ли не единственное исключение - тюремная камера, но добропорядочным британцам от этого ничуть не легче. В России борьба с курением в основном сосредоточена на установке зон, где это можно или нельзя делать, а пачки сигарет, хоть и со страшными картинками, продолжают печатать и покупать.

Помимо пагубного влияния табака на здоровье человека, следует отметить, что сигареты пагубно влияют на экологию. Самые скромные оценки показывают, что 4.5 триллиона выкуриваемых сигарет не утилизируются правильно - люди просто бросают их на землю. Так в почву и в воду просачиваются опасные для природы вещества - никотин, токсины, канцерогены и пестициды. Нежелание донести окурки хотя бы до мусорки в итоге приводит к тому, что от сигаретных фильтров страдает все человечество. Чаще всего фильтры для сигарет делают из ацетата целлюлозы - это разновидность пластика. Им нужно около 20 лет, чтобы разложиться, но не исчезнуть полностью, а стать микропластиком. Таким образом, сигаретные окурки являются самым распространенным видом отходов на планете и разрушают многие экосистемы. Ежегодно около шести триллионов окурков оказываются выброшенными на Землю. Курение - это уже не просто проблема общественного здравоохранения, а серьезная экологическая проблема.

Одним из способов привлечения социума к проблемам курения, его пагубного влияния на здоровье и экологию является социальная реклама.

Для достижения цели составители рекламного текста обращаются к использованию различных лингвистических и психологических приемов. Ведь как, например, не задуматься о вреде курения, прочитав строчки *«Мама, не кури! (Родители, от дыма сигарет страдают Ваши дети!)»* или, посмотрев на фото четырехлетней Анечки, увидеть надпись *«Она уже выкурила 70 пачек... хотя не прикасалась к сигаретам. Прекрати курить в общественных местах»*. Важным моментом является иллюстрация, например, вреда, оказываемого плоду, при курении во время беременности.

Часто создатели рекламных текстов демонстрируют возможные последствия вредных привычек: *«Не хватает удушья и болей в груди?»*, *«- Девушка, у вас не будет сигаретки? - У меня не будет ни сигаретки, ни рака легких, ни больных детей»*, *«Родите ли? Курение вызывает бесплодие»*, *«Выиграй путевку в онкологический центр. Больше сигарет - больше шансов»*.

Для привлечения внимания пишется антиреклама: *«Социальная политика для славян: никакой гигиены, только водка и табак. Адольф Гитлер, 1942 г.»*, а также текст, настраивающий на философские размышления: *«Жизнь - это очередь за смертью, но есть дураки, которые лезут вне очереди»*.

Мы провели анализ социальной рекламы по борьбе с курением на русском и английском языках и составили классификацию. Следует отметить, что рекламу можно разделить на два вида:

1. Реклама, демонстрирующая вред от конкретной вредной привычки и показывающая вред плохих привычек в целом. Например, *«Красота - хрупкая сила. Бросай пока не стала страшной! Многие отдадут любые средства, чтобы пусть даже совсем ненадолго продлить свою молодость. Хотя достаточно не ускорять время сигаретами»* или *«Пей, кури. Естественный отбор уже начат...»*.

2. Реклама, называющая вредную привычку и реклама, не называющая ее. Например, *«Сорвись с крючка. Российский курильщик зависит от 6 570 сигарет в год»* или *«Твоя страна умирает. Очнись!»*

Проанализировав тексты социальной рекламы на английском и русском языке, можно сделать вывод, что для наиболее эффективного воздействия, составители прибегают к ряду приемов, представленных в таблице 1.

Таблица 1. Приемы, используемые в текстах социальной рекламы

Прием	Пример
Призыв к отказу от вредных привычек	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Don't be a butthead. Не будь окуркоголовым.</i> - <i>Don't smoke cigs, they're for pigs! Не кури сигареты, они для свиней.</i> - <i>Don't tell people smoking is bad, show them. Не говори людям, что курить плохо, покажи им.</i> - <i>Filter your life Stop burning your life. Очисти свою жизнь. Прекрати ее прожигать.</i> - <i>Без табака прекрасна жизнь! От сигареты откажись!</i>
Показ позитивных сторон здорового образа жизни и негативных последствий курения	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Девушка, у вас не будет сигаретки? - У меня не будет ни сигаретки, ни рака легких, ни больных детей.</i> - <i>Repainting the classic 57 years later: The more you say NO, The more you'll live Перерисовывание классики 57 лет спустя: Чем больше ты говоришь НЕТ, тем дольше ты проживешь.</i> - <i>4000 токсичных веществ перестают поступать в организм. Так и должно быть, если ты бросил курить.</i> - <i>Без табака прекрасна жизнь! От сигареты откажись!</i> - <i>Не хватает удушья и болей в груди?</i> - <i>Выиграй путевку в онкологический центр. Больше сигарет - больше шансов.</i> - <i>Every 15 cigarettes you smoke cause a mutation that can become cancer. - Каждые 15 сигарет, которые ты выкурил, приводят к мутации, которая может стать раком.</i> - <i>Smoking reduces weight (one lung at a time) Курение уменьшает вес(одно легкое сразу).</i> - <i>If you can't stop smoking, Cancer will... Если ты не можешь перестать курить, Рак придет...</i>
Определение ЗОЖ/вредной привычки	<p>«Cigarettes are smoking gun...smokers have already been shot. Сигареты - пистолет курящих...курильщики уже подстрелены».</p>
Использование детей, как сильнейший метод воздействия	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Мама, не кури! Родители, от дыма сигарет страдают Ваши дети!</i> - <i>Анечка, 4 года. Она уже выкурила 70 пачек... хотя не прикасалась к сигаретам. Перестань курить в общественных местах.</i> - <i>Курение матери лишает ребенка кислорода.</i> - <i>Курить в присутствии ребенка - еще большая пытка для него.</i> - <i>How many cigarettes a day does your child smoke? Prevent passive smoking. Как много сигарет в день курят твои дети? Предотврати пассивное курение.</i> - <i>You smoke. Your child smokes! Take your smoke outside. Ты куришь. Твой ребенок курит. Кури на улице.</i> - <i>Родите ли? Курение вызывает бесплодие</i>
Противопоставление ЗОЖ вредным привычкам	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Забросали все бычками, задымили все вокруг. Хорошо, я не курильщик, своему здоровью друг!</i> - <i>Меньше кури, больше твори!</i> - <i>Забудь сигареты, попробуй конфеты.</i> - <i>Don't tell people smoking is bad, show them. Не говори людям, что курить плохо, покажи им.</i>
Сравнение	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cigarettes are smoking gun...smokers have already been shot. Сигареты - пистолет курящих...курильщики уже подстрелены.</i> - <i>Don't be a butthead. Не будь окуркоголовым.</i>
Вопрос	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Кому ты нужна курящая?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Smoking changes people? Курение меняет людей?</i> - <i>Демонстрируют личный пример: А моя девушка не курит!</i> - <i>Применяют стихотворные формы: Без табака прекрасна жизнь! От сигареты откажись!</i>
Черный юмор или антиреклама	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Выиграй путевку в онкологический центр. Больше сигарет – больше шансов.</i> - <i>Пей, кури. Естественный отбор уже начат...</i> - <i>Социальная политика для славян: никакой гигиены, только водка и табак. Адольф Гитлер, 1942 г.</i>

Что касается социальной рекламы в России, направленной на борьбу с окурками, здесь все не так креативно. Русскоязычная реклама по загрязнению окружающей среды от окурков в нашей стране ограничивается простыми объявлениями жильцов или табличками, хотя иногда применяется и творческий подход:

- *И не стыдно мусорить? Брошенные окурки ищут своих хозяев!!! Не превращайте подъезд в свалку!!!*
- *Не кури в подъезде! У тебя есть не только право курить, но и обязанность не портить жизнь другим людям. Уважай не только свои права, но и чужие.*
- *Уважаемые соседи! Не бросайте окурки с балконов!!! Заведите пепельницу!*
- *Пожалуйста! Не бросайте окурки на пол – тараканы могут заболеть раком!*
- *Бросил бычок – проклят людьми – горишь в аду.*
- *Люди! Не бросайте под нас окурки. Елки-красавицы.*
- *Бросил окурочек – не забудь хрюкнуть.*

Рассмотрим опыт социальной рекламы по борьбе с окурками в англоязычных странах, представив ее в Таблице 2.

Таблица 2. Англоязычная социальная реклама по борьбе с окурками

Англоязычная реклама	Перевод
<i>How big must litter be so we'll stop ignoring it?</i>	<i>Насколько много должно быть мусора, чтобы мы прекратили игнорировать это?</i>
<i>Litter can't change its spots – you can. No butts – stub it, bin it!</i>	<i>Мусор не может изменить и прекратить это – вы можете. Нет окурков – нет урн.</i>
<i>Cigarette butts make up almost half of Dublin's litter.</i>	<i>Окурки составляют почти половину мусора Дублина.</i>
<i>Cigarette butts are the most common littered item in the UK!</i>	<i>Окурки сигарет - самый распространенный мусор в Великобритании!</i>
<i>A single cigarette butt can contain 50l of water and will never biodegrade. 2 billion cigarette butts are littered every day!</i>	<i>Один окурочек сигареты может загрязнить 50 литров воды и никогда не подвергнется биологическому разложению. Каждый день выбрасывается более 2 миллиардов окурочков!</i>
<i>Cigarette butts=litter. Dispose of cigarette butts in the proper receptacles.</i>	<i>Окурки = мусор. Выбрасывайте окурки в соответствующие емкости, чтобы поддерживать чистоту в нашем обществе.</i>
<i>Cigarette butts are the single most littered item across the entire globe.</i>	<i>Окурки сигарет - самый замусоренный предмет во всем мире.</i>
<i>Put cigarette butts in the bin.</i>	<i>Выбрасывайте окурки в мусорное ведро.</i>
<i>If you must smoke, take your cigarette butts with you!</i>	<i>Если вам нужно покурить, возьмите свои окурки с собой!</i>
<i>Do not throw cigarette butts on the floor.</i>	<i>Не бросайте окурки на пол.</i>
<i>Do not litter! Please put cigarette butts in their proper place.</i>	<i>Не мусорьте! Пожалуйста кладите окурки в подходящее для них место.</i>

<i>Cigarette butts are litter too...</i>	<i>Окурки тоже мусор...</i>
<i>766, 571 metric tons of cigarette butts make their way into the environment every year.</i>	<i>766 571 тонн сигаретных окурков ежегодно попадает в окружающую среду.</i>
<i>Who is the best player in the world? Ronaldo/Messi?</i>	<i>Кто лучший игрок в мире? Рональдо, Месси. Проголосуйте своим окурком.</i>

Из представленного материала видно, что в России проблеме борьбы с окурками не уделяется внимания так, как уделяется в ряде зарубежных стран. Необходим более серьезный подход к вопросу не только о вреде курения и его влиянии на организм человека, но и к экологическому аспекту проблемы.

Список использованных источников:

1. Лещук Н.С. Влияние рекламы на формирование этических норм и уровень культуры школьников. - Москва, 2006.
2. Окурки под окном или балконом 2023: Что делать?//<https://evilsmoke.ru>
3. Памяти антитабачной рекламы в России//sostav.ru
4. Светлана Овчинникова «Российский и зарубежный опыт развития социальной рекламы
5. Три шага до урны: как снизить ущерб природе от сигаретных окурков //<https://trends.rbc.ru>
6. Экологический ликбез «Табак - угроза окружающей среде»//vorotrck.ru

**ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ И АДАПТАЦИИ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДОВ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ (НА РЕГИОНАЛЬНОМ МАТЕРИАЛЕ)**

*Перевозчикова Ксения Павловна
Руководитель: Евсеева Ольга Владимировна
ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула*

Профессия медицинского работника является не только работой, а призванием. Внимание, забота, тепло и милосердие в жизни пациентов значат ничуть не меньше, чем лекарственные препараты и средства.

Актуальность выбранной тематики определяется тем, что для формирования профессионального облика медицинского работника очень важно воспитание нравственных качеств личности, ведущими из которых является милосердие, в том числе по отношению к людям, имеющим определенные отклонения от нормального физического развития.

Цель исследования: определение уровня осведомленности студентов ГПОУ «ТОМК» о проблемах лиц с ОВЗ и инвалидов, а также изучение условий, созданных для данной категории граждан в городском пространстве Тулы.

Задачи:

- проанализировать нормативные документы и литературу, затрагивающие вопросы, связанные с жизнеобеспечением лиц с ОВЗ и инвалидов в современных условиях
- оценить уровень реализации существующих программ, направленных на улучшение качества жизни лиц с ОВЗ и инвалидов, на территории города Тулы;
- провести опрос среди студентов ГПОУ «ТОМК».

Согласно определению Е. В. Донгаузер, Д. О. Михалевой, «лица с ОВЗ – это люди, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, то есть глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжёлыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие, в том числе дети-инвалиды. [2, с. 149]. Повышенное внимание общества к гражданам с ОВЗ способствовало созданию социально значимого проекта «Доступная среда». Эта государственная программа была утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 г. № 175 г. [1]. Она

направлена на создание условий для интеграции людей с ограниченными физическими возможностями в общественную жизнь. Тульская область является одним из регионов, принявших участие в её реализации. Приведём примеры мероприятий, которые проводятся в нашем городе в рамках указанного социального проекта.

Во многих учебных организациях ведется активная работа по созданию комфортных условий для пребывания детей с ОВЗ (например, центр образования № 8 г. Тулы с 2015 г.). Кроме того, в городе функционирует служба социального такси. Некоторые остановки и учреждения города оборудованы тактильно-звуковыми мнемосхемами, информационными табло и тактильной плиткой, пандусами и поручнями, многие аптеки осуществляют доставку лекарств на дом. В Туле также проводятся различные конкурсы для детей с ОВЗ и инвалидов («Хрустальные капельки», «Пусть мир станет ярче!», «Радуга», «Осенняя пора, очей очарованье...», «Зимние забавы», «Пасхальная радость», «Лови лето!» и др.).

Работая над данной темой, мы решили выявить уровень знаний студентов ГПОУ «ТОМК» по изучаемой проблеме, а также узнать их мнение относительно того, насколько комфортны условия в городе Туле для полноценного жизнеобеспечения лиц с ОВЗ и инвалидов. Для этого мы опросили 150 студентов всех специальностей в возрасте от 16 до 30 лет:

1. Со значением аббревиатуры ОВЗ знакомы 90 % респондентов.
2. У 74% опрошенных среди знакомых есть лица с ОВЗ, 26% респондентов не сталкивались с такой проблемой.
3. Большинство студентов (64%) положительно относятся к людям с ОВЗ, 36% остаются равнодушными к судьбе инвалидов, что недопустимо для лиц, связавших свою жизнь с медициной.
4. 87% респондентов положительно отнеслись бы к совместному обучению со студентами с ОВЗ, 13% считает, что для них должны быть специальные учебные учреждения. Об уверенности, что адаптация пройдет успешно высказывается всего лишь 39% опрошенных. По убеждению 60% респондентов, этот процесс вызовет у них некоторые трудности.
5. 59% студентов будут общаться на равных с людьми с ОВЗ; 21% будет предлагать свою помощь, и лишь 20% не знают, как поступят в таком случае. В большинстве случаев (79%) респонденты могли бы помогать людям с ОВЗ. 21% считает, что для этого есть специальные службы, но при этом они не отказали бы в помощи.
6. 95% респондентов считает, что лица с ОВЗ могут приносить пользу обществу. 42% отвечающих полагают, что современные условия не позволяют лицам с ОВЗ получать хорошее образование. При этом 58% уверены в обратном. 67% респондентов сомневаются в том, что лица с ОВЗ смогут легко найти работу, поскольку они часто не имеют возможности заниматься физическим трудом.
7. Важным условием для осуществления мечты людей с ОВЗ и инвалидов по полноценному жизнеобеспечению является создание в городе необходимой инфраструктуры. Всего 5% студентов-медиков считают эти условия в Туле удовлетворительными, каждый второй (52%) уверен, что они недостаточны. И каждый пятый (20%) респондент полагает, что в нашем городе не созданы удовлетворительные условия. А 23% респондентов затруднились ответить на данный вопрос. Рассматривая более подробно городские условия, обеспечивающие свободное перемещение лиц с ОВЗ, 94% респондентов указали, что в нашем городе из специального оборудования для лиц с ОВЗ используются пандусы, 90% – кнопки вызова сотрудника; 89% – оборудованные лифты; 30% – шрифт Брайля, 32% – светофоры с голосовой озвучкой. И только 12% опрошенных упомянули социальное такси.
8. Студенты, принимающие участие в опросе, преимущественно люди старше 18 лет (48%). О серьезности намерений респондентов и их ответственности свидетельствует тот факт, что в случае рождения ребенка с ОВЗ они готовы воспитывать его сами (90%). Кроме того, большинство опрошенных уверены, что лицам с ОВЗ необходимы льготы (99%).

В результате проведенного исследования мы пришли к следующим теоретическим выводам:

1. Нормальное развитие социума возможно только при наличии в обществе нравственных категорий.
2. Особой категорией граждан, нуждающихся в мерах дополнительной социальной защиты, являются лица с ОВЗ и инвалиды, которые хотят получать такое же удовольствие от жизни, как и все остальные.
3. Одним из социальных проектов, обращенных на адаптацию граждан с ОВЗ к современным условиям жизни, является проект «Доступная среда»
4. Среди проводимых мероприятий можно отметить конкурсы различных уровней, проводимые для лиц с ОВЗ и инвалидов, а также фестивали и национальные чемпионаты.

Таким образом, лица с ОВЗ – это люди, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, поэтому они испытывают много трудностей на жизненном пути. Для их комфортного существования нужны определённые условия, которые в Тульской области созданы, но не в полной мере. Студенты ГПОУ «ТОМК» имеют неплохую осведомленность о работе, проводимой в городе для улучшения качества жизни лиц с ОВЗ. Однако наиболее важным считаем их стремление проявлять участие по отношению к данной категории граждан и готовность к взаимодействию с ними.

Список использованных источников:

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 г. № 175 г. Москва «О государственной программе Российской Федерации "Доступная среда" на 2011-2015 годы»
2. Донгаузер, Е. В. Проблема доступности высшего образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья в России [Электронный ресурс] / Е. В. Донгаузер, Д. О. Михалева. – Режим доступа: <https://elar.urfu.ru/handle/10995/49061>
3. Ратнер, Ф. Л. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых людей / Ф. Л. Ратнер, А. Ю. Юсупова. – М: Владос, 2006. – 175 с.

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ БЫТОВЫХ ТРАВМАХ

*Головкова Ульяна Ивановна
Руководитель Баранова Алла Львовна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский*

ВИЧ-инфекция – антропонозное инфекционное хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований.

Передача инфекции возможна:

- при половых контактах и при контакте слизистой или раневой поверхности с кровью;
- инфицирование ребенка от ВИЧ-инфицированной матери: во время беременности, в родах и при грудном вскармливании;
- при внутривенном введении наркотиков (использование шприцев, игл, другого инъекционного оборудования и материалов), нанесение татуировок, при проведении косметических, маникюрных и педикюрных процедур нестерильным инструментарием;
- инфицирование ВИЧ может осуществляться при переливании крови, ее компонентов, пересадке органов и тканей, использования донорской спермы, донорского грудного молока

от ВИЧ-инфицированного донора, а также через медицинский инструментарий для парентеральных вмешательств, изделия медицинского назначения многоразового использования, не подвергшиеся обработке в соответствии с требованиями нормативных документов.

Одним из основных методов профилактики ВИЧ-инфекции является гигиеническое воспитание населения [2, с. 134-156].

Гигиеническое воспитание населения включает в себя предоставление информации населению о ВИЧ-инфекции, мерах профилактики заражения, необходимости выявления заболевших, важности наблюдения и проведения лечения. Для этого могут использоваться листовки, плакаты, индивидуальные беседы, лекции, видеоролики.

Риск заражения ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С в бытовых условиях возможен во время аварийных ситуаций, когда происходит вынужденный контакт с зараженной кровью (уколы использованными иглами во время уборки территории около дома, прогулки детей на игровых площадках и т.п.).

Вероятность заражения в этих условиях незначительная, но существует.

Представляет интерес узнать осведомленность населения о мерах профилактики ВИЧ-инфекции при бытовых травмах. Это поможет при разработке памяток, лекций, так как можно выявить пробелы в знаниях и более подробно остановится на некоторых вопросах профилактики.

Цель: Оценить, знают ли лица без медицинского образования (совершеннолетние студенты, немедицинская специальность) о профилактике заражения ВИЧ-инфекцией при случайных травмах в быту.

Задачи:

1. Изучить литературные источники по теме исследования.
2. Разработать и провести анкетирование обучающихся.
3. Проанализировать полученные результаты анкетирования.

Была разработана анкета из 5 вопросов. Вопросы касаются общих сведений о ВИЧ-инфекции и проведения профилактики бытового заражения.

Анкета для опроса:

1 ВИЧ-инфекция поражает в основном:

- А) центральную нервную систему;
- Б) иммунную систему;
- В) эндокринную систему.

2 Можно ли заразиться ВИЧ-инфекцией через общую посуду:

- А) да;
- Б) нет.

3 При травме неизвестной иглой, например, во время субботника, наиболее эффективно для обработки ранки использовать раствор:

- А) с любым содержанием этилового спирта;
- Б) с содержанием этилового спирта не менее 70 %;
- В) можно обработать раствором хлоргексидина или мирамистина.

4 Нужно ли обращаться к врачу при такой травме:

- А) да;
- Б) нет.

5 В течении какого времени целесообразно обращаться в больницу с момента травмы:

- А) в течении недели с момента травмы;
- Б) в первые 72 часа с момента травмы;
- В) время обращения не имеет значения.

Для проведения анкетирования выбрана группа обучающихся выпускного курса в количестве 22 человек. Студенты обучаются по немедицинской специальности.

По результатам анкетирования были получены следующие данные.

100% опрошенных ответили верно на вопрос – что поражает ВИЧ-инфекция (иммунную систему) (рис.1).



Рис. 1. Понятие о ВИЧ-инфекции

На вопрос о способах передачи ВИЧ-инфекции также все студенты дали верный ответ (ВИЧ-инфекция не передается через общую посуду) (рис. 2).



Рис. 2. Способы передачи ВИЧ-инфекции

На вопрос о растворе для обработки случайной травмы только 8 человек (36 %) дали верный ответ (раствор с содержанием этилового спирта не менее 70 %) (рис. 3).



Рис. 3. Обработка повреждений кожи для профилактики ВИЧ-инфекции

На вопросы о необходимости обращения в больницу при случайной травме и сроках обращения все анкетированные ответили без ошибок (при травмах в быту, подозрительных на заражение ВИЧ-инфекцией, нужно обратиться в больницу, желательно в первые 72 часа с момента травмы) (рис. 4).

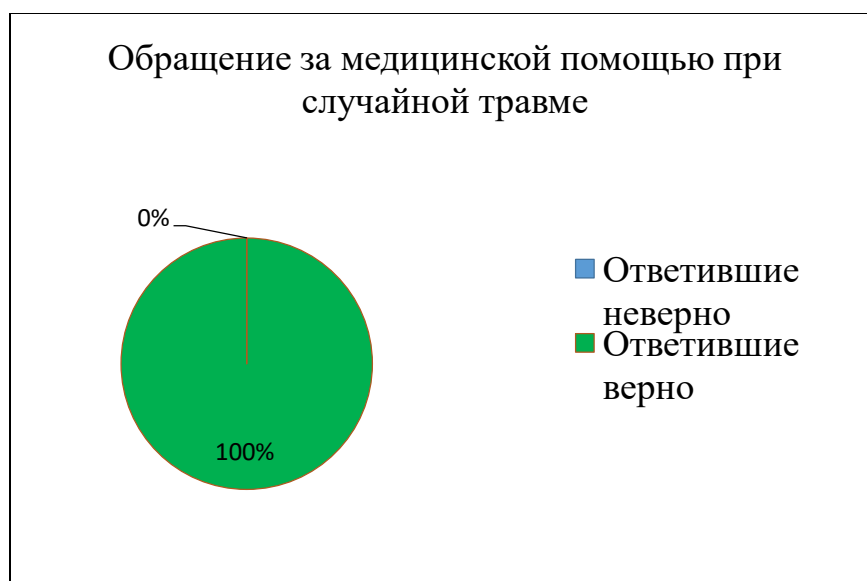


Рис. 4. Обращение за медицинской помощью при случайной травме и сроки обращения

По результатам анкетирования можно сделать выводы: студенты, обучающиеся по немедицинским специальностям, имеют представление о ВИЧ-инфекции, путях передачи и профилактике заражения в быту. Вопрос, вызвавший затруднения, касался раствора для обработки травмы. Для восполнения пробела в знаниях можно периодически размещать в учебном заведении памятки о профилактике заражения ВИЧ-инфекции в быту, где отразить, что для обработки нужно использовать раствор антисептика с концентрацией этилового спирта не менее 70 %.

Список использованных источников:

1. «Риск заражения ВИЧ-инфекцией в быту». URL: <https://aids-centr.perm.ru> (дата обращения 04.02.2024);
2. Санитарные правила и нормы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (с изменениями на 25 мая 2022 года). URL: <https://lgms.ru> (дата обращения 04.02.2024).

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

*Перешилкина Милена Владимировна
Руководитель: Воронина Светлана Андреевна
ГАПОУ 2Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Спорт является эффективным средством физического развития человека и укрепления здоровья, но также он влияет на другие отрасли быденной жизни, такие как развитие и формирование психических навыков и качеств людей.

Современная жизнь требует от студентов более эффективной работы над собой, но вот уровень здоровья резко снизился, количество освобожденных от физической культуры

увеличилось, из этого следует то, что физическая подготовленность студентов – главный компонент здоровья.

Студенты представляют собой особую социальную группу общества. Ключевая деятельность обучающегося - образовательный труд, процесс подготовки к которому стал видом трудоемкой и напряженной умственной деятельности. Систематические тренировочные занятия играют значительную роль в становлении личности формировании физических и нравственно-волевых качеств, достижении высоких результатов в разнообразных сферах жизнедеятельности. Физическая культура является одним из эффективных средств увеличения трудоспособности студентов в учебном процессе и их общественной активности.

Сейчас студенты нацелены на здоровое, эффективное преодоление проблем и саморазвитие, но мотивации ходить на физическую культуру нет, так как они не видят в этом смысла.

Ответ на вопрос "Как довести до студентов необходимость физических нагрузок в их жизни?" поможет дать изучение источника заинтересованности и мотивации в занятии спортом.

Ежегодно в сентябре в ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж" проводится внутриколледжное исследование по теме: "Я и спорт". В 2023 г. было опрошено 85 студентов 1 курса специальностей "Лабораторная диагностика" и "Акушерское дело". Выявлены следующие результаты:

- 46 человек (54% опрошенных) считают занятия физической культурой, в особенности в качестве предмета обучения в образовательной программе, бесполезным;
- 17 респондентов (20% опрошенных) негативно относятся к учебному предмету физическая культура, считая, что ничего нового и полезного он принести не может, в свою очередь, позитивно отзываясь о спорте в виде отдельного досуга для человека в целом;
- 7 студентов (8% опрошенных) пропускают уроки физической культуры в колледже, занимаясь при этом различными видами спорта и физическими нагрузками вне колледжа;
- 15 обучающихся (17% опрошенных) с удовольствием ходят на занятия по физической культуре и регулярно занимаются спортивной деятельностью во внеучебное время.

Результаты анкетирования показали, что большинство студентов не видят важности физической культуры. Однако, потребности в физической культуре — главная побудительная, направляющая и регулирующая сила поведения личности. Они имеют безграничный диапазон: надобность в движениях и физических нагрузках; в общении, контактах и проведении свободного времени в кругу друзей; в играх, развлечениях, отдыхе; в самоутверждении, укреплении позиций личного Я; в познании; в эстетическом наслаждении; в усовершенствовании качества физкультурно-спортивных занятий, в уюте и др. Потребности непосредственно сопряжены с эмоциями — переживаниями, ощущениями приятного и неприятного, наслаждения или неудовольствия.

В течение дня у обучающихся происходит интенсивная и долгая работа центральной нервной системы. Моторная активность необходима студентам, так как продолжительные пары в аудиториях не позволяют питать мозг кислородом и существует риск разнообразных заболеваний. Можно уверенно заявить о том, что те студенты, что систематически занимаются спортом, на много легче выдерживают период обучения, т. к. они менее болезненно реагируют на учебные нагрузки.

Занятия общей физической подготовкой содействуют лучшему усвоению учебного материала. В совокупности с учебными занятиями верно организованные занятия ОФП обеспечивают подходящую и постоянную результативность физического воспитания. Первостепенной проблемой оздоровительной тренировки является повышение уровня физического состояния до безопасных величин, гарантирующих стабильное здоровье. Когда человек отлично себя ощущает физически ему проще справляться со стрессом, он более устойчив к внешним раздражителям, таким как экзамены и большое количество учебного материала. Если студент будет придерживаться все правилам физической культуры: здоровый

сон, правильная еда, гигиена, физическая нагрузка. У него будет больше сил на учебный процесс и внеурочную деятельность.

В побуждении студентов к занятиям физической культурой и спортом немаловажны и интересы. Интерес отражает потребности человека и способы их удовлетворения. Если необходимость вызывает желание обладать объектом, то интерес - познакомиться с ним. Если у человека нет конкретных целей в физкультурной и спортивной деятельности, то, ни о каком интересе и речи быть не может. Отношения определяют объективную ориентацию, определяют социальное и личное значение физической культуры в жизни. Волевые усилия регулируют деятельность и поведенческую модель индивида в соответствии с установленными целями, принятыми решениями. Волевая активность определяется мощностью мотивации: если человек желает достичь цели, то его усилие будет, как более интенсивным, так и более продолжительным.

В жизни любого человека встречаются препятствия и каждому приходится преодолевать их. Это хорошо можно лицезреть на примере спорта. В спорте проще определять и дозировать степень трудности. В любой predetermined отрезок времени спортсмен знает, на что он способен. Более того, если он сопоставит, что получалось полгода назад и что теперь, то материал для оценки становится более эффективным – определяется результативность проведённых тренировок, проделанной работы, потраченных усилий. Каждый раз спортсмены улучшают свои результаты постоянными тренировками и увеличением нагрузки. Это дисциплинирует, развивает волевые качества и сформировывает характер человека. Они понимают, что без увеличения нагрузок и постоянных тренировок они не смогут повысить и сохранить свой результат, но с помощью дисциплины, небольшими шажками они изо дня в день идут к своей цели и видят результат своей работы. Перенимая подобную форму поведения и в другие сферы жизни, человек с большей вероятностью добьется успехов, ибо будет понимать, что постоянная работа над чем-либо рано или поздно дает свои успехи.

Опрос обучающихся и исследование проблемы выявило нехватку мотивации среди студентов к занятиям спортом и физическим нагрузкам. Причинами этого выступает нехватка познаний ребят как о положительных последствиях нагрузок, так и о правильности самих тренировок, возможностей формирования собственных комфортных программ для поддержания спортивной формы. Образовательной программе не хватает свежего подхода к формированию занятий физической культуры с вариативностью выбора метода тренировок под студента и теоретически-полезных занятий, позволяющих привлечь студента к занятиям, обеспечив посещаемость, обучаемость, и, в следствие, активного обучающегося.

Список использованных источников:

1. *Абельдинова В.А. Роль спорта в студенческой жизни // Студенческий научный форум 2019.*
2. *Григорович Е.С., Трофименко А.М., Переверзев В.А. Физическая культура в жизни студента // Минск 2000.*
3. *Деменко А.В., Егорычева Е.В., Чернышёва И.В. Значение и роль физической культуры в жизни студента // Успехи современного естествознания. № 10., 2013.*
4. *Ильинична В.И. Физическая культура студента // «Гардарики», Москва 2000.*

СОТВОРЕНИЕ МИРА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СКАНДИНАВСКОЙ МИФОЛОГИИ

*Лабзина Софья Евгеньевна
Руководитель: Белоусова Галина Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

О создании всего сущего есть множество теорий, на каждую из которых приходится не меньшее количество мнений. Целью данной статьи является рассмотрение сотворения мира с точки зрения скандинавской мифологии.

Скандинавская мифология является богатым наследием народов древней Скандинавии. Мифами и легендами Скандинавии восхищаются люди во всём мире даже по прошествии множества веков. Они вдохновили множество писателей, поэтов и композиторов. Образы Одина, Тора, Бальдра, Фрейи и многих других божественных существ стали если не героями, то протипами героев в известных произведениях шведских, датских, норвежских писателей. До сих пор волнующая сознание миллионов людей музыка норвежского композитора Грига впитала в себя мифологические мотивы. Даже название его пьес и произведений говорит о том, что он черпал свое вдохновение в народном скандинавском эпосе. Шведские и немецкие композиторы также продолжают эту тенденцию, от которой просто невозможно отказаться, имея такую привлекательную мифологическую картину мира. Не отстают от них и современные музыкальные группы, использующие в своих названиях мифологические имена, а также берущие за основу сюжетов своих музыкальных произведений мифологические образы. Также, культура и вера этого народа нашла отражение и в живописи. [1]

Многим известна библейская версия о создании Земли Богом за семь дней, шесть из которых он работал и один отдыхал. Знанием иных вариантов появления мира похвастаться могут не так много людей. Широкий кругозор является одним из важнейших критериев, что составляют впечатление об образованности человека. Потому предлагаю вам, дорогие читатели, погрузиться в удивительный мир скандинавских мифов и узнать мнение людей тех времён о появлении мира.

Но перед тем как перейти к истории, стоит отметить, что Скандинавская мифология – разновидность Германской мифологии, которая погибла ещё в 1123 году, – оставила после себя невероятно мало источников. Причём письменные источники были созданы уже непосредственно после завершения существования этой религии и её христианизации, так что, тяжело говорить об их достоверности. У людей, рассказывающих истории скандинавских мифов, не было единой принятой системы мира или книги, потому некоторые неточности естественны. А теперь перейдём к легенде.

Изначально не было ничего, только бесконечная бездна, имя которой – Гинунгагап. Из бездны на севере возник темный туманный мир – Нифльхейм, излучающий холод, а на юге огненный мир – Муспелльхейм, от которого летели жаркие искры. В самой середине Тёмного мира забил поток Хвергельмир, Кипящий котёл, из которого в бездну хлынули потоки, образовав реку Эливагар, Бурные воды, с ядовитой водой. Нифльхейм был столь холоден, что превращал воды реки в лёд, который намерзал, приближался к Муспелльхейму и от жара Огненного мира таял. Гинунгагап наполнила влага, из которой возник великан Имир. Пока он спал, из пота его подмышек родились мужчина и женщина, положившие начало всему роду великанов, а от трения его ног появился Трудгельмир, великан с шестью головами. Чтобы прокормить Имира и его детей из инея вышла корова Аудхумла, из вымени которой вытекли четыре молочные реки. Сама Аудхумла питалась, слизывая иней с солёных камней. Один большой камень она лизала так долго, что тот ожил от тепла её языка и стал великаном Бури. [2]

Через несколько поколений у Бури от одной безымянной великанши родил сын по имени Бор. Он взял в жены дочь великана Бельторна Бестлу, которая родила трёх сыновей:

Вили, Ве и Одина. Именно они убили своего прародителя, чтобы из его тела создать вселенную.

Из раны, нанесённой Имиру тремя братьями, хлынула кровь, что затопила бездну Гинунгагап. В этом потоке сгинули все, кроме сыновей Бора и семьи великана Бергельмира, сына шестиглавого Трудгельмира. Распавшееся на части тело Имира братья прикрепили к мировому дереву, парившему в пространстве Гунунгагап. Оградив середину земной тверди стеной из век Имира, они создали Мидгард, Средний мир. Кровь великана была использована для океанов, рек и озёр, целые кости для гор, а сломанные кости, зубы и части челюстей для утёсов, скал и камней. Волосы стали растительностью, череп – куполом неба, а рассеявшийся мозг – облаками. Для создания солнца, луны и звёзд братья использовали искры из Муспелльхейма. Затем сыновья Бора благодаря магии призвали четырёх карликов – Нордри, Судри, Вестри и Аустри, что стали хранителями четырёх частей света: севера юга запада и востока, соответственно. [2]

Первые люди были созданы сыновьями Бора из пары выброшенных на берег деревьев. Один наделил их дыханием, Вили – подвижностью, а Ве – чувствами и разумом. От этих людей, которых звали Аск и Эмбла, пошёл весь человеческий род.

Пока тройка богов создавала Мидгард, Бергельмир, предводитель инистых великанов, со своей семьёй и остатками племени, поселился на землях по противоположную от людей сторону стены, создав собственный мир, мир великанов – Ётунхейм. Он расположился восточнее Мидгарда. [1]

Со временем количество богов, именуемых асами, увеличилось. Они признали своим предводителем Одина и выстроили в небесной вышине вокруг ствола дерева Иггдрасиль величественный Асгард, что стал обиталищем асов. Другое же племя божеств, ваны, покровители изобилия и плодородия, не признавшие Одина, создали свою обитель – Ванахейм, что расположился с западной стороны дерева. Между асами и ваннами долгое время шла война, остановить которую удалось благодаря обмену заложниками.

Во время строительства вселенной, Один с братьями заметил, что тело Имира местами стало распадаться с личинками. Асы дали этим личинкам человеческую форму, что зависела от их духовных характеристик. Те, чей внутренний мир был сомнителен, стали темными альвами(карликами) и цвергами(гномами), обречёнными жить под землёй в Свартальхейме, так же называемый Нидавеллиром. Те же, кто были чисты внутренне, стали феями и альвами(эльфами) и поселились в светлом мире называемом Альвхейм. Он расположился между Асгардом и Мидгардом.

В самых низах своё место заняло царство мертвых – Хельхейм. Вход в него открылся в Нифльхейме после смерти Имира.

Итого в скандинавской мифологии существует девять миров, объединённых исполинским ясенем Иггдрасиль и гармонично взаимодействующих друг с другом. Само дерево, выросшее из трёх корней, распростёрло свои кроны над всеми существующими мирами, но люди не способны видеть его величия. Каждый из корней Иггдрасиль уходит к какому-то источнику: один к Кипящему котлу в Нифльхейме, другой к источнику мудрости в Ётунхейме, а третий – к источнику Урд в Мидгарде.[3]

Кому-то описанное выше может показаться абсурдом с уст местного пьяницы, они имеют право на своё мнение. Однако отчего-то такая история сотворения мира кажется мне очень уж притягательной и интересной.

Столь чудные легенды передавались из уст в уста у викингов, тысячу лет назад населявших далёкие северные страны: Данию, Швецию, Норвегию и Исландию. Холодными зимними вечерами, когда за окном бушевали беспощадные погодные ненастья, бесстрашные мореплаватели сидели у огня и рассказывали друг другу и своим детям описанную выше историю, а также сотни других. Легенды, пропитанные воинственной храбростью и мужественностью, укрепляли дух тех людей, помогали выживать, отвечали на важнейшие вопросы появления их самих и всего окружающего и выполняли развлекательную функцию. Мифы были важной частью жизни.

Выбранная нами тема позволила углубиться в мировую культуру и узнать больше о скандинавах. В целом скандинавская вера производит суровое и возвышенное впечатление. Очевидно, что она принадлежала суровым и мужественным людям, не боявшимся смотреть в лицо смерти. Весь ход событий ведет к гибели мира, и все участники знают, что она неизбежна, но честно и стойко исполняют свой долг. Подобное мировоззрение было вызвано образом жизни и социальным положением скандинавских князей-ярлов, их дружинников и поэтов-скальдов, творивших в дружинной среде. Чтобы поддержать свое высокое положение в обществе, викинг-воитель должен был без страха бросаться навстречу опасности, иногда заведомо зная, что этот поступок приведет его к гибели. Весь строй веры призван утвердить его в решимости не отступить, но бесстрашно исполнить свой долг.

Разбираться в тонкостях, сверять разнящиеся источники и погружаться в скандинавскую мифологию, было действительно познавательно.

Список использованных источников:

1. *Золото мифов: [Сборник: В пересказе] / предисл. Е.Л. Кувановой, с. 3-20; худ. В. Нечитайло. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. - 508, [1] с.*
2. *Кальдера, Р. Путеводитель по девяти мирам / Рейвен Кальдера; пер. с англ. Анны Блейз. – М.: Thesaurus Deorus, 2020. – 296 с.*
3. *Фрайт, Алекс. Скандинавские мифы для детей / Алекс Фрайт, Луи Стоуэлл; пер. с английского Е.Д. Богатыренко. - Москва: АСТ, Книги Вилли Винки, сор. 2022. - 286, [1] с.*

Филологические исследования:
русский язык, родной язык, литература, родная литература,
иностранный язык

АФФИКСАЛЬНЫЕ ДЕРИВАТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Джасимова Карина Фархадовна
Руководитель: Микулан Ольга Викторовна
ГБУ "Профессиональная образовательная организация
"Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань

По определению аффикс – это служебная морфема, минимальный строительный элемент языка, присоединяемый к корню слова в процессах морфологической деривации и служащий преобразованию корня в грамматических или словообразовательных целях; важнейшее средство выражения грамматических и словообразовательных значений.

Префиксы и предлоги в латинском языке происходят от наречий, которые употреблялись как с глаголами, так и с существительными для уточнения. Поэтому значение латинских префиксов в большинстве случаев совпадает со значением соответствующих предлогов. В терминах морфологических дисциплин префиксы имеют прямое значение, а в наименованиях, определяющих патологические состояния, болезни часто используется вторичное значение префиксов: *subclavicularis* – *subaciditas*; *hypogastrium* – *hypotonia*. При этом в анатомической номенклатуре преобладают латинские приставки, а в терминологии патологической анатомии, физиологии, клинических дисциплин – префиксы греческого происхождения.

Как правило, латинские приставки присоединяются к латинским корням, греческие – к греческим, однако встречаются исключения, называемые гибридами: *extrasystole*, *ectopia*, *posttraumaticus*, *endocervicalis*.

Термины с приставками, обозначающими отклонения от нормы: *a(n)-*, *dys-*, *hyper-*, *hypo-* состоят из регулярно повторяющихся терминоэлементов, легко членимы, прозрачны по своей структуре и значению. Однако в клинической терминологии немало производных терминов, содержащих приставки в сочетании с единичными неповторяющимися элементами. Такие термины не образуют каких-либо логических групп и воспринимаются нерасчлененно. Значение многих из них можно осознать лишь с помощью этимологического анализа. В то же время приставки, входящие в состав таких терминов, относятся к повторяющимся элементам. По этой причине следует знать их основные значения, тем более что они встречаются не только в клинических терминах, но и в других подсистемах медицинской терминологии: *diabetes*, *diagnosis*, *exanthema*, *epidemia*.

В функционировании медико-биологических терминов важную роль играют отношения смысловой противоположности (антонимии). Часто в этой роли выступают пары терминоэлементов-приставок: *hypo* – *hyper*, *iso* – *aniso*, *ana* – *cata*. При их посредстве образованы многочисленные термины-антонимы. Некоторые многозначные приставки имеют не одну антонимичную пару. Так, греческой приставке *hypo-* противопоставляется *hyper-* в терминах, обозначающих процессы, состояния, свойства: *hypoxia* – *hyperoxia*, *hypoplasia* – *hyperplasia*, но *epi-* в терминах, обозначающих расположение чего-либо: *hypogastrium* – *epigastrium*, *hypothalamus* – *epithalamus*.

У некоторых приставок (*para-*, *per-*, *in-*) на базе прямых значений развились вторичные, переносные. Так, у греческого предлого-приставки *para-* «около, рядом» появилось значение «отступление, отклонение от чего-либо, несоответствие внешних проявлений сущности данному явлению»: *paranasalis* – *paratyphus*, *perforatio* – *pertussis*, *incarnatus* – *insufficiencia*.

В процессе анализа префиксальных дериватов выяснилось, что приставки с различными оттенками значений могут образовывать синонимические ряды: *paraproctitis* и *periproctitis*. Чаще синонимы образуются путем присоединения одной и той же приставки к разным основам: *paralalia*, *paraphrasia*.

При создании терминов под влиянием начального звука основы могут происходить изменения в приставке. Это проявляется в частичной или полной ассимиляции: *ad-* → *ac-*, *af-*, *ag-*, *an-*, *ap-* (*acceleratio*, *affectus*, *aggravatio*), *con-* и *syn-* перед *b*, *p* изменяют *n* на *m* (*symbiosis*, *compressio*), а перед *l*, *m*, *r* конечный согласный полностью ассимилируется (*commotio*, *collapsus*).

У некоторых латинских приставок может происходить элизия, то есть выпадение конечного согласного: *ex-* → *e-*, *con* → *co-*, *dis-* → *di-* (*evacuatio*, *coordinatio*). Префиксы греческого происхождения *dia-*, *cata-*, *para-*, *hypo-* и другие подвергаются элизии в виде выпадения конечной гласной перед начальной гласной основы, тем самым устраняется возможное зияние (*hypoesthesia*, *diencephalon*, *parotitis*).

В качестве приставок используются и греческие числительные, из которых три являются основными: *mono-*, *di-*, *hemi-* (*mononeuritis*, *diplegia*, *hemiparesis*). Некоторые словообразовательные элементы, восходящие к греческим местоимениям, принято считать префиксами, хотя этот вопрос остается спорным, являются ли они префиксами или основами: *auto-*, *allo-*, *hetero-*, *pan-* (*allergia*, *panophthalmitis*, *autointoxicatio*).

Процесс образования нозологических терминов с самого начала сопровождался набором суффиксов, несущих определенное значение патологических изменений. Речь идет не о самом раннем периоде, когда наименования предметов быта и жизни древних греков и римлян переосмыслились и переходили в разряд терминов. Для этого периода характерны бессуффиксальные наименования, такие как *diabetes*, *asthma*, *angina*, это были термины самого первого периода становления медицинской терминологии.

Большинство современных терминов представляет собой производные слова, понять которые можно с помощью методики морфемного и семантического анализа сложных слов по составляющим их терминологическим элементам, Набор суффиксов нозологии невелик: *-ia*, *-ismus*, *-itis*, *-iasis*, *-osis*, *-oma*. С XVIII века суффикс *-itis* является самым идеальным для систематизирования, так как в него вложено конкретное строго ограниченное семантическое содержание: заболевание воспалительного характера. Основой этих терминов является наименование анатомического образования или ткани: *bronchitis*, *enteritis*, *myositis*.

Суффикс *-oma*, имеющий значение «опухоль, разрастание ткани», не дает дифференцированного понятия злокачественного или доброкачественного образования. *Angioma*, *myoma* – доброкачественная опухоль; *hepatoma*, *sarcoma* – злокачественная опухоль. Самый древний термин этой группы *carcinoma* – раковая опухоль является исторически первым, так как в его составе не было суффикса, это было словом на *-ma*, и лишь позднее из него выделился искусственно суффикс *-oma* со значением «опухоль». Кроме того, существует несколько терминов, несущих понятие «опухоль» – *tumor*, *neoplasma*, *blastoma*. В то же время в медицинской терминологии известно несколько распространенных терминов с суффиксом *-oma*, не имеющих никакого отношения к опухолям: *glaucoma*, *haematoma*. Рассмотрим суффикс *-osis*. Данному суффиксу свойственно общее значение: процесс, состояние, болезнь. По определению М.Н. Чернявского, производные имеют словообразовательное значение «процесс или его результат, названные основой», это может быть: 1. патологический процесс; 2. дегенеративное заболевание; 3. хроническое болезненное состояние; 4. распространение, множественность того, что названо мотивирующей основой; 5. превышение нормы; 6. общая характеристика болезни; 7. болезнь невоспалительного характера, другие особенности патологических изменений. Основная масса производных с суффиксом *-osis* имеет общее значение «патологический процесс, дегенеративное заболевание, хроническое болезненное состояние». Кроме того, этот суффикс может нести значение «функционального расстройства (*neurosis*, *psychosis*), заболевания, вызываемого ядовитыми веществами (*siderosis*), возбудителями заболевания (*ascaridosis*), инфекции (*actinomycosis*).

Если мотивированная основа обозначает кровавое тельце или опухоль, то мотивированное слово приобретает значения «распространения, множественность» (erythrocytosis, fibromatosis).

Таким образом, можно говорить о высокой степени продуктивности и активности аффиксов в клиническом терминологическом образовании. По своей информативности приставки часто равны корневым терминологическим элементам, к тому же они удобны тем, что существенно уточняют, дополняют, видоизменяют термин, не делая его при этом громоздким и менее благозвучным. Как правило, префиксация не меняет значение корня слова, а лишь добавляет к этому значению некоторый компонент, указывающий на локализацию, направление, протекание во времени, на отсутствие или отрицание чего-либо. Суффиксы, используемые в названиях процессов, состояний, болезней, обладают различной широтой значения. Суффиксы -itis, -oma имеют узкоспециальное значение. Что касается суффикса -osis, можно говорить о его широком использовании в клинической терминологии, так как он вобрал в себя множество значений.

Такая кропотливая работа с каждым отдельным термином развивает профессиональную терминологическую грамотность, влияет на формирование культуры речи, способствует развитию интеллекта.

Список использованных источников:

1. Арнаудов, Г. Д. *Медицинская терминология*. – 4-е русское издание. – София: Медицина и физкультура. – 1979. – 943 с.
2. Чернявский М. Н. *Краткий очерк истории и проблем упорядочения медицинской терминологии*. // *Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3-х т.* – Москва: Медицина, 1984. – Т. 3.
3. *Энциклопедический словарь медицинских терминов* / Гл. ред. В. И. Покровский. - 2. изд. – Москва: Медицина, 2001. - 960 с.
4. *Языкознание. Большой энциклопедический словарь* / Гл. ред. В. Н. Ярцева. – 2-е изд. – Москва: Большая Российская энциклопедия, 2000. – 688 с.: ил.

ГРЕКО-ЛАТИНСКИЕ МИФОЛОГИЗМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Новикова Юлия Валерьевна

Руководитель: Серебрякова Лилия Витальевна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Латинский и древнегреческий языки являются базой для создания медицинской терминологии. На основе латинских и латинизированных греческих частей слов с устойчивым значением (терминологических элементов – ТЭ) создаются названия заболеваний, расстройств и патологических состояний в клинике, психологии и психиатрии. Комбинация различных терминологических элементов приводит к созданию новых наименований для недавно идентифицированных явлений в области медицины.

В области клинической психологии (раздел психологии, изучающий связь психических явлений с болезнями) выделяют ряд терминов, корни которой уходят в глубину греко-латинской мифологии. Таким образом, события из жизни мифологических героев ложатся в основу медицинских терминов. Эти наименования, созданные на основе элементов древних языков, входят в число международных медицинских понятий и образуют особую категорию лексики, известную как мифологизмы.

Психическое расстройство в клинической психологии рассматривается как нарушение стандартных психических и поведенческих реакций. Такие состояния создают препятствия для человека на пути к достижению его социальных и личных целей, могут нанести вред, как

самому человеку, так и его окружению. Лица, страдающие от психического дисбаланса, зачастую испытывают трудности с адекватным выполнением социальных функций.

Цель исследования: проанализировать клинические термины и выявить признаки номинации, отраженные в терминах-мифологизмах.

Методы исследования: описательный; этимологический; классификация и систематизация.

Рассматриваемые термины состоят из нескольких ТЭ или представляют собой словосочетания. В классификации они объединены в группы по конечному ТЭ (в нем заключается основное лексическое значение термина) или главному слову в словосочетании.

1. **Комплекс** (лат. *Complexus,-usm*) – неосознанно формирующаяся, эмоционально оттененная совокупность представлений и установок, которая оказывает влияние на развитие и работу психики человека. Термин «комплекс» играет ключевую роль в контексте словосочетаний с именами мифологических персонажей, которые служат символами определенных комплексов. Так, комплекс Ореста означает подавленное желание убить собственную мать. Орест, сын Клитемнестры и Агамемнона, убил свою мать в отместку за то, что она убила его отца.

Комплекс Иокасты – патологическое влечение влечение матери к сыну. Иокаста – героиня древнегреческой мифологии, которая полюбила своего сына Эдипа.

Комплекс Медеи – стремлением матери убить собственных детей, чтобы отомстить мужу. Медея, колдунья и жена Ясона, убила своих собственных детей, чтобы наказать мужа за его неверность.

И последний пример – комплекс Дианы. Это регрессивное желание женщин быть мужчиной. Диана (древнеримское имя древнегреческой богини Артемиды) – богиня-охотница, которой, согласно некоторым мифологическим представлениям, были присущи мужские увлечения и отсутствие интереса к противоположному полу.

2. **Навязчивая боязнь чего-либо.** Термины данной группы заканчиваются ТЭ -фобия (греч. -phob- ‘боязнь, страх’ и греч. Суф. -ia ‘патологический процесс’). Начальные ТЭ в терминах указывают на то, с чем связана та или иная фобия. Фобии заставляют человека вносить изменения в свой образ жизни, могут делать его замкнутым и усложнять жизнь в обществе.

Термин танатофобия (лат. *Thanatophobia,-aef*) означает навязчивый страх смерти. Танатос в древней мифологии являлся богом смерти и сна. Эта болезненная тревога заставляет людей избегать каких-либо ситуаций и мест. Возникает внутренняя борьба со своими страхами [3, с.125].

Термин гелиофобия (лат. *Geliophobia,-aef*) означает навязчивый страх солнца. Слово происходит от греч. *Helios* «солнце». Гелиос – древнегреческий солнечный бог. Данная фобия связана с боязнью пребывания на солнце, избеганием инсоляции.

Так, термин венерофобия (лат. *Venerophobia,-aef*) образован от имени римской богини Венеры (лат. *Veneris*), покровительницы красоты и любви. Это навязчивый страх заразиться венерической болезнью, который заставляет видеть угрозу в себе или в других людях. Интересно отметить, что есть точно такая же фобия с названием Кипридофобия (греч. *Kypri* – одно из имён богини любви Афродиты) [1].

Термин Лиссофобия (лат. *Lyssophobia,-aef*) означает навязчивый страх заболеть психическим расстройством, бешенством, «сойти с ума». Лисса в древнегреческой мифологии являлась божеством, персонификацией бешенства и безумия. Эта фобия лишает людей возможности вести нормальный образ жизни. Человек боится раздвоения личности, галлюцинаций, потерять память и контроль над собой.

3. **Патологическое состояние, процесс** (конечный ТЭ -изм, греч. -ismus). В клинической психологии есть группа терминов, называющих некое поведение и самоощущение, характерное для мифологического персонажа (“такой как персонаж, отмеченный корневым ТЭ”) [3, с.148].

Нарциссизм (лат. narcissismus, -im) – влечение субъекта к своей персоне. Проявляется в любовании собственным телом, своей красотой. Термин восходит к имени персонажа древнегреческой мифологии. Нарцисс – сын речного бога Кефиса, влюбившийся в свое отражение.

Пигмалионизм (лат. pygmalionismus, -im) – влечение мужчин к скульптурам, изображающим женщин. Пигмалион в греческой мифологии – это скульптор, влюбившийся в статую – свое творение.

4. **Синдром** (греч. syndromos - вместе бегущий, syndrome - стечение признаков болезни). Система взаимосвязанных в патогенезе симптомов болезни. Термин синдром иногда употребляется для обозначения заболевания, главным образом это относится к наследственным болезням.

Синдром Тантала-Полифема - наблюдается при нарушении потребности в пище, протекающее в две стадии. В первой стадии пациенты ограничивают себя в приеме пищи с целью похудеть и выглядеть элегантно, во второй стадии они, напротив, предаются обжорству, но используют при этом слабительные средства, клизмы, аноректики. Название синдрома восходит к именам персонажей древнегреческой мифологии: Тантал был осужден на голод и жажду, а Полифем был известен как ненасытный лакомка и гурман [4, с.330].

Заключение. Медицинские термины-мифологизмы – это, как правило, однословные наименования, сочетающие греческие, реже латинские ТЭ. От имен мифологических персонажей, в основном, образованы начальные ТЭ, которые используются для обозначения психических расстройств. Мифологическое имя становится символом определенного болезненного состояния, влияющего на социальное поведение человека. Мифологизмом может быть, как имя из древнегреческой, так и из римской мифологии.

Список использованных источников:

1. Архипова И.С. Латинская терминология для клинических психологов / И.С. Архипова, О.Г. Олехнович, Ольшванг О.Ю. [Электронный ресурс]. URL: <https://edu.usma.ru/course/view.php?id=174#section-3> (дата обращения: 13.02.24).
2. Грейвс Р. Мифы Древней Греции / Р. Грейвс; пер. с англ. К.П. Лукьяненко; под ред. и с послесл. А. А. Тахо-Годи. – М.: Прогресс, 1992. – 620 с.
3. Тритенко Т.В. Толковый словарь мифологических терминов клинической психологии: учеб. пособие / Т.В. Тритенко; под ред. В.Ф. Новодрановой. – М.: Клио, 2015. – 170 с.
4. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. - Воронеж: НПО «Модэк», 1995. - 441 с.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ЭПОНИМОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА)

*Силина Алина Александровна
Руководитель: Серебрякова Лилия Витальевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Эпонимы играют важную роль в языке медицинских профессий, отражая культурно-историческое наследие. В отечественной словарной литературе зафиксировано 20000 словарных статей с эпонимическими терминами, из них 9000 эпонимов относятся к области медицины.

Слово “эпоним” пришло к нам из греческого языка. Оно состоит из двух частей: «эпи», что можно перевести как “над, в дополнении” и “оним», что означает “имя”. Таким образом, эпоним – это имя человека, реального или выдуманного, на основе которого создано другое слово или словосочетание. Название города “Рим” можно считать эпонимом от имени

Ромулуса; Екатеринбург – от имени императрицы Екатерины Великой; термин “викторианская эпоха” связан с именем королевы Виктории. По словам Р. Нестманна, появление эпонимов связано с необходимостью дать название новым явлениям или феноменам [3].

Эпонимы широко используются в медицинской терминологии, где они помогают точно и кратко обозначить различные понятия, включая болезни, симптомы, синдромы, анатомические структуры, научные теории, методы диагностики и лечения. Это обусловлено тем, что эпонимы часто являются более предпочтительными, чем их многословные описательные аналоги или синонимы, которые могут не полностью отражать суть понятия.

Цель исследования: проанализировать структурные характеристики формирования эпонимов в медицинской терминологии (на примере латинского языка).

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить понятие “эпонимические единицы”;
2. Выяснить синтаксические модели построения эпонимических терминов;
3. Уточнить базу имен собственных как источников образования эпонимов.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ научно-медицинской литературы;
2. Описательный метод;
3. Метод классификации и систематизации;
4. Этимологический анализ медицинских терминов.

Эпонимические единицы в медицинской терминологии – это моноксемные или полилексемные термины, которые в своём составе имеют одно или несколько собственных имён, а также отонимические символы – средства номинации специального понятия, представляющие собой часть медицинской концептосферы.

В качестве синонима для эпонима часто используют такое словосочетание, как “именной термин”. Для обозначения непосредственно самого имени собственного в составе медицинского термина применяют как сам термин “эпоним” или “оним”, так и термин “проприатив”. “Апеллятив + проприатив” – это конструкция по которой образованы большинство эпонимических медицинских терминов. Согласно В.С. Луговому, такие конструкции представляют собой бинарные словосочетания нефразеологического характера. Апеллятив несёт основную смысловую нагрузку, а проприатив выполняет идентификационную и классифицирующую роль [2].

Выделяют следующие синтаксические модели для построения эпонимических медицинских терминов латинского языка:

1) Терминологические словосочетания традиционного характера с именами собственными, напр. “umbilicusVenerus” – “пуп Венеры”. В анатомической и гистологической терминологиях бывают термины – эпонимы с их синонимичными терминами мотивированного характера, напр. “tendoAchillis” (сухожилие Ахилла) = “tendocalcaneus” (пяточное сухожилие); “pomumAdami” (яблоко Адама) = “prominentialaryngea” (гортанный выступ) – “Адамово яблоко” или кадык.

2) Терминологические словосочетания, в которых проприатив является прилагательным, образованным от имени собственного. Например, от имени “Гиппократ” образовано прилагательное “hippocraticus, a, um”, входящее в состав известного медицинского выражения “facieshippocratica” (гиппократово лицо или лицо умирающего).

3) Термины-дериваты (в основном клинические наименования): “daltonismus” (от имени Д. Дальтона), который впервые описал один из видов цветовой слепоты на основании собственных ощущений. В анатомо-гистологической номенклатуре эпонимические термины-дериваты представлены в основном именами прилагательными, напр. “atlanto-occipitalis” (атланта-затылочный).

В клинической и анатомо-гистологической терминологиях в образовании эпонимов чаще всего участвуют:

а) имена святых, напр. “atlas” (атлант – первый шейный позвонок) от имени «Атлант» – греческий титан, державший на своих плечах небесный свод;

б) имена учёных и врачей, напр. “higmoritis”, от фамилии англ. врача и анатома N. Higmore, который описал верхнечелюстную пазуху, названную в его честь “гайморова пазуха”;

в) литературные персонажи, напр. “syphilis” (от имени пастуха Сифил из поэмы Д. Фракасторо “Сифилис, или О галльской болезни”);

г) имена больных, напр. “gambrinismus” (от имени фламандского короля Гамбринус – любителя пива и покровителя пивоварения, “гамбринизм” – пристрастие и чрезмерное употребление пива).

В клинической терминологии имена собственные не только входят в состав самостоятельных номенклатурных единиц, но и могут участвовать в образовании клинических терминологических элементов (ТЭ). Например, имя бога Гипноса (бога сна) способствовало появлению клинического терминологического элемента “hypn” со значением “относящийся ко сну или к гипнозу”. Этот ТЭ участвует в образовании таких клинических терминов как: hypnosis, hypnophobia, hypnogenesis [1].

Вопрос о целесообразности применения эпонимических наименований в области анатомии, гистологии и клинической практики постоянно находится в центре научных дебатов, где исследуются их достоинства и недостатки. Эксперты выделяют несколько ключевых аргументов в пользу эффективного использования эпонимов в медицинском терминологическом образовании:

1. Важность дать название новым открытым явлениям. Существует международная традиция называть то или иное открытие или изобретение именем учёного, сделавшего данное открытие. Это связано с желанием увековечить имена в истории и памяти народа для будущих поколений.

2. Преимущество в использовании краткой формы вместо длинных описательных выражений при обозначении медицинских понятий. Это обеспечивает быстрое понимание среди специалистов и экономит время.

3. Благодаря наличию имени собственного в составе термина, термин чаще всего носит однозначный характер, т.к. имя собственное обладает индивидуализирующей функцией, что придаёт неповторимость каждой терминологической единице, содержащей эпоним.

Существует ряд ученых, выступающих за постепенное исключение эпонимов из медицинской терминологии, аргументируя тем, что:

1. Эпонимы зачастую не несут в себе информативной нагрузки, ограничиваясь лишь обозначением научного понятия, но не отражая характерных признаков описываемого объекта, что снижает мотивированность медицинской терминологии.

2. Недостаточное понимание семантики имени собственного зачастую приводит к ошибочному использованию терминологической единицы.

3. Использование имен собственных в терминах может спровоцировать появление междисциплинарной или внутридисциплинарной омонимии и многозначности, что нежелательно для любой терминологической системы, включая медицинской.

4. Эпонимические термины трудно транслитерируются и транскрибируются.

Таким образом, эпонимы - это часть медицины, поэтому отказаться от них просто невозможно, некорректно и несправедливо, несмотря на ряд отрицательных характеристик. Использование эпонимов специалистами передаёт преемственность знаний, отражает основные этапы развития медицины, в какой-то степени они выполняют мемориальную функцию, напоминая о вкладе конкретных учёных в развитие медицинской науки и практики.

В некоторых подсистемах медтерминологии эпонимы выполняют деликатную функцию, помогающую избежать травмирующих ситуаций при постановке диагноза, напр. «синдром Вернике», вместо упоминания старческого слабоумия, или «синдром Дауна» в контексте генетических аномалий. Эпонимические термины также возникают при описании

сложных, неоднозначных явлений в тех областях медицины, в которых практическая деятельность часто опережает научные исследования и классификации.

Исследование генезиса и эволюции эпонимических медицинских языковых им единиц, наиболее употребительных словообразовательных формантов является перспективным направлением в современном языкознании при изучении различных терминологических полей и терминосистем.

Список использованных источников:

1. Извекова Т. Ф., Грищенко Е. В., Пуртов А. С. Эпонимы в медицинской терминологии // *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2014. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/eponimy-v-meditsinskoj-terminologii> (дата обращения: 14.02.2024).
2. Науменко В.А., Пигалева И.Р., Анисимова М.Г. ЭПОНИМИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА // *Международный журнал гуманитарных и естественных наук*. 2021. №4-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/eponimicheskie-meditsinskie-terminy-latinskogo-yazyka> (дата обращения: 10.02.2024).
3. Смирнова Е.В. Структурные особенности образования эпонимов в медицинской терминологии (на примере английского языка) // *Выпуск 6*. 2014г.

ОСОБЕННОСТИ МОЛОДЕЖНОГО СЛЕНГА В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Стеблёва Вероника Андреевна

*Руководитель: Арслан Екатерина Викторовна,
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Изучая язык, нельзя ограничиваться исключительно его официальным или литературным вариантом. Большинство ученых - филологов и лингвистов сходятся во мнении, что каждый современный язык можно разделить на ряд различных стилей, а в качестве подтверждения этому предлагают различные варианты стилистического анализа многообразия отрывков, целых литературных произведений и различных текстов. Несмотря на преимущественно литературный язык, в письменных текстах зачастую можно уловить существование нестандартной речи в лексике разных времен. В наши дни можно отметить активное и все возрастающее применение сленговой лексики как в общении, так и в литературных произведениях и даже в различных телепередачах.

Однако изучению сленговой лексики на уроках иностранного языка уделяется небольшое количество времени или же не уделяется вовсе в силу реализации принципа стилистической нейтральности. Такие явления как сленг, жаргон, диалект избегаются, так как изучение данных пластов лексики предполагается на более поздних этапах овладения иностранным языком. А между тем люди переходят на более «простой» язык общения – сленговый. От поколения к поколению такой «шифр» меняется, становится богаче и разнообразней. Особенно широкое распространение получает сленг английского языка. Современные английские фильмы, сериалы, англоязычная музыка – неиссякаемые источники не только для пополнения англоязычного словарного запаса, но и непосредственно сленговой лексики. Сленг – особая составляющая культуры молодежи, определяющая ее как совершенно отдельную группу со своими устоями, манерой общения и выражения своих мыслей.

С другой стороны, даже сами студенты зачастую заинтересованы в пополнении своего активного словарного запаса именно сленговой лексикой, поскольку сленг получает распространение не только в повседневном общении, но и во всех направлениях культуры, облегчает коммуникацию, делает её разнообразней, а также свидетельствует о разностороннем развитии личности коммуникантов и понимании ими структуры языка, а также использование ими той или иной лексики в соответствующих ситуациях общения и межкультурного взаимодействия. Используя учебник английского языка Спотлайт на

занятиях в медицинском колледже на первом курсе, в некоторых модулях можно встретить лексику не только официального стиля, но и разговорного. Как правило, студенты начинают активно обсуждать интересные для них слова и нередко можно слышать употребление понравившихся выражений в живой речи.

Можно сделать вывод, что данный вопрос действительно актуален и нуждается в более глубоком рассмотрении и проработке.

Целью работы является изучить проанализировать самые употребительные слова английского сленга среди молодежи.

Задачи:

1. Рассмотреть различные точки зрения ученых на определение понятия «сленг».
2. Рассмотреть некоторые словообразовательные модели в английском молодежном сленге.
3. Изучить и проанализировать некоторые распространенные слова из английского сленга.

Методы: описательный, метод теоретического анализа научной литературы, метод выборки.

Сленг считается наиболее парадоксальным разделом нетрадиционной (или специфической) лексики. Изучением данного явления занимались и продолжают заниматься многие ученые, среди которых можно отметить Э. Партриджа, С. Флекснера, В.А. Хомякова, И.Р. Гальперина, М.М. Маковского, И.В. Арнольд и других.

На данный момент сформулировано множество как научных, так и не научных определений сленга. Например, «OxfordDictionaryandThesaurusofCurrentEnglish» определяет термин «сленг» как часть языка, состоящая из слов и фраз, которые считаются в значительной степени неформальными, и которые используются в разговорной речи чаще, чем в письменной, определенной группой людей или в определенном контексте.

Крупнейший современный английский исследователь сленга Э.Партридж и его последователи Дж.Гринок и К.И.Киттридж определяют сленг как бытующие в разговорной сфере «непрочные, неустойчивые, никак не кодифицированные, а часто и вовсе беспорядочные и случайные совокупности лексем, отражающие общественное сознание людей, принадлежащих к определенной социальной или профессиональной среде».

В.А.Хомяков поясняет, что это родовое понятие, и вводит два видовых понятия: *общий сленг* и *специальный сленг* [5, с.9]. Профессор В.А. Хомяков описывает *общий сленг* следующим образом: "Общий сленг - это относительно устойчивый для определенного периода, широко распространенный и общепонятный слой нелитературной лексики и фразеологии в среде живой разговорной речи, весьма неоднородный по своему генетическому составу и степени приближения к литературному языку, имеющий ярко выраженный эмоционально-экспрессивный оценочный характер, представляющий часто протест-насмешку против социальных, этических, эстетических, языковых и других условностей и авторитетов".

Специальный сленг, в трактовке проф. В.А. Хомякова, — это специфическая лексика и фразеология социальных жаргонов и аргос преступного мира; кроме того, выделяют *специальный сленг*, ограниченный употреблением в пределах неких профессиональных групп. Но и в этих случаях со временем сленг может переходить в *общий*, а его отнесенность к некоторому жаргону будет лишь свидетельствовать о его происхождении.

И.В. Арнольд определяет сленг как неоднородный слой лексики и фразеологии, имеющий ярко выраженный эмоциональный, оценочный и экспрессивный характер, бытующий в разговорной речи и находящийся вне пределов литературной нормы» [1, с. 39]. Как уже было упомянуто, сленг относят к слою разговорной лексики языка, а, как известно, одной из наиболее ярких характеристик разговорной речи в целом является ее принадлежность к различным диалектам той или иной местности.

Создание новых слов часто происходит по типичным языковым моделям. Процесс словообразования нестандартной лексики английского языка включает следующие важные

модели: аффиксация, присвоение нового значения слову, усечение, словосложение, аббревиация и другие. Рассмотрим подробнее каждый из выделенных способов.

Большинство слов, относящихся к нестандартному регистру, образованы по принципу **аффиксации**. Именно аффиксальный способ является самым продуктивным способом словообразования не только в литературном языке, но и в разговорной лексике. Например, популярным на данный момент суффиксом является “ie”: “selfie”, где к основе “self” добавляется суффикс “ie” - фото себя; по аналогии образуются “baddie”- злодей и “nightie” - женская ночная рубашка.

Включение нового значения. В качестве примера такого включения в существующее слово в английском языке может служить существительное “joint”. Словарь дает следующие дефиниции: «место соединения, шов», и второе значение «сустав». Главным образом это слово встречается в медицинской литературе, однако в интернет-сленге оно используется в значении «тюрьма; самокрутка с марихуаной». Например: “brogotbackinjoint” – «Братан опять угодил в тюрьму». Не менее интересным примером включения нового значения является “box” - ящик, коробка, которое впоследствии превратилось в «телевизор» и в таком значении было заимствовано русским языком.

Усечение — это способ, с помощью которого новые слова образуются путем сокращения слова или даже словосочетания; образованное сленговое слово или словосочетание читается по начальным звукам слов, например, “family” превратилось в “fam”, “rep” – reputation, “24/7” - 24 часа в сутки 7 дней в неделю.

Словосложение - принцип, при котором соединяются два независимых слова. Например, в языке появляются сложные существительные, например “deadlock” – тупик, “redneck” – деревенщина, “comeback” - возвращение, “jailbait” - девушка до 18 лет, отношения с которой могут закончиться тюрьмой, “breadwinner” – кормилец семьи, “homebody” - любитель посидеть дома, “bullshit” - хрень, ерунда. Также разговорный лексикон пополнился глаголами благодаря словосложению двух имен существительных: “sweet-talk” – улаживать.

Другим продуктивным способом словообразования является **аббревиация**. Интернет – это сеть мгновенного обмена большого объема информации, в соответствии с сетевыми нуждами возникает необходимость передавать информацию очень быстро и в компактной форме, при этом также необходимо сохранить содержание. Именно по этой причине в сетевом сленге наиболее популярны буквенные аббревиатуры, например, “OMG” – Oh My God! – О, боже мой! Для обозначения красивой, яркой девушки используется аббревиатура “PHAT”, которая расшифровывается как “Pretty Hot And Tempting” – очень горячая и соблазнительная. Кроме буквенных аббревиатур в сетевом языке встречаются и слоговые аббревиатуры. Например: “V-log” сокращение от “video-blog” – видеоблог.

Далее представлены некоторые популярные сленговые выражения английской и американской молодежи:

PROPS. Выражение уважения, признания. Происходит от «properrecognition» или «properrespect» — должное (надлежащее) признание или уважение. Приведем пример: «I knowhefailedthetest, butyou’vegotto givehimpropsfor trying» (Пусть он не сдал тест, уважение ему за то, что, хотя бы, попытался).

DISS. Высказываться в чей-то адрес неуважительно, пренебрежительно, оскорбительно. Приведем пример: «Stop dissing her behind her back. Show some respect!» (Прекрати поносить ее за ее спиной. Прояви хоть немного уважения).

DIG. В точном переводе — «копать», но на современном неформальном жаргоне — «ловить кайф», «тащиться». О том, что действительно нравится. Пример: «Heu, I digyournewstyle. Wheredidyoubuythat T-shirt?» (Эй, я просто тащусь от твоего нового стиля! Где ты прикупил такую футболку?).

ACE. У этого слова множество значений, но основные — туз, очко в игре, главный козырь или веский довод, как в идиоматическом выражении «tohavean ace in the hole/up one's sleeve» (иметь скрытое преимущество), а также ас, мастер своего дела. На сленге оно означает нечто потрясающее, действительно крутое, а также безупречное исполнение какого-либо действия

(на высший балл, то есть на оценку «А»), например, «Ace! I just got a promotion at work!» (Отпад! Меня только что повысили!) или «RobertacedhisPhysicsexam!» (Роберт блестяще сдал экзамен по физике).

ALL RIGHT? Выражение означает «Привет, как дела?»

— Good thanks, you all right? (В порядке, спасибо, как сам?)

BLIMEY. Восклицание удивления, изумления. По одной из версий, искаженное «Blindme!» (Ослепите меня! Чтоб я ослеп!). Например, Blimey, look at all this mess here! I'd only left the house for an hour, and look what you've done! (Батюшки, ну и беспорядок! Меня всего час не было дома, и посмотри, что ты наделал).

SMASHING. Замечательный, великолепный, потрясающий. А дословный перевод — разящий, сокрушительный. Например, «I had a smashing time on holiday, it was so much fun!» (Каникулы прошли просто супер, было так весело).

Наличие огромного количества научных работ по вопросам сленга свидетельствует о постоянном интересе к этой теме. Из этого можно сделать вывод, что в колледже стоит продолжать обучать сленговой лексике, чтобы показать учащимся многостороннее развитие той или иной языковой системы, мотивировать их на дальнейшее изучение иностранного языка и совершенствование своих навыков чтения и говорения — это поможет при взаимодействии в тех или иных ситуациях общения на иностранном языке.

Список использованных источников:

1. Арнольд И.В. *Стилистика современного английского языка: (стилистика декодирования): Учебное пособие для студентов пед.ин-тов по спец. «Иност.яз.»*/И.В. Арнольд. — М.: Просвещение, 2010. — 300с.
2. Дьяченко Т.Н. *Продуктивные словообразовательные модели в английском молодежном сленге*/ Т.Н.Дьяченко, В.А.Лазарев//*Филологический аспект: международный научно-практический журнал*. — 2020 - №04(60) — URL:<http://scipress.ru/philology/articles/produktivnye-slovoobrazovatelnye-modeli-v-anglijskom-molodezhnom-slenge.html> (Дата обращения: 21.01.2023)
3. Ковтунец Я.Е. *Английский молодежный сленг: формирование и функционирование*/Я.И.Ковтунец. — Минск: БГУ, 2020. — с.104-111.
4. Маковский М.М. *Современный английский сленг: онтология, структура, этимология*/М.М. Маковский, изд.6, 2020. — 167с.
5. Хомяков В.А. *Введение в изучение слэнга — основного компонента английского просторечия*/В.А.Хомяков. — URSS, изд.2, 2009. — 104с.
6. *55 самых употребительных слов английского слэнга* - 2022 — URL:<http://skyeng.ru/articles/55-slov-anglijskogo-slenga> (дата обращения: 20.01.2023)

МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ В ПОМОЩЬ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ

*Бударина Кристина Владимировна
Руководитель: Шаммедова Елена Викторовна, к.ф.н.
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
им. В.И. Вернадского", Волгоград*

Тема исследования «Мобильные приложения в помощь при изучении иностранных языков» обусловлена необходимостью применения новых информационных технологий, приложений при изучении иностранных языков.

Актуальность выбранной темы связана с необходимостью знания иностранных языков в современном мире и поиском эффективных способов их изучения.

Мобильные приложения – это один из самых удобных помощников в изучении иностранных языков. Разработчики используют новейшие методики, которые позволяют успешно запоминать слова, изучать грамматику и заметно прогрессировать.

Цель исследования: познакомиться с возможностями изучения иностранных языков с помощью мобильных приложений.

Задачи:

- 1) Рассмотреть доступные платные и бесплатные мобильные приложения для изучения иностранных языков.
- 2) Выявить самые популярные мобильные приложения.
- 3) Рассмотреть особенности этих приложений (методики запоминания слов, изучения грамматики, упражнения и т.д.).
- 4) Провести социальный опрос по данной теме среди обучающихся I курсов.

Объект изучения – мобильные приложения для изучения иностранных языков.

Предмет изучения – изучение иностранных языков с помощью мобильных приложений.

Гипотеза: «Если использовать мобильные приложения в процессе изучения иностранного языка, то можно добиться положительных результатов».

В работе были использованы **методы:**

1. Поиск информации, подбор приложений по изучению иностранных языков;
2. Анкетирование для выяснения эффективных мобильных приложений;
3. Самостоятельная апробация некоторых приложений и анализ их эффективности.

Данные методы имеют прямую связь с современными технологиями развития науки и техники, так как Интернет, компьютер, телефон и мобильные приложения играют значительную роль в помощи проведения исследования.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в том, что в XXI веке современных технологий, люди ищут новые, наиболее эффективные способы изучения иностранных языков, поэтому результаты исследования помогут каждому заинтересованному найти наилучшее приложение и улучшить свои знания.

Как известно, английский язык является языком мирового общения. Значимость английского языка в современном обществе действительно велика. Иностранный язык для жизни, именно в этом нам видится цель изучения иностранного языка в школе, колледже, ВУЗе и т.п. При этом английский язык не является языком, которым стараются вытеснить остальные языки, он лишь является эффективным дополнением. Английский язык - это язык науки, спорта, владея английским языком можно общаться с людьми из других стран, смотреть кинофильмы на языке оригинала, слушать музыку. Для школьников и студентов английский язык имеет немаловажное значение. Большинство учащихся задаются вопросом: «Зачем нам учить английский язык, есть же переводчик в Интернете?», или «Мы же не собираемся проживать за границей». На самом деле, причин для изучения иностранного языка много. Во-первых, он активизирует мозг, развивает и тренирует память, улучшается логика и мышление, произношение звуков иностранного языка развивает голосовой аппарат и речь, улучшает кругозор и повышает культурный уровень. Ученые доказали, что школьники и студенты, владеющие иностранным языком внимательнее, смысленнее и организованнее, нежели их сверстники, не изучающие язык. Во-вторых, знание международного языка позволяет получать больше ценной информации, а незнание отрезает от многих достижений цивилизации. Большинство молодых людей понимают важность владения английским языком и хотят найти эффективные способы его изучения.

Благодаря прогрессу в области цифровых технологий у человека появилась возможность изучать иностранный язык с помощью мобильных приложений. Информационное пространство и компьютерные технологии открывают огромные возможности для получения знаний и навыков. Ни для кого не секрет, что большинство обучающихся все свое свободное время проводят в сети. Мы используем огромное количество мобильных приложений, так почему же не извлечь пользу, скачав ресурсы, действительно, необходимые и приносящие знания? Обучающие мобильные приложения позволяют

пользоваться текстами, слушать иностранную речь, в сочетании с видеоматериалами помогают совершенствовать такой сложный навык, как восприятие иноязычной речи на слух. Мы сами можем регулировать уровень языка, подбирать темы, видеоматериалы, которые нам нравятся. Мы можем использовать мобильные приложения для расширения лексического запаса, для улучшения и углубления знания языка, для развития навыка говорения. Конечно же, мобильные приложения не являются исключительно верным способом выучить язык, но могут помочь подготовиться к занятиям и практиковать язык. Разработчики мобильных приложений утверждают, что выучить английский с нуля с помощью их продуктов вполне реально. По словам Д. Гарника, менеджера по продукту Simpler, мобильного приложения для изучения английского языка, «Самым главным в изучении языка, по-прежнему, остается внутренняя мотивация и постоянная практика».

Изучение английского языка посредством мобильных приложений достаточно новый метод, который является не только легкодоступным, но и интересным. Оно имеет ряд преимуществ. Выделим некоторые из них: экономия времени (не нужно никуда ехать, скачивайте приложение и совершенствуйте свои знания), возможность заниматься в удобное время, в соответствии со своим уровнем владения языком, занятия в приложении интересны, красочны, проходят в игровой форме.

К недостаткам можно отнести следующее: небольшой размер дисплея мобильного устройства (зрительное утомление), зависимость качества работы приложения от таких факторов как технические характеристики устройства и скорость передачи данных.

Для того, чтобы понять насколько часто и эффективно обучающиеся используют мобильные телефоны в образовательных целях, нами было проведено исследование. В анкетировании приняли участие студенты 1 курса. Обучающимся было предложено ответить на 5 вопросов:

1. Имеете ли вы мобильный телефон?
2. С какой целью используете мобильные приложения?
3. Пользуетесь ли вы обучающими приложениями для изучения английского языка?
4. Желаете ли вы узнать, какие мобильные приложения могут вам помочь в изучении английского языка?

Проанализировав результаты анкетирования, мы пришли к выводу, что у всех без исключения респондентов имеется мобильный телефон. На вопрос, с какой целью используются мобильные приложения, получили разные ответы. Большинство обучающихся используют приложения для игр, обработки фото, создания видео, презентаций, для прослушивания музыки и общения в социальных сетях. Лишь небольшое количество первокурсников применяют мобильные устройства для дополнительного обучения иностранному языку. Одновременно в результате анкетирования было установлено, что большинство из ребят хотели бы владеть языком лучше, но мало кто знает о способах самостоятельного изучения при помощи мобильных приложений и Интернета.

Известно, изучать английский язык - всегда актуально. Для того чтобы держать себя в тонусе и пополнять словарный запас новыми лексемами, нужно уделять в день всего несколько минут. С этой задачей прекрасно справляются мобильные приложения. Представляем обзор платных и бесплатных мобильных приложений для изучения английского языка:

Panda English School (<https://panda-school.by/mobileapp/>) - функционал приложения позволяет изучать слова с помощью встроенного тренажера, получать домашнее задание, следить за комментариями педагога (бесплатное приложение в режиме онлайн и оффлайн, работа с реальным педагогом).

Lingua Leo (<https://lingualeo.com/ru>) - образовательная платформа для изучения и практики иностранного языка, построенная на игровой мотивации (бесплатное приложение).

ED Words (<https://www.englishdom.com/englishdom-words-app/>) - мобильное приложение для расширения лексического словаря. У приложения ED Words комфортный и

понятный пользовательский интерфейс. В ED Words учащиеся могут с легкостью отслеживать собственный прогресс.

Words

(<https://play.google.com/store/apps/details?id=air.ru.uchimslova.words&hl=ru&gl=US>) - одно из топовых приложений для изучения английского языка и расширения словарного запаса. В памяти приложения находится огромный запас иностранных слов - около 40000. Одно из важных преимуществ - возможность использовать приложение в режиме оффлайн, а также самостоятельно создавать индивидуальные уроки.

Easy ten (<http://www.easyten.ru/>) - удобный мобильный сервис, подходящий для тех, кто не хочет или не может тратить много времени на изучение иностранного языка. Приложение в ежедневном формате самостоятельно подбирает десять новых английских слов для запоминания. Чтобы это сделать проще и эффективнее, приложение предлагает несложные тренировки для заучивания слов. Умная система обучения запоминает и учитывает совершенные пользователем ошибки и в дальнейшем дает возможность повторить и выучить те слова, которые вызвали затруднения (бесплатное приложение)

Memrise (<https://www.memrise.com/>) - разработчики данного мобильного приложения использовали специальную научную методику - мемы, благодаря которым в игровом режиме пользователи тренируют разные аспекты своей памяти. Пользователи высоко оценивают Memrise благодаря огромной базе аудио и видеозаписей, которые демонстрируют произношение носителей английского языка. Приложение доступно для бесплатного скачивания в Google Play и App Store.

UrbanDictionary

(<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.urbandictionary.android&hl=ru&gl=RU>)

Приложение помогает изучить сленговые, аутентичные слова и фразы. Приложение позволит вам глубже погрузиться в культуру страны, чувствовать себя увереннее в повседневном общении.

ROSETTA STONE (платное приложение) (<https://play.google.com/>) - одно из лучших приложений, которое существует на рынке уже более 25 лет. Разработчики сервиса получили несколько мировых престижных премий: Приложение предлагает изучать английский язык с нуля, либо пользователям с уже имеющимися знаниями языка. Сервис использует погружение в языковую среду для наиболее эффективного изучения программы. Все описания в приложении даны на английском языке, без перевода и субтитров на русском. Все действия, которые совершает пользователь в приложении, предусмотрены исключительно на английском языке. Такой подход очень эффективен и результативен.

Skyeng (<https://play.google.com/store/apps/details?id=skyeng.words.prod&hl=ru&gl=US>) - обучение проходит с помощью индивидуального преподавателя, который подбирает программу в зависимости от стартового уровня знаний ученика. В качестве программы используется онлайн-учебник на платформе Vimbox. Именно такой формат помогает эффективно взаимодействовать со студентом и находить индивидуальный подход к обучению.

Доказано, что специальные языковые мобильные приложения позволяют ускорить и улучшить процесс обучения иностранного языка. Современные технологии помогают в формировании умений и навыков разговорной речи, совершенствовании грамматики, способствуют расширению словарного запаса обучающихся и, следовательно, обеспечивают заинтересованность и эффективность.

На основе проведенного исследования можно сказать, что мобильные устройства и приложения - это не только источник удовольствия и развлечений, но и полезная возможность ускорить процесс изучения иностранного языка и существенно повысить качество знаний.

Список использованных источников:

1. Владимирова Л.П. Интернет на уроках иностранного языка // "ИЯШ", 2002.
2. Нелунова Е.Д. Информационные и коммуникационные технологии в обучении иностранному языку в школе. Якутск, 2006.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ИНТЕЛЛЕКТ – КАРТ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ

*Селецкая Екатерина Александровна
Руководитель: Шилова Нина Васильевна
Фармацевтический колледж ФГБОУ ВО
"Красноярский государственный медицинский университет
имени В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения РФ, г. Красноярск*

Каждый человек хотя бы раз в жизни при изучении какой-либо дисциплины имел дело с конспектами, то есть записывал изучаемый материал для дальнейшего его использования. Данный способ ведения записей традиционен в мире, но имеет некоторые недостатки, которые заключаются в сложной структуре, количестве отнятого времени и слабом запоминании. На сегодняшний день в обучении иностранного языка известны многие приемы, которые позволяют эффективно овладеть знаниями. Используется весь арсенал способов и подходов, которые подходили бы при изучении нового или повторении старого материала. Это всевозможные карточки, списки, картинки, кубики, презентации, настольные игры и т.д. Но большой популярностью в изучении английского языка пользуется еще один замечательный метод — метод интеллектуальных карт.

Актуальность: при изучении иностранного языка студенты фармацевтического колледжа взаимодействуют с большим объемом информации на ежедневной основе. Работа с лексическим и грамматическим материалом непосредственно требует много времени и внимания. В настоящее время для того, чтобы справиться с постоянно растущим потоком информации и при этом не тратить много времени на обработку данных, в учебном процессе применяется метод создания интеллекта - карт.

Интеллект-карта (по-английски — mind map) - визуальное представление информации, отражающее системные связи между целым и его частями. Такая диаграмма строится вокруг центральной идеи, концепции, темы или проблемы, от которой отходят «ветви» со связанными идеями.

Структура интеллект - карт имеет преимущества над другими видами записи информации, так как органично отражает реальное мышление.

Выделим основные свойства интеллектуальных карт:

1. Наглядность. В интеллект - картах информация изображена максимально наглядно: с помощью рисунков, кратких записей, стрелок и т.д.
2. Привлекательность. Интеллект - карта должна выглядеть так, чтобы её было приятно и интересно рассматривать.
3. Запоминаемость. При построении интеллект - карт используются цвета, рисунки, картинки из интернета и т.д.
4. Своевременность. Интеллект-карта помогает выявить недостаток информации и понять, какой информации не хватает.
5. Творчество. Интеллект-карта стимулирует творчество, помогает найти нестандартные пути решения задачи.
6. Возможность пересмотра. Пересмотр интеллект-карт через некоторое время помогает усвоить картину в целом, запомнить ее, а также увидеть новые идеи.

Любой метод имеет преимущества и недостатки, интеллектуальный – не исключение. Безусловно, преимуществ больше, но и недостатки также имеются.

Преимущества:

1. Проще воспринимать информацию и запомнить данные;
2. Лучше получается генерировать идеи, так как карта активизирует процесс мышления;
3. Легче упорядочить объемные темы и вопросы, увидеть картину целиком.

Недостатки:

1. Подразумевают индивидуальный формат.

Интеллектуальные карты действительно способствуют эффективности процесса формирования иноязычных лексических и грамматических навыков.

Работа с интеллектуальными картами дает возможность запомнить конкретную лексическую единицу, перевести ее в поле активного словарного запаса.

Интеллектуальные карты являются результативными в контексте обучения иноязычному говорению.

Поэтому преподаватель иностранного языка – использует на занятиях эффективные педагогические методы, которые позволяют вовлечь обучающихся в активную творческую деятельность, будут способствовать повышению мотивации и качества знаний по предмету.

Одним из таких педагогических методов является метод интеллект - карт, созданный американским ученым - психологом Тони Бьюзеном, изучавшим особенности памяти и мышления, получивший название «Метод интеллект - карт», который основывается на построении интеллект - карт и работе с ними.

Буквально слово «mind» означает «ум», а слово «maps» – «карты». В итоге получаются «карты ума». Существуют и другие переводы словосочетания «mind maps»: «ментальные карты», «карты ума», «диаграммы связей», «карты памяти», «мыслительные карты», «карты представлений» и другие. В переводах книг Т. Бьюзена чаще всего используется термин «интеллект - карты», хотя по способу построения карты отражают процесс ассоциативного мышления, поэтому их уместнее было бы называть картами ассоциаций. Многие ученые признают, что это удобная и эффективная техника визуализации мышления и способ альтернативной записи. По данным психологов, информация, представленная в виде слов и сопутствующих картинок, запоминается человеком в браз лучше, чем только слова [1, стр.96]

По своей сути, интеллектуальная карта – это наглядное, графическое отображение на бумаге хода мыслей каждого человека вокруг ключевого понятия, своего рода вербальная, содержательная основа для порождения собственного связного высказывания [2, стр.35]. Она помогает структурировать большой объем изучаемого материала, запомнить каждый блок опорного конспекта, представленного в сжатой форме, и включить значимую информацию в собственные высказывания.

С помощью данного метода стандартные виды записи по иностранному языку, такие как новая лексика, грамматические таблицы можно заменить изображением в виде интеллект - карты. Запись информации в таком виде имеет необычную структуру, то есть структуру, исходящую от центра к краям, постепенно разветвляющуюся на более мелкие части. Структура интеллект - карт имеет преимущества над другими видами записи информации, так как органично отражает реальное мышление.

Интеллект - карта позволяет максимально широко охватить и сформулировать любую тему, а также рассмотреть ее с разных сторон, опираясь на достаточно ясную фактическую базу. У самого Тони Бьюзена в разных источниках приведены несколько отличающиеся инструкции по созданию интеллектуальных карт.

Из опыта работы с интеллект - картами хочется выделить более рациональный способ создания ментальных карт.

- В центре располагается центральный образ, который символизирует тему.
- Слова, идеи, задачи или другие понятия связываются ветвями, отходящими от центрального понятия или идеи.
- Над ветвями пишут ключевые слова или рисуем образы, которые соединяются между собой.
- Особое внимание надо уделить возможности использования нескольких цветов.

Самостоятельно выполненная карта кроме зрения, вовлекает мышление, что способствует лучшему запоминанию. Использование данного метода может быть, как на любом этапе урока, так и в качестве домашнего задания. Применение Mindmaps находит свое отражение при изучении нового материала, его закреплении и обобщении, при подготовке сообщения по теме, при подготовке проекта, при изучении грамматики и т.д. При изучении иностранного языка основным является хороший словарный запас, то есть знание и владение большим количеством слов по разным темам. Например, при изучении темы «Forms of drugs» предлагается тематическая карта, по которой студенты составляют монологические высказывания по изученной теме, используя информацию из карты. При этом работу можно организовать в группах: одна группа рассказывает о лекарственных формах, другая о способах применения и дозировке и т.д. (Рис.1).

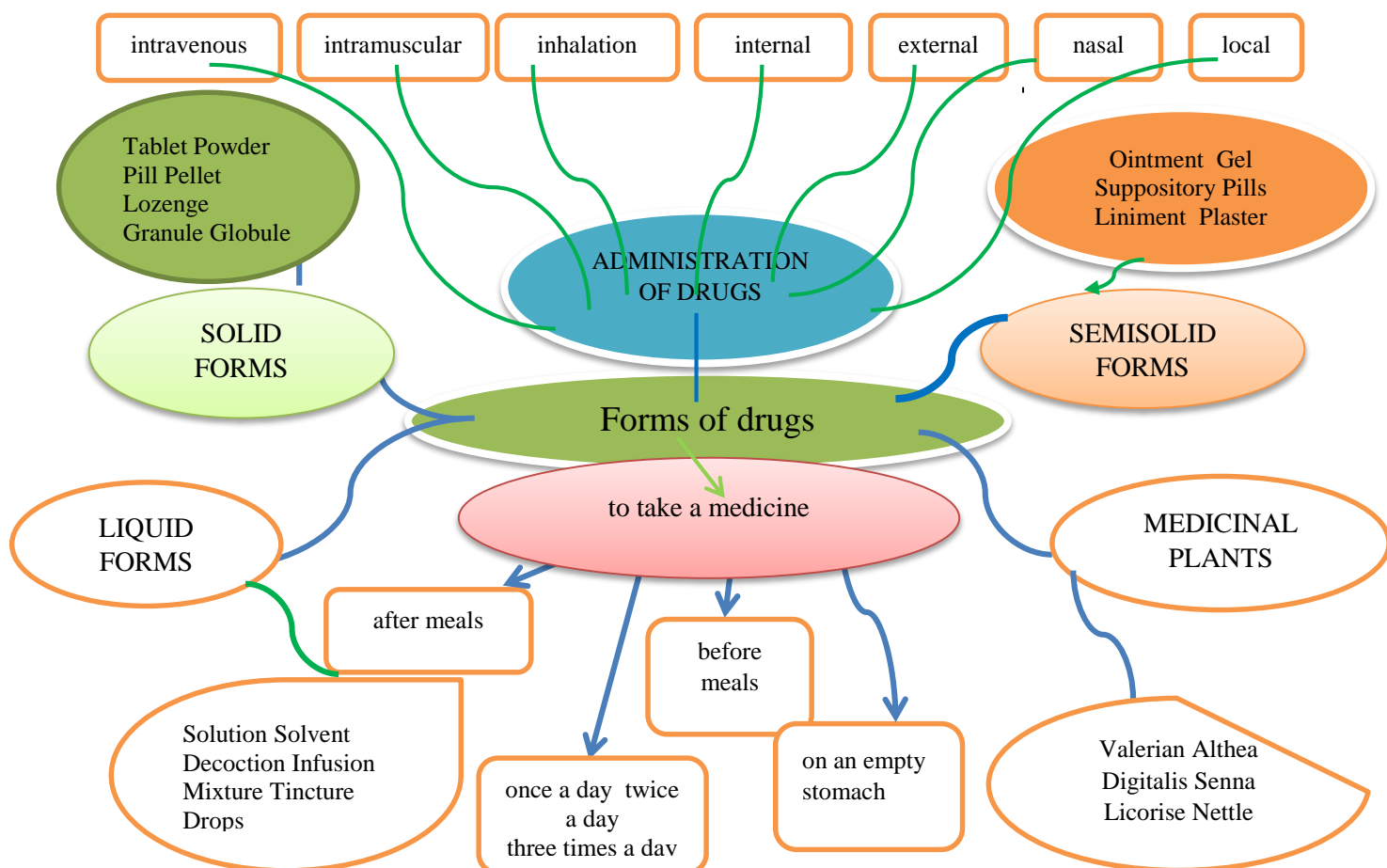


Рис.1. Интеллект карта «Forms of drugs».

Для того чтобы эффективно использовать метод интеллект - карт на занятиях, необходимо, чтобы обучающиеся имели некоторые представления о данном методе. Студенты должны знать о том, что такое интеллект – карты и для чего они нужны; ощутили на собственном опыте их эффективность использования; знали алгоритм их построения, имели опыт по построению интеллект - карт и работы с ними.

То есть, для того чтобы добиться необходимых результатов, а именно: повышение мотивации к изучению иностранного языка, формирование личностных, предметных результатов скорее всего необходимо реализовать использование данного метода не только на аудиторных занятиях, но и в самостоятельной работе. Работу с интеллект – картами можно организовывать в группах и индивидуально. Например, при изучении темы «Medicinal herbs» студенты по выбору выполняли работу по тем лекарственным травам, которые растут в Сибири. (Рис.2)

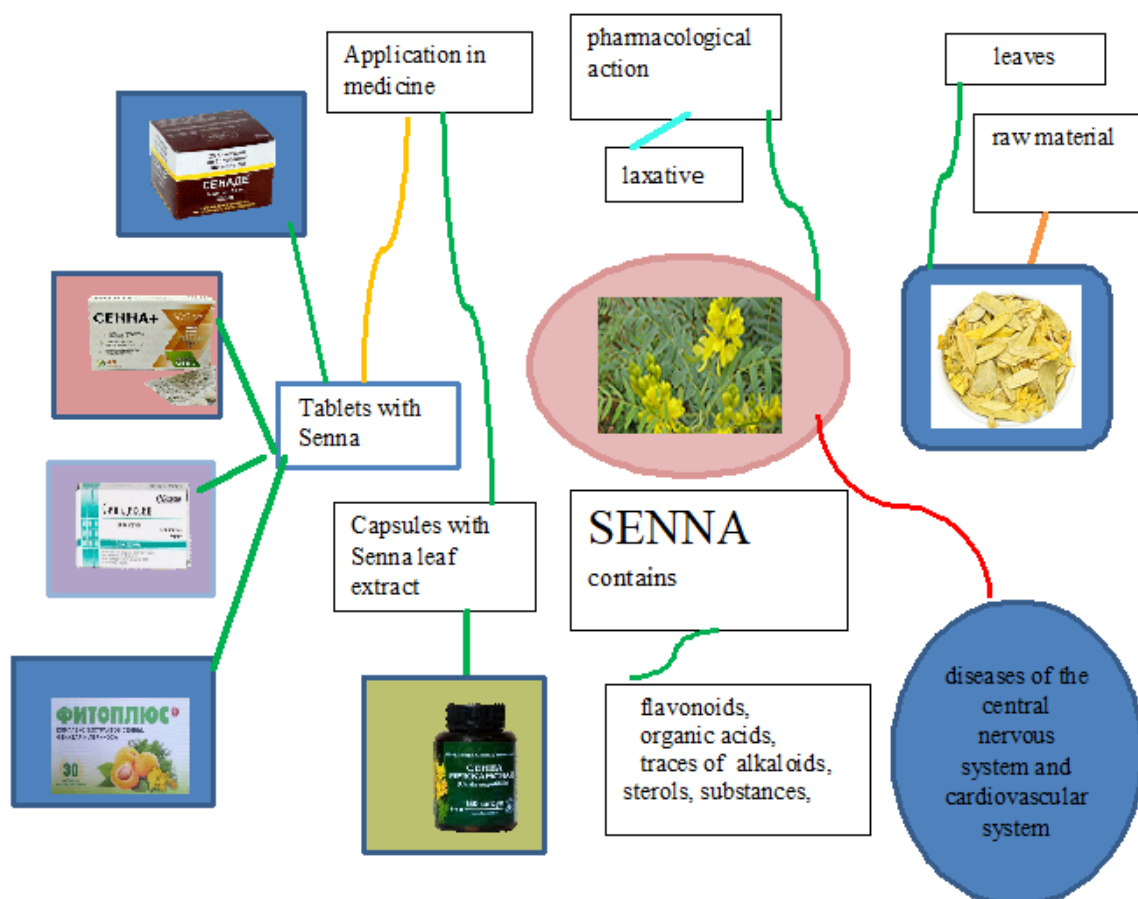


Рис.2. Интеллект - карта. Сенна.

По созданной с помощью компьютера интеллект – карте студенты рассказывают о способах и дозировке применения лекарственного растения при различных заболеваниях, о лекарствах на основе этого растения.

Интеллект – карты – это инструмент, позволяющий мыслить, используя весь свой творческий и интеллектуальный потенциал [3].

Использование интеллект карт позволяет задействовать ассоциативное мышление обучающихся, формирует у них умение работать с информацией (осуществлять ее поиск, анализ, обобщение, выделение главного и второстепенного), планировать свое речевое поведение, логически выстраивая последовательность своих мыслей. Техника построения карт памяти помогает повысить результаты обучающихся, формирование которых выдвигается на первое место согласно ФГОС на современном этапе [4].

Анализ выше изложенного позволяет сделать следующие выводы:

В результате использования данного метода на занятиях по английскому языку создается положительная мотивация к овладению иностранным языком, происходит организация групповой и индивидуальной деятельности обучающихся, осуществляется дифференцированный подход. Студенты учатся пользоваться дополнительными источниками информации, при этом сокращается время на понимание и запоминание объемного материала.

Список использованных источников:

1. Бьюзен Тони. *Карты памяти. Используй свою память на 100%*. М.: РОСМЭН, 2007. стр.96.
2. Бортникова Е.В. *Интеллектуальная карта как универсальный инструмент обучения // Иностранные языки в школе. - 2014. – No 11. – С. 35-38.*
3. Колесник В. [Электронный ресурс] // *Персональный сайт Виталия Колесникова, 1997—2015 URL: <http://kolesnik.ru/methods/mindmaps/> дата обращения: 26.05.2015.*

4. Ломакина Г.Р., Скоробогатова А.С. О требованиях к результатам обучения иностранному языку в современном информационном обществе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.moluch.ru/archive/59/8413/> (дата обращения: 27.09.2017)

РОЛЬ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ СПО МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ

Георге Алина Азадовна
Руководитель: Цвекалова Юлия Николаевна
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ, Колледж, Волгоград

Развитие международных отношений диктует расширение общего совместного экономического, социокультурного и образовательного пространства. В этих реалиях находится и наша страна. Наибольший прогресс может быть достигнут благодаря дружеским отношениям и международному сотрудничеству.

Сегодня повышается спрос на специалистов, особенно медицинских работников, владеющих иностранным языком. Именно лингвистические навыки позволяют увеличить уровень международных контактов и наладить прочные профессиональные связи.

Владение иностранным языком как инструментом обмена опытом помогает эффективно развивать коммуникативные навыки будущих медицинских работников и повышать социокультурные компетенции.

Социокультурная компетенция проявляется в способности учитывать в актах общения особенности страны, истории народа, с представителем которого идет общение. Она включает и лингвострановедческий компонент, что предполагает знание, понимание и правильное использование национальных реалий, которые обозначают предметы, явления, понятия, уникальные для определенного социокультурного общества. [1]

Развитие социокультурной компетенции основывается на учете лингвокультурологического аспекта в процессе изучения иностранного языка студентами СПО.

Лингвокультурология - это отрасль лингвистики, возникшая на стыке лингвистики и культурологии и исследующая проявления культуры народа, которые отразились и закрепились в языке. [2]

Для установления международных коммуникаций и межкультурного контакта стоит учитывать лингвокультурологический и лингвострановедческий аспекты в процессе изучения иностранного языка.

В рамках курса иностранного языка в профессиональной деятельности медицинских работников студенты получают необходимые знания о традициях и нормах этикета представителей разных стран и народов. Отсюда следует более глубокое понимание иностранных коллег и их норм общения, что является превентивной мерой возникновения языкового барьера среди участников межкультурного диалога.

Изучение иностранного языка в системе СПО позволяет не только научиться корректному межкультурному общению и выстраиванию контактов с коллегами из других стран, а также способствует и личностному, и профессиональному развитию.

На занятиях по иностранному языку студенты приобретают немаловажные качества, такие как уважение к представителям различных этнокультурных, социальных и иных групп. Каждый стремится к сохранению, приумножению и трансляции культурных традиций и ценностей многонационального российского государства.

Квалифицированный специалист соответствует ожиданиям работодателей: проектно мыслящий, эффективно взаимодействующий с членами команды и сотрудничающий с другими людьми, осознанно выполняющий профессиональные требования, ответственный, пунктуальный, дисциплинированный, трудолюбивый, критически мыслящий, нацеленный на достижение поставленных целей; демонстрирующий профессиональную жизнестойкость.

Стоит добавить, что изучение английского языка для студентов медиков играет большую роль именно из-за возможности оказания медицинских услуг людям разных национальностей, а так как он международный язык это дает преимущество в помощи всем без исключения.

Специфика медицинского образования диктует свои правила изучения иностранного языка для будущей профессиональной деятельности. При изучении иностранного языка учитываются потребности студентов, соответствующие направлению подготовки.

Знание иностранного языка расширяет возможности использования дополнительной литературы на другом языке для исследования профессиональных тем и обмена опытом. Студенты могут ознакомиться как с источниками на родном языке, так и на иностранном, и изучив их, рассмотреть интересующую тему, под разным углом и с дополнительной точки зрения.

Помимо вышеперечисленного, владение иностранным языком, в частности английским, позволяет посещать международные конференции, участвовать в круглых-столах и симпозиумах, обмениваться опытом и плотно сотрудничать с зарубежными коллегами.

Стоит сказать, что свободное владение английским языком, как межкультурным, позволяет вести прямой диалог с иностранными коллегами, и взаимодействовать по вопросам охраны здоровья и жизни людей. В этой связи стоит вспомнить недавнюю эпидемию COVID-19, в которой благодаря международному сотрудничеству и общими усилиями удалось принять меры для спасения жизни людей.

Из всего вышесказанного следует, что для наиболее эффективного обучения и развития студентов системы СПО медицинской сферы крайне необходимо учитывать важность иностранного языка, и делать упор на углубленное изучение.

Список используемых источников:

1. *Беляева, Л. А. Интерактивные средства обучения иностранному языку. Интерактивная доска : учебное пособие для вузов / Л. А. Беляева. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 183 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-17089-4. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/532381>*
2. *Методика обучения иностранному языку : учебник и практикум для вузов / О. И. Трубицина [и др.] ; под редакцией О. И. Трубициной. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 384 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-09404-6. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/536708>*

МАРКЕРЫ ЦВЕТА В ИДИОМАТИЧЕСКИХ ВЫРАЖЕНИЯХ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА И В НАЗВАНИЯХ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ ФИЛЬМОВ

*Юлдашева Регина Рустамовна
Руководитель: Яскевич Маргарита Борисовна
ГАПОУ "Нижнекамский музыкальный колледж
имени Салиха Сайдашева", г. Нижнекамск*

Язык является основным средством общения и взаимопонимания людей. Владение иностранным языком помогает нам приобщиться к иной национальной культуре и успешно взаимодействовать в современном мире. Трудно назвать сферу деятельности человека, где английский язык не применяется. При его изучении, чтении художественной литературы в оригинале, при просмотре фильмов, в устной речи мы часто сталкиваемся с идиоматическими

выражениями, понять которые бывает трудно, несмотря на то, что мы знаем перевод каждого слова. Например: evergreen melody (дословно: вечнозеленая мелодия) мелодия, песня на века, red-herring - ложная информация. О плохом настроении и депрессии говорят black dog (дословно черная собака) или to have blues- грустить, хандрить (дословно иметь синий цвет).

Актуальность данного исследования заключается в том, что знание устойчивых выражений английского языка и использование их в устной и письменной речи, позволяет сделать речь более естественной, красивой и выразительной. Кроме того, использование идиом — это прекрасный способ сократить предложение до небольшого выражения, состоящее из двух-трех слов, которое точно передает смысл, а иногда имеет и скрытый контекст. **Целью данной работы** является изучение функционирования английских идиом с цветовым компонентом и анализ материала, составляющего названия англоязычных фильмов с цветом. Эта группа идиом представляет для нас наибольший интерес, так как понятие цвета существует в каждой культуре, с ним связана важная информация, накопленная народом в языке. Для достижения цели мы поставили перед собой следующие **задачи**:

1. Изучить теоретического материала по теме исследования;
2. Выявить идиоматические выражения с колоративным компонентом, используя специальные словари;
3. Проанализировать названия англоязычных фильмов с цветовыми идиомами;
4. Разработать словарь – памятку для студентов «Популярные цветные идиомы».

Методы исследования: анализ научной литературы, изучение названий фильмов методом прямой выборки, описательный и сравнительный методы, анкетирование студентов.

Человек всегда находил особую привлекательность в цвете. Цвет – это жизнь, он придает нам сил, оживляет, лечит и восхищает. Как известно большую часть информации об окружающем мире человек получает с помощью зрения. Цветовой маркер заключает в себе возможности логического и чувственно-образного способов познания мира. Эта характеристика имеет философский смысл, потому что цвет в этом случае можно рассматривать как перевод чувственно-образного мышления на уровень вербального. Каждый цвет создает особое настроение, вызывает у человека определённые чувства и переживания, выстраивает коннотации, что ярко и образно представлено в языковой идиоматике разных народов и английский язык здесь не является исключением.

Цвет наиболее ярко представлен в уникальном языковом наследии – в идиомах. Идиомы берут своё начало из разных источников. Некоторые из них можно встретить в произведениях писателей, другие в Библии, третьи – заимствования из других языков. Идиома (или фразеологизм) - это оборот речи, устойчивое сочетание слов, значение которого не определяется значением входящих в него слов, взятых по отдельности. Метафоричность, эмоциональность, экспрессивность - все это качества фразеологических единиц, к которым относятся идиоматические выражения, придающие нашей речи особую образность и выразительность. По мнению учёного лингвиста В.В. Виноградова, «Идиоматика любого языка – это ценнейшее лингвистическое наследие, в котором отражается видение мира, национальная культура, обычаи и верования, традиции, фантазия и история говорящего на нём народа» [2, 68].

А теперь хотелось бы представить более подробно представить конкретные примеры, сгруппировав элемент цвета в идиоматических выражениях и фильмы, где данное явление присутствует. Концепция влияния цвета на язык была выработана учёным И. Иттенем. Цвета воспринимаются через ассоциацию, например – синий – холодный, так как от зрения восприятие цвета идет к органам и доходит до тактильных ощущений. Ощущения могут быть основой для языковых фразеологических выражений [3, 14].

Red Красный цвет олицетворяет могущество, движение, источник энергии. Красный цвет заставляет насторожиться при опасности, страстно любить, страстно ненавидеть В мифологии красный цвет часто используется, например: Бог войны всегда в красном (аспект

жестокости). В идиомах красный цвет обозначает пограничные экстремальные состояния, высокую степень напряжения.

To be in the red Дословный перевод: быть в красном. Значение: нести убытки; иметь финансовые проблемы, быть в долгу. Происхождение этой идиомы напрямую связано с использованием бухгалтерами красных чернил при составлении баланса. Красным цветом они выделяли задолженности своих клиентов, поэтому это выражение стало связываться с затруднительным материальным положением и долгами. В то же время красный цвет служит для обозначения особенно сильных проявлений гнева людей - **To see red** в дословном переводе эта фраза звучит вполне безобидно, а именно — «видеть красное», но на самом деле ее значение — впасть в ярость. Очень популярен и красный цвет ив других идиомах, таких как: **red-herring** - ложная информация (дословно: красная селедь); **to catch somebody red-handed** - схватить за руку на месте преступления, поймать с поличным (дословно: краснорукый).

Фильм «**Caught you red handed. Поймать с поличным**» (2018г) рассказывает о том, что однажды офицеру полиции поручили ответственное задание- прослушивать телефонные разговоры влиятельных чиновников и передавать любую подозрительную информацию. Он хорошо выполняет свою работу, но не может удержаться от соблазна подслушивать разговоры своих родных и друзей. И узнает много нового..... ловит их с поличным.

Blue Синий цвет – цвет мечтаний и грёз, в то же время — это постоянство, упорство, настойчивость, преданность, сила духа. Синий цвет затягивает, призывает к размышлениям, но в то же время, может выражать некую недосказанность. Например, **Once in a blue moon**. Дословный перевод: однажды в голубую луну. Значение: крайне редко. Такое явление как голубая луна случается очень редко, отсюда и берет начало выражение **once in a blue moon**. В русском языке для обозначения события, которое случается очень редко, существует выражение «в кой-то веки».

Всем известен такой музыкальный стиль, как блюз (blues – медленная грустная мелодия). Название этого стиля произошло от английского **blue devils** (дословно: синие дьяволы) — меланхолия, хандра, мрачный, угрюмый. В английском языке есть много интересных устойчивых фраз со словом «**blue**» (англ. «голубой, синий»), причину происхождения которых определить трудно: **between the devil and the deep blue sea** – между двух огней (дословно: между дьяволом и глубоким синим морем); **blue blood** – аристократическое происхождение (голубая кровь); **blue-eyed boy** – любимчик (дословно: голубоглазый мальчик).

Фильм «**Blue Devils. Тоска**» (2019г) повествует о том, что два чернокожих офицера полиции Нью-Йорка, практически без причины, из-за плохого настроения, стреляют и убивают 12-летнего белого мальчика, что привело к росту расовой напряженности в городе. Фильм основан на событиях, которые в настоящее время преследуют Америку. Угрюмость и мрачность главных героев - полицейских привлекает внимание к сюжету фильма, как и бесконечная тенденция жестокости полиции на этой земле.

Black Черный - традиционно мрачный цвет, поэтому идиомы с чёрным цветом, как правило, отражают эту черту. Черный цвет существует в противоположность белому, поглощает все цвета вокруг. Этот цвет скрывает всё, что несет, то есть он «загадочен» (часто используется в фильмах ужасов), связан с любопытством, притягивает к себе, пугает, вызывает страх из-за загадочности. Черный мрачный цвет в английских устойчивых выражениях имеет следующие оттенки значений. Например: **to be a black sheep** – быть черной овцой, быть изгоем (русский эквивалент: быть белой вороной, паршивая овца); **to have a black look** – угроза, мрачный взгляд, не предвещающий ничего хорошего (дословно: чёрный взгляд); **black dog** – депрессия, зелёная тоска, угрюмое настроение (дословно: чёрная собака). Обычно люди так говорят, когда впадают в уныние.

Фильм «**Black Sheep. Изгой**» (2006г) Инспектор логистической компании Чак-трудоголик, у которого нет времени даже на собственную невесту. Во время очередной командировки его самолёт падает в Тихий океан. Главный герой Чак, единственный кому

посчастливилось спастись и оказаться на необитаемом острове, где ему придётся бороться за выживание. Идиома об изгое соответствует теме кинофильма.

White Белый цвет вызывает положительные ассоциации, белый - открытый, лёгкий и смысл фразеологических единиц с этим цветом тесно связан. Идиомы с маркером белого цвета: **be as white as sheet** – белый как смерть (дословно: белый как полотно бледный). Значение состоит в том, что человек побледнел от испуга. Идиому стали использовать в 17 веке. Когда человек напуган, кровь отливает от лица, и оно становится бледным, почти белым. В то время самым белым и чистым предметом считались простыни, именно поэтому возникло такое сравнение. Также - **white night** - ночь без сна (дословно: белая ночь); **white lie** – святая ложь, ложь во спасение (дословно: белая ложь).

Однако, наблюдаются идиоматические выражения, где белый цвет не доминирует: A white elephant -Дословный перевод: белый слон. Значение: обуза, обременительное, разорительное имущество, бесполезное дело.

Фильм «**White Night. Ночь без сна**» (2017г) Действие происходит в бессонной ночи и рассказывает о шести различных историях, которые прокладывают себе путь через различные художественные инсталляции и решают вопросы любви, потери, старения и вечно важного вопроса; это искусство? Белая ночь - это художественный фильм, снятый полностью за одну ночь пятью разными режиссерами. Киноработа полностью передаёт смысл идиомы – ночь без сна.

Green Зелёный цвет традиционно для многих народов и стран символизирует растительность, природу, ассоциируется с молодостью, свежестью, иногда незрелостью. По количеству идиом с зеленым цветом можно сделать вывод, что англичане обожают все зеленое. Зеленым цветом обозначаются в английском: разрешение — **have got a green light** (дословно: иметь зеленый свет); умелые руки **to have green fingers** — иметь зеленые пальцы, то есть быть хорошим садоводом; зависть и злость **green with envy** - зелёный от зависти; долговую популярность - **evergreen melody** – нестареющая мелодия, песня; движение к чему-то неизбежному - **green mile**, в тюрьме это последнее шествие приговоренных к смертной казни по направлению к электрическому стулу.

Фильм «The Green Mile. Зеленая миля» рассказывается о тюремном надзирателе, у которого есть способность исцелять людей. Зеленый цвет в названии фильма, вероятно, символизирует надежду и обновление, но он не имеет прямого отношения к сюжету. Цветовой маркер в идиоме в данном случае не получил своего подтверждения.

Pink Розовый цвет означает дружелюбие, доброту, любовь. Цвет жизненной силы и молодости, чувствительности и романтичности, отсюда и идиомы. To see pink elephants - Дословный перевод: видеть розовых слонов. Близко по значению быть в розовых очках – to be in rose glasses/ Значение: видеть всё в розовом свете, что-то несуществующее, существующее лишь в воображении, в том числе галлюцинировать. Розовый цвет олицетворяет также физическое здоровье, прекрасное настроение: **to be in the pink of health** (дословно: быть в розовом здоровье) - быть в прекрасном состоянии, в расцвете сил. По-русски это звучит как "кровь с молоком"; **to be in the pink** - (дословно: быть в розовом), то есть быть в добром здравии, чувствовать себя как, огурчик.

Фильм «**Through rose-colored glasses. Мир в розовых очках**» (2016г.) Главный персонаж Уилл находит волшебную пару очков, позволяющих ему видеть мир таким, каким он хотел бы. Несмотря на несколько необычных побочных эффектов, Уилл пытается использовать очки, чтобы спасти свои долгосрочные отношения. Идиома быть в розовых очках, то есть быть в хорошем здравии и расположении духа полностью раскрывает суть фильма.

Таким образом, сравнительный анализ показал, как сильно различается дословный перевод и истинный смысл выражения в идиомах. Выявлено, что характеристики белого и черного цветов выстраивают правильный ассоциативный ряд для понимания, в то время как другая цветовая палитра не помогает этого сделать. В ходе работы разработан словарь-памятка «Популярные цветные идиомы», который поможет студентам в изучении и

совершенствовании английского языка, сделает речь богаче и эмоциональнее. Также эта памятка может быть использована преподавателями английского языка на занятиях, при подготовке к олимпиадам, конкурсам. Полезную информацию для изучающих английский язык о идиомах с маркером цвета, в дальнейшем мы планируем дополнить и расширить

При изучении использования цветowych идиом в названиях англоязычных фильмов, мы обнаружили интересное явление: частота совпадений значения идиомы и сюжета фильма достаточно высока, но не всегда идиома соответствует содержанию фильма. Как в вышеприведённом примере известного американского фильме "Зеленая миля". Цветовые маркеры в названиях фильмов используются не только для того, чтобы привлечь внимание зрителей, но и для того, чтобы передать смысл и атмосферу фильма. Иногда цветной маркер идиомы может быть единственной подсказкой зрителям о том, о чем будет лента.

Исследование наглядно продемонстрировало, что использование колоративных идиоматических выражений придают речи выразительность, образность, яркость. Конечно, мы привели лишь небольшой список «цветных» идиом, которые широко используются в английском языке. Изучать их не только интересно, но и полезно. Употребляя идиомы в речи, можно продемонстрировать более высокий уровень владения иностранным языком, высокий уровень общей культуры. Цветовые символы для различных народов имеют свое особенное значение, но все они пришли к нам от наших далеких предков и сохраняют свое значение и по сегодняшний день. Это ли не яркое свидетельство величия любого языка и глубины культурного наследия.

Список использованных источников:

1. Винарева Л.А., Янсон В.В., *Английские идиомы/ Л.А Винарева, В.В Янсон. Москва: Айрис, 2008. – 387 с.*
2. Виноградов. В.В. *Избранные труды. Об основных типах фразеологических единиц в русском языке/ В.В. Виноградов. – Москва, 1977. –317с.*
3. Имтен И. *Искусство цвета/ И. Имтен. – Москва, 2010. - 196с.*
4. Мюллер В.К. *Новый англо-русский словарь: около 2000000 слов и словосочетаний. – М.: Дрофа, 2009. – 831с.*
5. <https://englex.ru/english-color-idioms/>
6. <http://grammar-tei.com/anglijskie-idiomy-s-nazvaniyami-cvetov-english-idioms-with-colors/>

РОЛЬ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Кишканова Полина Сергеевна

Руководитель: Тарасова Виктория Сергеевна

ГПОУ "Тульский областной медицинский колледж", г. Тула

В последние десятилетия изучение иностранных языков характеризуется стремительно возрастающим интересом со стороны общества. На данный момент общее количество языков в мире превышает 7000, поэтому умение свободно общаться на английском, немецком, французском или любом другом языке является ключом к успеху. Это обусловлено стремлением человечества к «обществу без границ», приобщению к культурному наследию и духовным ценностям разных народов, населяющих планету. Безусловно, владение иностранным языком как инструментом межкультурной коммуникации с каждым днем становится более престижным и востребованным. Оно помогает «не утонуть» в беспрерывно развивающемся мире информации, открывает новые карьерные возможности, дает доступ к расширенному спектру знаний, улучшает навыки родного языка. Не зря великий немецкий писатель Иоганн Вольфганг фон Гёте говорил: «Wer fremde Sprache nicht kennt, weiss nichts von seiner eigenen» (Кто не знает иностранных языков, тот ничего не знает о своём). Кроме

того, неоспорима роль иностранных языков и для людей, работающих в области медицины, ведь они по долгу своей профессии ежедневно находятся в эпицентре стремительно развивающегося языкового сообщества.

Цель: изучение роли иностранных языков в учебной и профессиональной деятельности медицинского работника (на примере студентов ГПОУ «ТОМК»).

Российские ученые из НИУ «Высшая школа экономики» экспериментально доказали, что владение несколькими языками положительно влияет на работу человеческого мозга. «Европейскими учеными также было доказано, что память людей, выросших в многоязыковом окружении, гораздо лучше, чем у тех, кто с детства слышал только родную речь» [4, с. 38]. Кроме того, они лучше считают в уме, отличаются более хорошими способностями к чтению и другим подобным навыкам. У билингов (людей, «владеющих двумя языками» [1, с. 29]), некоторые участки мозга развиты сильнее, чем у монолингов («человек, владеющий только одним языком» [1, с. 146]). С целью подтверждения этого факта были проведены многочисленные исследования активности различных участков головного мозга у людей, изучающих иностранный язык, с помощью таких методов медицинской визуализации, как магнитно-резонансная томография (МРТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ). Проанализировав полученные результаты исследования, ученые пришли к выводу, что мышление людей, владеющих иностранным языком, более гибкое и оригинальное. Они справляются с выполнением задач, требующих интеллектуальных способностей, гораздо быстрее и эффективнее. Изучение иностранного языка характеризуется определенной творческой деятельностью, при этом возраст учащихся не имеет никакого значения. Погружаясь в этот процесс, любой человек изобретает собственные способы по запоминанию нового лексического и грамматического материала. Кто-то выстраивает ассоциативный ряд с родным языком, другие начинают рисовать схемы и картинки в сознании. Таким образом, каждый стремится найти нестандартный подход к решению той или иной задачи. Стоит также отметить, что люди, изучающие один или несколько иностранных языков, обладают более высоким уровнем интеллекта, поскольку формирование навыков и умений общения на неродном языке не сводится только к заучиванию лексических единиц, изучению тонкостей грамматики и произношения. Изучать иностранный язык – значит погружаться в историю и культуру его народа и страны, что непосредственно оказывает воздействие на духовную культуру самой личности.

Известный русский врач С.П. Боткин еще в XIX веке выдвинул такую идею: «Знание современных языков играет важную роль в интеллектуальном и человеческом обогащении специалистов-медиков» [2, с. 191]. Сегодня общество ежедневно сталкивается с преобразованиями в экономике, политике и науке. Это приводит к тому, что первоочередной задачей учебных заведений средне-специального профиля является подготовка высококвалифицированных и конкурентоспособных медицинских специалистов, способных ориентироваться в стремительном потоке научной и медицинской информации, поступающей, в том числе из-за рубежа. Наличие прочных лингвистических знаний позволяет выпускнику колледжа быть в курсе происходящих изменений в профессиональной области.

«Современный специалист – это широко образованный человек в какой-то конкретной области, имеющий фундаментальную подготовку, способный к постоянному повышению квалификации» [3, с. 190]. Основная цель изучения иностранного языка в медицинском колледже – это профессиональный рост медицинских кадров. Обладая необходимыми знаниями, умениями и навыками в области иноязычного общения, у специалиста появляется возможность читать иностранную профильную научную литературу в оригинале, участвовать в различных международных клинических испытаниях, форумах, конференциях, мастер-классах, которые позволяют обмениваться опытом с зарубежными коллегами, дают возможность оставаться в курсе последних медицинских достижений и новейших методов лечения заболеваний. Владение иностранными языками позволяет использовать усовершенствованное импортное оборудование при лечении пациентов. Однако самым веским мотивационным фактором к изучению иностранного языка медицинскими кадрами

является возможность возникновения экстренной ситуации с участием лиц, приехавших из-за рубежа. В завершении стоит отметить, что в наши дни владение иностранным языком является своего рода «инструментом выживания», поскольку эти знания и умения повышают шансы выпускников медицинских колледжей получить высокооплачиваемую работу.

Принимая во внимание все вышеперечисленное, среди студентов 3-4 курсов специальностей «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Лабораторная диагностика» и «Фармация» мы провели анкетирование, в котором приняло участие 160 студентов. Опрос был направлен на изучение роли иностранных языков в учебной и профессиональной деятельности медицинского работника. Проанализировав результаты, мы получили следующие данные:

1) большинство респондентов (91%) изучают английский язык, 5% – французский, 4% – немецкий;

2) большая часть опрошенных студентов изучает иностранный язык с начальной школы (87%) и только 13% - менее, чем десять лет;

3) текущая оценка по иностранному языку у 50% респондентов «хорошо», на «отлично» учатся 30%, отметку «удовлетворительно» имеют 20% опрошенных;

4) знание иностранных языков студенты используют в основном в интернете – 64%, при чтении иноязычной литературы – 18%, при просмотре кинофильмов на иностранном языке – 17%, нигде не используют 1% респондентов;

5) 35% респондентов отметили, что знание дополнительных языков помогает в освоении новых дисциплин. 45% опрошенных студентов считают, что изучение иностранного языка позволяет получать новую информацию из иноязычных источников (сайты, книги, фильмы, пособия и т.д. В получении дополнительной профессии иностранный язык помогает 19% учащихся. Ничем не помогает изучение иностранных языков лишь 1% от общего числа студентов колледжа.

6) среди дисциплин, в которых используются знания иностранного языка, названы следующие: анатомия– 15%, латинский язык (изучение новых слов и грамматики) – 60%, фармакология (составление и чтение рецептов) – 20%, в психологии 5%;

7) вопрос «Как иностранный язык поможет Вам в будущей профессии?» предполагал множественный выбор. 27% респондентов считают, что знание иностранных языков необходимо, поскольку это позволит узнавать о новых событиях в области медицины через иноязычные источники. 47% опрошенных отметили, что владение иностранным языком позволит общаться с зарубежными коллегами и обмениваться с ними опытом. 55% студентов предполагают, что, возможно, будут иметь дело с иностранными пациентами, которые не владеют русским языком. Лишь 24% опрошенных считают, что иностранный язык в будущей профессии не пригодится совсем;

8) знание иностранного языка уже помогало большинству опрошенных студентов (70%) в чрезвычайных ситуациях;

9) 45% респондентов пока не имели возможности использовать иностранный язык в медицине. Для 23% студентов он помогает при работе с медицинской аппаратурой. 21% учащихся отметил неоспоримую помощь в общении с пациентами. 11% респондентов применяли имеющиеся умения и навыки при переводе инструкций к медицинским препаратам.

Проведенное исследование позволило прийти к выводу, что для большинства студентов Тульского медицинского областного колледжа изучение иностранных языков не только регламентировано требованиями учебной программы, но и имеет личную значимость. Многие студенты уже используют умения и навыки для решения бытовых вопросов. Кроме того, они осознают и не обесценивают связь данной дисциплины с профессиональными модулями. В завершении стоит отметить, что для поддержания существующей мотивации к процессу изучения иностранного языка необходимо использовать инновационные методы и средства обучения, например, круглые столы, дискуссии, обсуждения, ролевые игры и проектную технологию, которые «оживят» процесс обучения и окажут положительное

влияние на качество подготовки медицинского работника, востребованного на современном рынке труда.

Список использованных источников:

1. Азимов, Э.Г. *Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам)* / Э.Г. Азимов., А.Н. Шукин – Москва : Издательство ИКАР, 2009. – 448 с.
2. Мамонькина, Д.С. *Английский язык – основа профессионального развития врача* / Д.С. Мамонькина // *Устойчивое развитие науки и образования*. – 2019. №1. С. 188 - 193.
3. Панжинская, Н.И. *Формирование коммуникативной компетентности при изучении английского языка в медицинском колледже* / Н.И. Панжинская // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2012. – № 4-2. – С. 189-191.
4. Morales, J. *Working memory development in monolingual and bilingual children* / J. Morales // *Journal of Experimental Child Psychology*. – 2013. – P. 37-40.

ВЛИЯНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ НА МОЗГ ЧЕЛОВЕКА

Баранова Нина Александровна
Руководитель: Соколова Татьяна Александровна
Узловский филиал ГПОУ
"Тульский областной медицинский колледж", г. Узловая

Целью исследования является демонстрация того, что изучение иностранных языков положительно влияет на развитие головного мозга человека. У людей, владеющих иностранными языками (билингвы), некоторые участки мозга более развиты, чем у людей, знающих только один язык. Это подтверждают многочисленные исследования активности различных областей мозга при помощи таких современных методов медицинской визуализации, как МРТ и ультразвуковое сканирование.

Актуальность темы подтверждает то, что изучение иностранных языков положительно сказывается на умственных способностях пожилых людей. Это происходит из-за стимуляции мозга для более интенсивной деятельности, что в свою очередь препятствует процессам старения мозга.

Понимание речи, произношение слов и их воспроизведение требуют работы всего мозга. Изучая новые слова или выстраивая фразы на неродном языке, мы активизируем не какой-то конкретный отдел головного мозга, а стимулируем все его участки, ответственные за восприятие, запоминание, фонетику, семантику и анализ контекста употребления слова.

Головной мозг – один из сложнейших «механизмов» в мире. Несмотря на многочисленные исследования, он по-прежнему таит в себе немало тайн и до конца не исследован. Он невероятно пластичен и именно благодаря этому мы сохраняем способность к обучению на протяжении всей жизни. Однако с годами усваивать новые знания нам становится сложнее, а винить в этом стоит ослабление нейрогенеза – процесса образования новых нервных клеток и нейронных связей. Природа нейрогенеза объясняет разницу в обучении детей и взрослых. Чем младше человек, тем быстрее у него обновляются клетки головного мозга. Поэтому детям проще учить иностранный язык.

Несмотря на снижение пластичности мозга, нейрогенез присутствует у человека в любом возрасте. Более того, новый язык помогает ускорить процесс обновления нейронов.

Для пожилого человека уроки иностранного – это не просто хобби. Знание двух и более языков помогает значительно отсрочить проявление деменции у пожилых людей.

По сравнению с детьми у взрослых меньше шансов овладеть иностранным языком в совершенстве. Но учить языки никогда не поздно: польза от занятий будет всегда.

Владение несколькими языками не только дает полезную пищу для мозга, но и помогает расширять границы возможного.

Когда мы увеличиваем объем информации в нашем мозгу, нам нужно иметь возможность сохранять и сортировать эту информацию, чтобы мы могли быстро найти ее снова, когда она нам понадобится. Ментальные структуры, которые мы используем для организации знаний, известны как схемы. По мере развития когнитивных процессов эти схемы жизненно важны для запоминания, понимания других людей, решения проблем и критического мышления. Когда мы говорим на другом языке, мы начинаем хорошо классифицировать информацию, используя навыки исполнительных функций.

Изучение языка – и родного, и иностранного – очень сложный процесс, в который вовлекаются различные отделы головного мозга. В процессе изучения языка новая информация не просто должна запомниться, ее необходимо воспроизводить устно и письменно.

При изучении иностранных языков в головном мозге формируются дополнительные речевые центры, которые задействуют зрительную, слуховую память, голосовой аппарат.

Таким образом, чем больше человек знает языков, тем больше у него клеток головного мозга переходят из пассивного состояния в активное, и тем больше связей между нейронами образуется. А это важнейшее условие для сохранения памяти и других функций познания.

Изучение иностранных языков помогает улучшить русский. Поскольку кроме разработки мышц артикуляционного аппарата, мы стараемся произносить иностранные слова очень четко и внятно, это также переносится и на родную речь.

Знание второго языка влияет на размер областей головного мозга, ответственных за кратковременную память и концентрацию внимания.

Разберем несколько «**бонусов**» от изучения нового языка:

✓ **Многозадачность и концентрация**

Полиглоты могут решать в уме несколько задач сразу, с легкостью переключаться между ними и налету схватывать суть.

✓ **Расширенный кругозор**

Те, кто изучает не только разговорный язык, получают дополнительный бонус: чтение книг на других языках существенно расширяет кругозор.

✓ **Рациональные решения**

Чтобы мыслить более рационально, достаточно сформулировать свой запрос на иностранном языке. Исследования доказали, что эта схема отлично работает. Главное условие – хороший словарный запас.

✓ **Улучшенная память**

Считается, что у людей, которые росли в многоязыковой среде, усовершенствованный процесс запоминания. При изучении языка память становится более прочной, емкой и более ассоциативной.

✓ Музыкальные способности

Изучая чужой язык, человек учится различать непривычные для его уха звуки (особенно это касается экзотических языков). Это умение позволяет в дальнейшем добиваться превосходных результатов при обучении музыке.

✓ Иностранные языки спасают от синдрома Альцгеймера

Билингвам (носителям двух или более языков) положена в среднем пятилетняя отсрочка от деменции, вызываемой синдромом Альцгеймера. К такому удивительному результату пришла команда нейропсихологов, сравнивавшая течение болезни у людей, освоивших иностранные языки и, наоборот, не владеющих ими.

✓ Языки улучшают память

Дети, выросшие в многоязыковом окружении, отличаются намного лучшей памятью, чем те, кто с детства слышал только родную речь. Более того, как установили исследователи, это, как правило, означает и то, что они лучше считают в уме, отличаются лучшими способностями к чтению и другим подобным навыкам.

Изучение языков – одна из наиболее интеллектуальных нагрузок для человеческого мозга, это великолепная тренировка для поддержания его функциональности на высоком уровне. Помимо этого, каждый новый язык в арсенале сделает вашу жизнь более насыщенной и гармоничной.

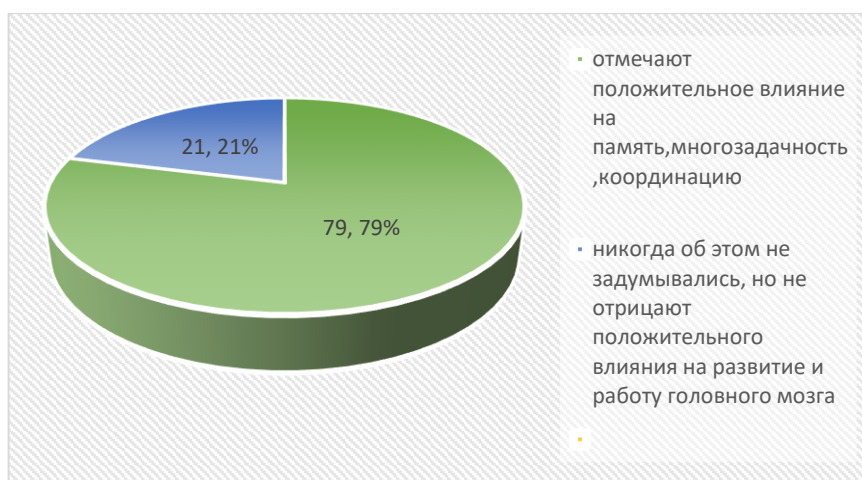
В рамках подготовки работы было проведено исследование, целью которого было определить насколько сильно влияет изучение иностранных языков на мозг человека, на его развитие.

В исследовании приняли участие 125 человек. 7% опрошенных изучали иностранные языки еще с детства, 90% изучали иностранный язык с начальной школы, 3% опрошенных изучали иностранные языки в среднем общеобразовательном учреждении.



(11%) активно занимаются изучением иностранного языка, (54%) опрошенных не прилагают особых усилий в изучении иностранного языка, а (43%) желали бы изучать иностранный язык, но жалуются на нехватку времени.

Несмотря на это, 79% опрошенных отмечают положительное влияние на память, умение справляться с различными задачами одновременно, концентрацию внимания. 21% никогда об этом не задумывались, но не отрицают положительного влияния на развитие и работу головного мозга и пользы для общего развития.



В заключении хочется отметить, что обучение чему-то новому всегда благотворно влияло на человека, на его умения и общее развитие. Мы учимся всю жизнь, с самого рождения. Наше исследование показало, что изучение языков во многом способствует улучшению развития мозга. Изучая языки, мы увеличиваем кругозор, познаем себя, развиваем наши физические умения. Это не только хорошее подспорье для становления развитой, сложившейся личности сейчас, но и защита от возрастных болезней, таких, как болезнь Паркинсона в старости. Перед нами отличный способ “прокачать свой мозг” и выйти на новый уровень мышления.

Список использованных источников:

<https://www.englishclubche.com/events/kakim-obrazom-izuchenie-yazykov-vliyaet-na-mozg-cheloveka>
<https://www.eduneo.ru/kak-izuchenie-inostrannykh-yazykov-vliyaet-na-mozg/>
<https://www.techinsider.ru/science/699103-sheveli-izvilinami-kak-i-pochemu-izuchenie-yazykov-menyaet-nash-mozg/>
<https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-izucheniya-inostrannogo-yazyka-na-razvitiye-organizatsii-mozga>
<https://lingualeo.com/ru/blog/2017/07/10/kak-izuchenie-yazyka-vliyaet-na-mozg/>

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

*Агромакина Виктория Сергеевна,
 Руководитель: Меренок Мария Федоровна,
 Филиал ГОБУК ВО "Волгоградский государственный институт искусства и культуры" в г. Камышин*

Аннотация: в статье рассматриваются вопросы, связанные с воспитанием и развитием личности на уроке иностранного языка

Ключевые слова: воспитательный момент, творческая интеллигентная личность, коммуникативные умения, носитель культуры страны, познавательный интерес, нравственные качества человека, нормы общей морали, познавательная активность.

Цель исследования: Формирование и развитие личности посредством иностранного языка.

Задачи исследования:

- рассмотреть применение языковых средств, адекватные ситуации общения, и социальные роли участников общения;

- изучить культурные особенности носителей изучаемого языка, норм поведения и этикета.
- определить уровень владения фонетической, лексической и грамматической сторонами речи на коммуникативно-достаточном уровне.

При обучении иностранному языку важно уделять внимание воспитательному моменту. Современная действительность требует от образованной личности умения общаться на иностранном языке. Иностранный язык дает человеку возможности, с помощью которых, он воспитывается, овладевает общечеловеческими ценностями, развивает мышление, учится эмоционально-ценностному взгляду на мир, умению использовать всевозможные запасы знаний из разных сфер деятельности человека.

Иностранный язык имеет большую возможность для нравственного воспитания личности. Во время изучения иностранного языка обсуждаются проблемы, при которых есть возможность формировать мировоззрение, нравственный облик учащихся. Дисциплина «Иностранный язык», изучает проблемы взаимоотношения и поведения личности в разной жизненной ситуации. Использование воспитательного, образовательного потенциала иностранного языка формирует творческую интеллигентную личность, способную принимать активное участие в социально-экономическом и культурном развитии общества, в межкультурной коммуникации на изучаемом языке и самостоятельно совершенствоваться в иноязычной речевой деятельности [2, с. 14-19].

Важным моментом изучения иностранного языка является практическая цель, которая обеспечивает соответствующий уровень коммуникативных умений и навыков для дальнейшего формирования личности в социуме. С самого начала изучения иностранного языка необходимо обучать учащегося умению общаться на изучаемом языке, предоставив ему основу для дальнейшей коммуникативной деятельности.

Спецификой предмета иностранных языков является его коммуникативность, для этого учителю необходимо придать занятию форму общения. Технология коммуникативного обучения дает обучающемуся возможность владения иностранным языком на том уровне, который достаточен для адаптации в иноязычном обществе.

Коммуникативное обучение воспитывает у обучающихся трудолюбие, упорство, предприимчивость, развивает волю, мышление, интерес, память, появляются безграничные воспитательные возможности, когда иностранный язык применяется, как средство для приобщения учащихся к духовной культуре других народов и постижению действительности путём иноязычного общения. На уроке происходит не только знакомство с культурой стран изучаемого языка, но и познание общечеловеческих ценностей [4, с. 14-19].

Человек, владеющий иностранным языком, владеет не только языковыми правилами и способами их использования, но и также является носителем культуры страны. В процессе овладения иностранным языком учащиеся изучают материал, речевое и неречевое поведение носителей языка в разнообразных ситуациях общения, раскрывают особенности поведения, связанные с народными обычаями, этнической принадлежностью, традициями, социальной структурой общества. При изучении иностранного языка, личность учится правильно применять мимику и жесты, формулы речевого этикета. Посредством такой работы учащийся изучает и оценивает качества других людей, приобретает опыт общения с ними, развивает познавательный интерес [3, с. 12 – 15].

Воспитание и развитие учащихся на уроке иностранного языка осуществляется в целостности учебно-воспитательного процесса, где применяется системный подход, который использует факторы обучения в полной мере. Обучение иностранному языку происходит в доброжелательной атмосфере, что помогает личности раскрыть ее разные стороны, дает ей потенциал преодолеть скованность, робость, нерешительность, формирует умение работать с информацией, вести диалог как в паре, так и в группе, высказывать свои мысли.

Диалоги учащиеся разыгрывают в самопроизвольно созданных парах, это содействует развитию навыка самопроизвольной речи. Монологическая речь также имеет большое значение в изучении иностранного языка, монологи должны быть целенаправленными,

непрерывными, выразительными, логичными, иметь смысловую законченность и проблемность. На уроках возможно моделирование ситуаций действительности, развивающих воображение и творческие способности, речевых игр, где приобретается опыт социальной жизни [5, с.52-54].

Иностранный язык дает учащимся возможность выхода к духовному богатству другого народа, воспитывает патриотизм, формирует нравственные качества человека. Посредством его происходит знакомство со страной изучаемого языка, уважения к стране изучаемого языка, мировоззренческими взглядами. Изучаются темы, позволяющие сопоставить свои убеждения с нормами общей морали, это такие, как обычаи и традиции, экологические проблемы, национальная кухня, национальная культура, средства массовой информации. Изучение иностранного языка оказывает важное влияние на воспитание, творчество, способности и развитие личности, на познавательную активность [4, с. 20 – 22].

Языковая культура, это неотъемлемая и основная часть культуры человека в целом. Изучение иностранного языка на основе знакомства с культурой других стран это одна из главных целей изучения иностранного языка. Это ознакомление с политическими, религиозными, деловыми, нравственными, эстетическими идеями представителей другой этнической культуры, историей, с психологией, литературой других народов. Все это необходимо для интеллектуального и социокультурного уровня развития учащихся [2, с. 5- 6].

Список использованных источников:

1. Барменкова О.И. Видеозанятия в системе обучения иностранной речи. // ИЯШ - 1993 - №3. С. 20-25.
2. Богоявленская Д.Б. Психология творческих способностей: Учеб. Пособие для студентов высш. учеб. заведений. - М.: Изд. Центр "Академия", 2002.
3. Большакова Л.А. Развитие творчества младшего школьника. Ж-л "Завуч начальной школы". № 2, 2001.
4. Егоров О. Коммуникативная функция учебного занятия. // Учитель - 2001 - №1 - с.52-54
5. Мильруд Р.П., Максимова И.Р. Современные концептуальные принципы коммуникативного обучения иностранному языку. // ИЯШ - 2000 - № 4. с. 14-19

АНАТОМИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ НА ЧЕТЫРЕХ ЯЗЫКАХ

Батарин Алексей Гаврильевич

Руководитель: Тарасова Альбина Александровна

ГАПОУ Республики Саха (Якутия)

"Якутский медицинский колледж имени В.А. Вонгородского", г. Якутск

Аннотация. Целью данной работы является создание и апробация словаря анатомических терминов на четырех языках: русском, английском, латинском, якутском. Согласно ФГОС, студенты Якутского медицинского колледжа должны знать анатомические термины (части тела, внутренние органы) на четырех языках. Словарь разработан в соответствии с требованиями Министерства Просвещения. Проведена экспериментальная работа по итогам апробации, проведено анкетирование, по итогам которого были сделаны следующие выводы: мы можем отметить 100% полезность и перспективность нашей задумки. Пожелания и рекомендации студентов дали сформировать планы на будущее, то есть усовершенствование словаря, добавить звук (транскрипцию) и иллюстрации.

Ключевые слова: словарь, терминология, иностранная лексика, медицинская терминология, медицина, обучение.

Введение

Обучаясь в медицинском колледже, мы пришли к выводу, что можно сделать один единый словарь терминов по анатомии на нескольких языках. Почему? Потому что, изучая такие дисциплины как «Анатомия», «Иностранный язык», «Латинский язык» и «Якутский язык в медицине» студент первого курса должен знать все названия анатомических терминов на этих четырех языках. Знание анатомической терминологии – это обязательное требование по данным предметам. И поэтому мы решили создать единый словарь анатомических терминов. Из этого вытекает гипотеза работы: использование анатомического словаря будет вспомогательным и удобным средством в изучении лексического материала.

Цель: создать словарь анатомических терминов на четырех языках.

Задачи:

1. Изучить теоретическую часть составления словаря;
2. Составить словарь по всем требованиям и нормам;
3. Провести апробацию среди студентов Якутского медицинского колледжа.

Словарь – это книга, содержащая перечень слов, с пояснениями, толкованием и переводом на другой язык. Существует классификация словарей в русском языке, первая попытка классифицировать принадлежит лингвисту Л.В. Щербе:

- толковый словарь;
- терминологический словарь;
- словари неологизмов;
- динамические словари;
- словари иностранных слов;
- словарь переводческих терминов;
- словари синонимов;
- словари антонимов [1].

Наш словарь по техническим характеристикам принадлежит к типу терминологическим словарям, по форме имеет электронный вариант, бумажного варианта нет.

Медицинская и анатомическая терминология изначально имела описательный характер. Возникновение анатомического словаря связывают с «отцом медицины» Гиппократом (440-377 до н.э.). Впервые понятие словаря было упомянуто в его «Энциклопедическом труде», где были упомянуты первые названия частей человеческого, вернее некоторых названий внутренних органов тела на греческом языке. Далее анатомический словарь был развит древними римлянами. Научному сообществу была представлена работа «De medicina» римского ученого Авл Корнелия Цельсия (25в до н.э.-50г н.э.), где он предложил ряд новых терминов уже на латинском языке. Затем эту тему продолжил римский врач Гален (230-200гг н.э.) его труд назывался «О значении человеческого тела», который уже дал новый толчок в развитии науки как Анатомия. В период развития медицины с VIII-IX вв., а именно восточной медицины, появляются ученые, которые продолжили труды римских основателей науки Анатомии. У многих ученых-исследователей возникают множество работ, поскольку анатомия человека в это время имела огромный интерес к изучению. Появилось множество синонимов, и в этот период анатомию человека изучал Андреас Везалий (1514-1564 гг.), который считается основоположником современной анатомической номенклатуры. Он упорядочил, убрал арабизмы, свел до минимума слова греческого происхождения, исключил вульгарный латынь, максимально исправил ошибки предыдущих исследователей. Написал анатомическую номенклатуру, опираясь на работу Цельсия. Номенклатура Андреаса Везалия используется по сегодняшний день, серьезных изменений не было [2].

Минпросвещение обнародовало требования по составлению словаря, содержащих нормы современного русского литературного языка при его использовании в качестве государственного языка в Российской Федерации:

1. Словарь не должен иметь противоречащих Конституции и нормам федерального законодательства Российской Федерации;
2. Не должно быть орфографических и пунктуационных ошибок;

3. Не должно быть устаревших, не соответствующих современному уровню развития науки сведений, излишних заимствований и некорректных трактовок языковых фактов;
4. Все словари должны иметь электронный вариант;
5. Шрифты, картинки и другой иллюстративный материал издания не могут вредить здоровью, то есть должны соответствовать требованиям санитарных правил и нормативов [3].

Экспериментальная часть.

Цель: провести апробацию анатомического словаря среди студентов 1 курса Якутского медицинского колледжа.

Задачи:

1. Посодействовать использованию словарей студентами по дисциплинам: «Иностранный язык», «Русский язык», «Якутский язык», «Основы латинской терминологии»;
2. Получить рекомендации и замечания по словарю.

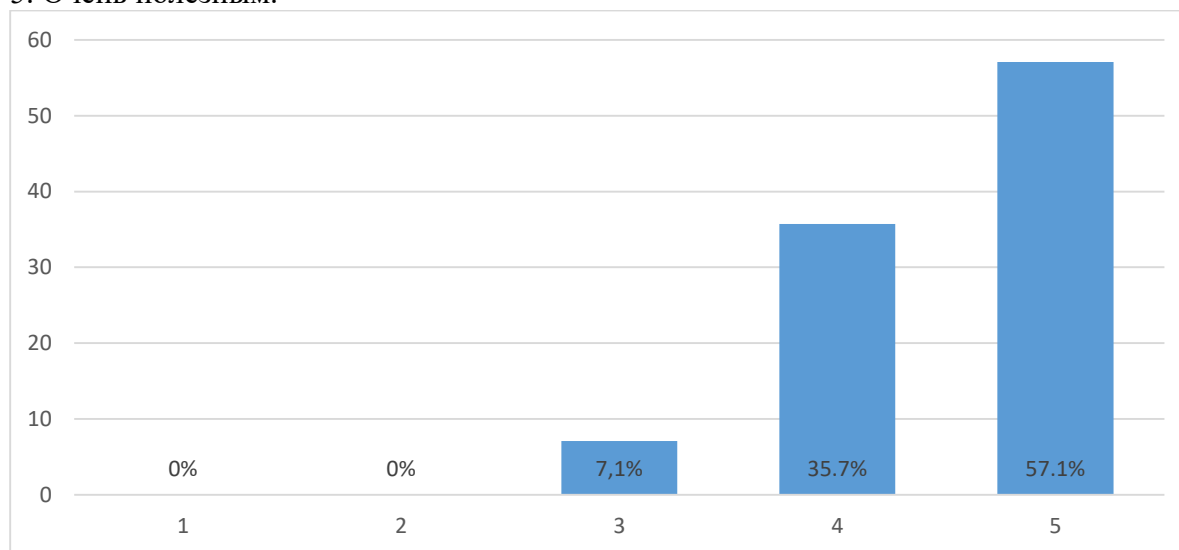
Вопросы анкетирования:

1. Насколько полезным был для вас словарь?
2. Какие пожелания или замечания вы можете дать по использованию словаря?
3. В чем полезность словаря вы можете отметить?

Всего приняли участие в апробации 73 студента 1 курса отделений Якутского медицинского колледжа. Опрос проводился анонимно с помощью онлайн формы.

1 вопрос: Насколько полезным был для вас словарь? (варианты ответов):

1. Не ответили;
2. Нет;
3. Не очень;
4. Полезным;
5. Очень полезным.



Как показано на диаграмме, никто из опрошенных студентов не выбрал вариант «нет».

2 вопрос: Какие пожелания или замечания вы можете дать по использованию словаря? (наиболее частые ответы):

- добавить иллюстрации;
- добавить транскрипцию и произношение английских и латинских терминов;
- добавить больше терминов (фармацевтических, клинических).

3 вопрос: В чем полезность словаря вы можете отметить? (наиболее частые ответы):

- Легко использовать;
- Удобно, что словарь на четырех языках;
- Облегчает изучение анатомических терминов наизусть.

Заключение

Таким образом, мы можем отметить 100% полезность и перспективность нашей задумки. Пожелания и рекомендации дали сформировать планы на будущее, то есть усовершенствование словаря, добавить звук и картинки. Так же, в будущем планируем создать словари по фармацевтической и клинической терминологиям.

Список использованных источников:

1. Алексеев В.М. *Методические рекомендации по составлению унифицированного словаря терминов, в том числе терминов образовательных программ. 2020. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodicheskie-rekomendatsii-po-sostavleniyu-unifitsirovannogo-slovarya-terminov-v-tom-chisle-terminov-obrazovatelnyh-programm>*
2. М'Гиль Гинд. *Из истории развития анатомической терминологии // Диалог языков и культур : сб. материалов I Междунар. VII Респ. студ. чтений, Минск, 22 нояб. 2017 г. / отв. ред. Т.Н. Мельникова. – Минск : БГМУ, 2018. – С. 269-271. – Электронная версия доступна на сайте Репозитория Белорусского гос. мед. ун-та. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rep.bsmu.by:8080/handle/BSMU/18787>*
3. Елена Новоселова, *Минпросвещения обнародовало требования к составлению словарей, 2020. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rg.ru/2020/08/27/minprosvesheniia-obnarodovalo-trebovaniia-k-sostavleniiu-slovarej.html>*

А.Н. ОСТРОВСКИЙ – ОСНОВОПОЛОЖНИК РУССКОГО ТЕАТРА

Дронова Александра Витальевна

*Руководитель: к.ф.н., доцент Латкина Татьяна Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

Александр Николаевич Островский... Это явление необычное. Значение Александра Николаевича для развития отечественной драматургии и сцены, его роль в достижениях всей русской культуры неоспоримы и огромны. Продолжая лучшие традиции русской прогрессивной и зарубежной драматургии, Островский написал 47 оригинальных пьес. Одни постоянно идут на сцене, экранизированы в кино и на телевидении, другие почти не ставятся. Но в сознании публики и театра живёт некий стереотип восприятия по отношению к тому, что зовётся «пьесой Островского». Пьесы Островского написаны на все времена, и зрителям не составляет большого труда увидеть в ней наши сегодняшние проблемы и пороки. Актуальность: Его роль в истории развития русской драматургии, сценического искусства и всей отечественной культуры трудно переоценить. Для развития русской драматургии он сделал столь же много, как Шекспир в Англии, Лопе де Вега в Испании, Мольер во Франции, Гольдони в Италии и Шиллер в Германии. Островский выступил в литературе в весьма сложных условиях литературного процесса, на его творческом пути встречались благоприятные и не благоприятные ситуации, но не смотря не на что, он стал новатор и выдающийся мастер драматического искусства. Влияние драматических шедевров А.Н. Островского не ограничивалось областью театральной сцены. Оно касалось и других видов искусства. Свойственная его пьесам народность, музыкально-поэтическая стихия, колоритность и ясность крупно обозначенных характеров, глубокая жизненность сюжетов вызвали и вызывают внимание выдающихся композиторов нашей страны. Островский, будучи выдающимся драматургом, замечательным знатоком сценического искусства, проявлял себя и как общественный деятель крупного масштаба. Этому весьма способствовало то, что драматург на протяжении своего жизненного пути был «с веком наравне».

Цель: изучить влияние драматургии А.Н. Островского в создании национального репертуара.

Задачи: 1) проследить творческий путь А.Н. Островского; 2) проанализировать идеи, путь и новаторство А.Н. Островского; 3) показать значение театральной реформы А.Н. Островского.

Александр Николаевич никогда не мечтал посвятить жизнь театру. Окончив юридический факультет Московского университета, он стал чиновником суда. И в это время Островский так увлекся театром, что просто «заболел» им. Он не пропускал ни одного спектакля в Малом театре и постепенно он понял, что без театра не мыслит своей жизни. Поэтому, бросив службу, он взялся за перо и написал первую пьесу.

Творчество Александра Островского оставило глубокий след в развитии русского драматического искусства. И сегодня его произведения продолжают ставиться во многих театрах России и мира, привлекая внимание зрителей, демонстрируя нам такие знакомые образы. Искусство Островского и правда бессмертно.

История русского театра насчитывала без малого два столетия. Она началась в 1672 году, когда по указу царя Алексея Михайловича Романова в усадьбе Преображенское под Москвой построили Комедийную хоромину, - так назвали придворный театр.

В 18 веке случился бум частных театров, где играли крепостные актеры. За ним государственные театры, которые официально считались «императорскими» и находились под управлением Министерства двора, а провинциальные зрелищные учреждения были отданы в полное распоряжение предпринимателям-антрепренерам.

Репертуар русской сцены в 40-е годы XIX века был очень беден. Не ставились хорошие, настоящие пьесы. Публику развлекали самым дешёвым и простым способом. Но уже на рубеже XIX—XX веков драматическое искусство в России переживало необычайный подъем: появились новые театры, центр тяжести с казенной императорской сцены переместился на частную, родился великий режиссерский театр, утвердилось новое представление о спектакле как многосоставном едином целом, существенно обновилось актерское искусство.

Театр до Островского, ориентировался на западноевропейскую традицию и предпочитал ставить «роскошные обстановочные» спектакли, но Островский положил начало принципиально новому соотношению сцены и жизни, театральной условности и жизненной естественности.

Когда Островский начинал свою деятельность, стала чувствоваться особенно остро. К середине века в связи с историческими процессами, происходившими в русском обществе (развитие капиталистических отношений и вследствие этого - расширение социальной базы освободительного движения), у драматического искусства появилась более широкая аудитория. Театральная публика заметно демократизировалась. Расширяется круг грамотных людей, быстро растет прослойка разночинной интеллигенции, в театр приходит и купечество. В 80-е годы, борясь за создание в Москве общедоступного дешевого театра с серьезным репертуаром, Островский уверен, что в числе зрителей будет не только трудовая интеллигенция, но и «хозяева ремесленных заведений» и рабочие. Приход в театр новой публики создавал острую потребность бытовой драматургии, в пьесах, говоривших бы этой публике о ее собственной жизни, отвечавших ее духовным запросам. Но Островский, отлично понимая это, в соответствии с лучшими традициями русской литературы считал, что театр должен не просто идти навстречу запросам и вкусам публики, но и формировать их, активно влиять на нравственный и эстетический уровень зрителей. Задачей своей жизни он считал создание русского национального театра, который был бы демократическим и просветительским художественным учреждением. В этом Островский уже в молодости видел свой нравственный долг. Такое понимание жизненной цели было тесно связано с общей мировоззренческой позицией писателя.

После нескольких лет духовных исканий мировоззрение А. Н. Островского окончательно сложилось в эпоху революционной ситуации, предшествовавшей отмене крепостного права, и в основных своих чертах оставалось неизменным до самой смерти драматурга. А также Островский развивал общественную комедию.

Открытие социального слоя – купечества. У Островского всегда герои разделены на лагерь добра и лагерь зла. Есть всегда «палач» и «жертва». Обязательно есть центральный герой, который вызывает сочувствие. Островский сказал новое слово в драме, т.к. он учитывает театр. Актер вызывает те эмоции, которые захотел автор заложить в них. Гоголь считал, что конфликт, завязка должна быть в начале. У Островского пьесы начинаются часто с каких-то побочных событий. У островского пространная экспозиция в пьесе. Много побочных сцен. Островскому важно создать атмосферу, среду в которой закономерно развивается этот конфликт.

Островский с самого начала хотел изменить театр, сделать его ближе к народу. Неоднократно драматург писал проекты и записки о необходимости реформ русского театра в различные правительственные учреждения. И в 1885 году он был назначен заведующим репертуарной частью московских театров и начальником театрального училища. Островский не просто создавал новые произведения – он основал национальный театр. Его искусство оказало влияние на формирование сценического мастерства актёров.

Островский создал свою публику, ведь драматическая поэзия всегда была ближе народу. Всякие другие произведения пишутся в основном для образованных людей, а драмы и комедии для простого человека. Преобразовал мир театра, реформировал его основы и главные принципы. Пьесы о жизни простых людей исключали нарочитую театральность и пафос. Напротив, требовалось искать новые решения и формы. Каждая пьеса А.Н. Островского наполнена загадкой.

Александр Николаевич говорил о том, что на сцене нужно показывать не только в экстремальные ситуации, но и обычных людей в обычной жизни, их психологические переживания и драмы. В своих постановках он решительно отказывался от эффектных сценических приемов, которые тогда пользовались популярностью у публики. Впервые героями стали не исторические деятели и дворяне, а самые обыкновенные люди с невысокими страстями и проблемами, о которых было не принято говорить в приличном обществе. Именно с театра Островского принято вести отсчет русского театра в его современном понимании.

Александр Николаевич отмечал, насколько важны для успеха пьесы правильно подобранный актёрский состав и качественная игра исполнителей.

Для постановок Островского характерна сложность и многосоставность конфликтов, его стихия - это социально-психологическая драма, комедия нравов. Особенности его стиля - это говорящие фамилии, специфические авторские ремарки, своеобразные названия пьес, среди которых часто употребляются пословицы, комедии на фольклорных мотивах.

Конфликт пьес Островского в основном строится на несовместимости героя со средой. Его драмы можно назвать психологическими, в них присутствует не только внешний конфликт, но и внутренний драматизм нравственного начала. Он писал пьесы для народа, создавая героев, похожих на своих зрителей. Люди физического труда, жертвы произвола, городские и деревенские жители, не принадлежащие к высшим сословиям, открывали для себя мир театра, узнавая в героях самих себя. Подобные типажи изображались и предшественниками драматурга, но именно в пьесах Островского у них было право голоса, право на проявление чувств и эмоций.

Островский ответственно относился к своей роли в создании русского театрального репертуара. Он видел в театре школу воспитания нравов, стремился к правдивому изображению жизни. Он хотел, чтобы театральное искусство стало общедоступным. Имя Островского носит Малый театр, показывая его заслуги.

И значение Островского в развитии русского театра невозможно переоценить. Он создал блестящий русский национальный репертуар: 47 оригинальных пьес и 8 пьес в соавторстве. Новаторство его пьес проявилось и в содержании (демократизация тематики и персонажей), и в форме (смещение жанровых границ, органическое слияние комизма и сильного драматизма, эпичности и напряженной драматичности действия), и в характере конфликта, который рождался в его пьесах из драматизма самой жизни.

За прошедшие полтора века театр прошел еще через множество революций, открытий, экспериментов. Но пьесы Александра Николаевича по-прежнему играют, и не только в юбилейный год. Многие современные авторы и постановщики могут назвать себя последователями Островского. Это все те, кто работает в русле национального реалистического театра. Кто в поисках вдохновения, сюжетов и характеров просто внимательно осматривается по сторонам.

Среди тех, кто пошел по следам Островского, и Антон Чехов. И дело не только в общем методе, но и в прямых переключках: например, «Лес» Александра Николаевича Островского повлиял на сюжет и композицию чеховского «Вишневого сада».

Лучший способ убедиться в том, что Островский по-прежнему интересен и актуален, - прочитать одну из его пьес. Например, «Пучину». О ней Чехов однажды отозвался так: «Пьеса удивительная. Последний акт — это нечто такое, чего бы я и за миллион не написал. Этот акт целая пьеса и, когда я буду иметь свой театр, то буду ставить только этот один акт».

Осмысление драматургической системы А. Н. Островского позволяет говорить о такой особенности национального характера, как бытовое актерство, подмеченное писателем в различной социальной среде. Феномен «актерства» рассматривается в работе как действия, основанные на игровом начале, позволяющие человеку вести себя в соответствии с заданным образом в обстоятельствах, предлагаемых той или иной ситуацией.

Глубочайший психологизм драматурга проявился в освещении разных граней актерства: обман ради наживы, показное поведение для создания желаемой видимости, подыгрывание собеседнику, корыстное оболъщение, разоблачающее скоморошество, злые шутки и шутовство как средство психологической защиты личности, тонкий артистизм, а также различные уровни собственно театрального творчества (любительское, ремесленническое, профессиональное актерство).

Как создатель национального репертуара и знаток театральной жизни, Островский поднял в своих произведениях важнейшие проблемы театральной жизни: эстетические (манера исполнения, уровень мастерства), социальные (качество образования, отношение общества к деятелям искусства), психологические (взаимоотношения внутри театральной среды, между актерами и публикой).

Список использованных источников:

1. Андреев, И.М. *Творческий путь А.Н. Островского*. - М., 1989. -231 с.
2. Журавлёва А.И. *А.Н. Островский – комедиограф*. - М., 1981. -187 с.
3. Журавлёва А.И., Некрасов В.Н. *Театр А.Н. Островского*. - М., 1986. – 95 с.
4. Казаков Н.Ю. *Жизнь и творчество А.Н. Островского*. - М., 2003. – 131 с.
5. Лакшин В. *Театр А.Н. Островского*. - М., 1985. – 233 с.

ТЕМА ПАТРИОТИЗМА В РОМАНЕ-ЭПОПЕЕ "ВОЙНА И МИР"

*Гонезжук Азамат Казбекович
Величко Арсений Николаевич*

*Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Толстой Лев Николаевич – один из наиболее известных русских писателей и мыслителей, участник обороны Севастополя, просветитель, публицист, религиозный мыслитель, создатель религиозно-нравственного течения – толстовства.

Родился будущий писатель 9 сентября 1828 года в Ясной Поляне, Тульской губернии. Рос в богатой аристократической семье. В семье было четыре ребенка. Отец – Николай Ильич Толстой, был офицером, мать урожденная княжна Волконская. Мать умирает, когда Льву Николаевичу было меньше двух лет. Отец тоже уйдет из жизни через 7 лет. Детьми занималась

тетя – графиня Александра Остен-Сакен, но и ее в скором времени не станет. Тогда дети переедут к другой тете – Пелагее Юшковой.

Детские воспоминания всегда оставались для Толстого самыми радостными: семейные предания, традиции, первые впечатления от жизни в дворянской усадьбе были отображены в произведениях писателя, особенно в автобиографической повести «Детство».

Роман-эпопея – это литературный жанр, сюжет, которого охватывает масштабные исторические события, большое по объему, часто состоит из нескольких томов, охватывает большой промежуток времени. На страницах произведения часто проходит несколько эпох или жизнь не одного, а нескольких поколений.

До Льва Толстого роман-эпопея, как жанр, не был особенно распространен. Романы такого жанра характеризуются объемностью, множеством персонажей и широтой охвата исторических событий. Этот жанр требует значительного времени и усилий со стороны автора для создания проработанного сюжета, многочисленных персонажей и их сложных взаимоотношений.

Лев Толстой оставил свой неизгладимый след в истории литературы, написав роман "Война и мир". Это грандиозное произведение, опубликованное в середине XIX века, является одним из самых известных и влиятельных романов-эпопей в мировой литературе. Толстой сумел прекрасно сочетать исторические события с жизнью и судьбами отдельных персонажей, создавая таким образом эпический и масштабный рассказ о войне и любви.

Писатель изучает многочисленные русские и зарубежные источники об Отечественной войне 1812 года, встречается с её участниками, а в сентябре 1867 года посещает Бородинское поле, составляет карту сражения. Именно в этот период возникло нынешнее название произведения — «Война и мир», а сам роман получил окончательное оформление, соединив черты многих жанров. Бородинская битва становится кульминацией романа.

С несомненной симпатией Толстым показана независимая и гордая семья Болконских. Автор считает эту ячейку общества идеалом достоинства, чести, гордости, самопожертвования, идеалом воспитания личности. В огромной эпопее Толстого есть несколько героев, судьбу которых он раскрывает особенно внимательно. К числу их принадлежат прежде всего Андрей Болконский и Пьер Безухов.

Концепция патриотизма является одной из важнейших тем в романе Льва Толстого «Война и мир». В произведении автор представляет различные формы и проявления патриотизма, а также его влияние на жизнь и судьбы отдельных героев.

В начале романа Толстой изображает патриотизм как горячую преданность родине и государству. Он представляет патриотическое чувство, которое движет молодыми российскими офицерами на поле битвы. Например, герой Андрей Болконский вступает в армию с полным энтузиазмом и готовностью служить своей стране. Однако в процессе войны Толстой показывает, что патриотизм может иметь и свою тёмную сторону. Автор резко критикует военные действия, затрагивая тему войны, как нечеловеческое и разрушительное явление, которое несёт боль и страдание для многих. Он показывает, как патриотические идеалы превращаются в угрозу для народа, ставя на кону жизни людей.

Толстой также подчёркивает, что патриотизм должен основываться на истинных ценностях и добродетелях, а не на слепой вере и насилии. Герои, которые основывают свой патриотизм на искренней любви к своей стране и готовности действовать в ее интересах, показываются в романе в положительном свете. Это видно в персонажах Пьера Безухова и Наташи Ростовской, которые в своих поступках проявляют истинный патриотизм и преданность своей родине.

Таким образом, роман «Война и мир» представляет диалектику патриотизма и отображает его различные аспекты. В работе Толстого патриотизм рассматривается, как сложное и многогрannый чувство, способное вдохновлять людей на подвиги, но также и вызывающее вопросы о ценности и целесообразности войны. Львом Толстым был высказан один из главных посылов произведения – патриотизм должен основываться на гуманистических идеалах и нести в себе не только любовь к родине, но и заботу о людях.

Тема патриотизма в романе «Война и мир» отражается через высказывания различных персонажей. Некоторые цитаты подчеркивают, что Отечество – это родина, связанная с нашими предками и будущими поколениями, единая вера, язык, наука и искусство, которые характеризуют наш народ. В то же время в романе присутствуют высказывания о войне, испытываемом патриотизме и о проблемах и трудностях, которые он может вызвать. Некоторые персонажи реализуют свою любовь к Отечеству, вступая в военную службу и стремясь к победе, в то время как другие задаются вопросами о смысле и последствиях войны.

Толстой не забывает о сложностях и противоречиях, связанные с патриотическими чувствами. Он показывает, что патриотизм может иметь разные проявления и интерпретации, и иногда вызывает вопросы о справедливости и последствиях войны. Автор через персонажей романа передает сложность и многогранность патриотических идей, включая противоречия между служением Родине и вопросами морали и человеческой жертвенности. Это позволяет читателю задуматься о глубинных вопросах, связанных с патриотизмом, и понять, что это сложное и многогранное явление, которое не всегда имеет однозначные ответы.

В романе «Война и мир» Льва Толстого мы встречаем множество персонажей, которые проявляют истинное патриотическое чувство на полях сражения. Несмотря на разнообразие характеров и мотиваций, эти персонажи объединены общей верой в Отечество и готовностью бороться за него.

Одним из ярких примеров является герой романа, князь Андрей Болконский. Он изначально не был военным человеком, но события войны приводят его к активному участию в военных действиях. Андрей отличается проницательностью, бесстрашием и глубоким пониманием того, что на кону стоит его Родина. Он сражается на поле Аустерлица, где, несмотря на невероятные опасности, проявляет решимость и храбрость. Его патриотическое чувство направлено не только на саму физическую защиту Отечества, но и на создание справедливой и процветающей России.

Еще одним примером является Николай Ростов, который сражается во время войн с Наполеоном не только из-за своего обязательства перед Отечеством, но и из-за стремления подтвердить свою мужественность и отвагу. Несмотря на свою юность и неопытность, Николай отличается страстным патриотизмом и готовностью пожертвовать своей жизнью ради России.

Кроме того, роман представляет нам и других патриотов на полях сражений, таких как Пьер Безухов, который несмотря на свои физические ограничения принимает участие в битве на Бородинском поле, и множество других персонажей, которые своими действиями и верой в Россию доказывают свою приверженность Отечеству.

Роман «Война и мир» является богатым источником, в котором мы можем найти различные примеры истинных патриотов на полях сражения. Он показывает, что патриотическое чувство проявляется не только в героических поступках, но и в вере в прогресс и будущее своей страны. Мы также можем найти персонажей, которых можно назвать «ложными патриотами» – тех, кто заявляет о своей преданности Отечеству и патриотических идеалах, но фактически не выражает этой преданности на деле.

Один из таких персонажей – Василий Курагин. Он является человеком высокого общества, но своим поведением и отношением к военной службе он не оправдывает ожиданий, связанных с его статусом. Василий не проявляет настоящей любви и преданности к своей стране – его основными интересами являются роскошь, удовольствия и собственные удобства. Он избегает активной участия в боевых действиях и ориентируется на свою личную выгоду и комфорт.

Толстой исследует образы «ложных патриотов» в романе, чтобы продемонстрировать разрыв между героическим идеализмом и реальностью военной жизни. Эти персонажи служат контрастом к настоящим героям, которые проявляют истинную преданность и смелость на поле битвы. Такие «ложные патриоты» помогают узреть различие между поверхностными заявлениями и подлинными поступками, между теми, кто говорит о любви к Родине, и теми, кто действительно служит ей во благо.

В романе «Война и мир» присутствуют два важных и противоположных персонажа – Михаил Илларионович Кутузов и Наполеон Бонапарт. Оба этих генерала играют важную роль в сюжете и представляют различные стороны военного лидерства и стратегии.

Кутузов – мудрый русский командующий, прославленный своими военными успехами. Он изображается как тот, кто воплощает настоящие ценности и принципы, связанные с отечественной службой. Кутузов – символ настоящего патриотизма, отдавшего силы и здоровье во благо России. Он отличается умом и тактичностью в принятии стратегических решений. Кутузов стремится сохранить целостность России в русско-французской войне, минимизируя потери среди своих солдат.

Наполеон Бонапарт – французский император и военный стратег, который воюет против России. В романе Наполеон изображается как амбициозный и жестокий лидер, стремящийся к мировому господству и политической грандиозности. Он несет на себе характер военной агрессии и империализма. Толстой показывает его обособленность и отчужденность от войны, пропуская его настоящее состояние души и его реальные мотивы.

Взаимодействие этих двух персонажей в романе является одним из главных аспектов. Кутузов представлен как стратегический гений, который руководствуется глубокими знаниями и опытом, а Наполеон – как величественный и властный правитель, чьи действия определяют ход войны. Толстой показывает, что исторические события зависят не только от действий отдельных личностей, но и от сложных процессов и обстоятельств, включая рассогласование иррациональных человеческих решений.

Оба этих персонажа отражают разные подходы к военному и политическому лидерству, и их взаимодействие служит важной частью анализа войны и ее последствий в романе «Война и мир».

Тема патриотизма, присутствующая в романе-эпопее Л.Н. Толстого «Война и мир», является одной из центральных и актуальных. Через описание событий и персонажей автор обращается к чувству принадлежности к своей стране и глубоко рассматривает идею патриотической любви, верности отечеству.

Толстой показывает, что патриотизм выражается не только в военных подвигах и героических поступках, но и в скрытой и тихой работе обычных людей, которые, солидарно объединившись, стремятся создать единую и процветающую Россию. Через персонажей романа автор передает идею возможности перемены, покажет связь событий на политической арене с деятельностью отдельных героев, их выбором и поступками.

Автор утверждает, что настоящий патриотизм заключается не только в служении своей Родине, но и в бескорыстной любви к ее истории, культуре и людям. В романе автор пропагандирует идею, что патриотизм – это ответственность каждого гражданина и стремление делать все возможное для блага своего народа и страны.

Таким образом, роман-эпопея Л.Н. Толстого «Война и мир» воплощает и поднимает насущную тему патриотизма, помогает понять его важность и дает возможность задуматься над своей ролью в становлении и развитии Родины. Это великое произведение вносит свой вклад в формирование нашего понимания и приверженности патриотизму, и остается актуальным и вдохновляющим для поколений.

Список использованных источников:

1. Бирюков П.И. *Биография Л.Н. Толстого. Том 1.* / П.И. Бирюков – Москва, 2000. – 1142 с.
2. Маймин, Е.А. *Лев Толстой. Путь писателя* / И.Л. Вершинин, Е.Е. Дмитриева-Маймина – Псков, 2015. – 904 с.
3. Толстой, Л.Н. *Война и мир* / Художественная литература – Москва, 1984. – 724 с.
4. Толстой, Л.Н. *Собрание сочинений* / Н.А. Самохвалова – Москва, 1987 – 399 с.
5. Хализев, В.Е. *Роман Л.Н. Толстого «Война и мир»* / В.Е. Хализев, С.И. Кормин – Москва, 1983 -112 с.

ЧЕЛОВЕК С БОЛЬШОЙ БУКВЫ

*Жигалка Дарья Николаевна
Руководитель: Газарянц Анна Карапетовна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Нередко мы можем услышать выражение «Человек с Большой буквы». Но часто ли мы задумываемся, кого мы можем так назвать?

Человек с Большой буквы - это человек с высокими моральными ценностями, заслуживающий уважение. Такие люди всегда стремятся развиваться, получать новые знания и помогать в этом окружающим. «Человек с Большой буквы» никогда не будет бездействовать. Его жизнь - это непрерывная работа над собой и преодоление, поставленных целей. Такой человек любит не только своих близких, но и всех окружающих его людей.

Мне посчастливилось родиться и вырасти в одной станице с таким Человеком с Большой буквы, о котором мне хотелось бы рассказать.

Наверное, нет ни одного человека в нашей станице, который не слышал бы о Нохе Алаудиновиче Султанове - нашем земляке, известном краеведе и заслуженном журналисте Кубани. Лауреат Краснодарского краевого журналистского конкурса в номинации "Золотое перо Кубани" (1999)., награжден медалью "60 лет Победы в Великой Отечественной войне (2006).

Ноха Алаудинович родился далеко отсюда в Казахстане, в городе Джезказгане в 1948 году, затем семья переехала в родную Чечено-Ингушскую республику. Ноха Алаудинович из многодетной семьи, их в семье было 8 детей. Отец работал слесарем на заводе, мать уборщицей в магазине, но у них хватало сил давать детям любовь, заботу, образование. После окончания школы Ноха поступил в Чечено - Ингушский пединститут, где и встретил свою судьбу Нину Федоровну, самую красивую девушку на курсе. После окончания института они вместе с супругой переехали на родину жены. Так волею судьбы в 1971 году Ноха Алаудинович и оказался в станице Новоминской.

Станица и ее жители еще не знали, как им повезло, что скоро будут раскрыты многие ее тайны, описаны военные и трудовые подвиги ее жителей. Он мог начать работать в школе, и кто знает, стал бы Ноха Алаудинович тем, кем является сейчас? Но, уже имея за плечами к тому времени небольшой журналистский опыт, он был приглашен редактором станичного радио, а через несколько месяцев стал уже редактором газеты «Кировец», где и работает в настоящее время. Работа в редакции газеты позволила собрать и накопить сведения о станице, ее жителях, по редакционным заданиям он ездил в командировки по местам боевой славы А.В.Гусько, работал в архивах. Павел Иванович Копыльцов, работавший диктором Новоминского радиовещания, изучив весь накопленный материал, посоветовал выпустить книгу. Так увидела свет первая книга Нохи Алаудиновича «Орлы умирают в полёте», посвященная жизни и подвигу нашего земляка - Героя Советского Союза Алексея Васильевича Гусько. Из этой книги новоминчане узнали о совсем молодом мальчишке, ушедшем на фронт в неполные 17 лет. Герой - артиллерист погиб 1 апреля 1945 года при освобождении чехословацкого города Трнава. Получив ранение и оставшись в одиночку из всего оружейного расчета, он продолжал вести огонь и ценою собственной жизни остановил танковую колонну. Тема войны является главной в литературном творчестве журналиста. Из двадцати книг, выпущенных автором, девять повествуют о событиях Великой Отечественной войны. Почему эта тема так волнует автора, вот что он говорит об этом: «Мы - последнее поколение журналистов, которое застало поколение победителей и знает правду о Великой Отечественной войне от её непосредственных участников. То, что выпало пережить нашему народу в беспокойном XX веке, мы обязаны сохранить для потомков!» Это человек удивительной скромности. О себе он говорить не любит, не смотря на то, что является автором около двадцати книг, зато без усталости и с

гордостью он повествует об уроженцах станицы Новоминской. И словно в подтверждение этого, перелистывая страницы одной из первых книг «Расскажи мне о станице», я невольно останавливаюсь и читаю: «Уроженцам станицы Новоминской, да и просто её жителям повезло: славная история, крепкая, основательная жизнь, а самое главное богатство - люди, которых все называют ласковым словом: труженики». С какой теплотой и заботой пишет о них писатель, горячо любящий нашу станицу.

С помощью книг Нохи Алаудиновича можно совершить удивительную и неповторимую экскурсию по улочкам родной станицы, узнать, как они назывались раньше, что находилось в старинных зданиях и кому они принадлежали. Но можно отправиться не только на виртуальную экскурсию по страницам книг, но и в реальный историко-этнографический музей основателем, экскурсоводом и директором, которого является также Ноха Алаудинович Султханов. Среди экспонатов музея есть предметы утвари казаков, зал боевой славы станицы Новоминской, зал трудовой доблести новоминчан.

В 2021 году в свет вышла новая книга Н.А.Султханова «Последний казак императрицы», материал которой автор собирал на протяжении нескольких десятилетий. Впервые о телохранителе царской семьи Тимофее Ящике Ноха Алаудинович услышал в далёком 1975 году. Однажды во время отдыха на речке с друзьями-станичниками один их шоферов колхоза имени С.М. Кирова похвастался особой реликвией хранящейся в его семье. Это были серебряные часы с цепочкой, на которых было выгравировано: «Адъютанту Его превосходительства генерала Голицина - Тимофею Ящику».

В том же месяце Ноха Султханов рассказал об этой удивительной истории радиослушателям. На передачу пошли отклики, и краевед услышал удивительную историю о том, как в начале революции в Новоминской гостили царские особы. Легенда или быль? Об этом стало известно только спустя много лет. Если бы не творческое любопытство, настойчивость и трудолюбие Нохи Алаудиновича, мы никогда не смогли узнать историю о царском телохранителе - казаке Тимофее Ксенофонтовиче Ящике, охранявшем Марию Фёдоровну, мать Николая II, и приютившем в нашей станице княгиню Ольгу Романову – Куликовскую с её семьёй.

Н.А.Султханов рассказал о пути кубанского казака в Общеказачьей газете в статье «Казак Тимофей Ящик» Тимофей стал настоящим символом воинской верности и безоговорочного следования присяге, потому что Верный Сын России полагал, что казаки присягают лишь раз в жизни! Он остался верен присяге до конца!

Современному поколению следует учиться патриотизму, любви к Родине на примере таких героев. В станице Новоминской установлен памятный камень на месте хаты казака Т.К. Ящика – это напоминание нам о смысле служения Родине.

Общаясь с Нохой Алаудиновичем, я понимаю, что и он Верный Сын своей Родины, любящий её беззаветно. Он словно одержим поиском новых сведений и материалов. Кажется, что он знает все и обо всех в нашей станице, но он не останавливается, так как у него уже есть задумки и планы на написание следующих книг.

В одной из книг я прочитала: «Яркие личности, подобно звездам, освещают пространство вокруг себя. Счастлив тот, кто прикоснулся к этому свету...» Мне кажется, что таким светом для нас, новоминчан, явился Ноха Алаудинович Султханов. Хочется сказать огромное спасибо от лица неравнодушных к своей истории станичников замечательному человеку, подходящему к своему делу с невероятным энтузиазмом. Спасибо за то, что он подарил нам возможность прикоснуться к прошлому своей малой родины, за то, что он, по крупицам собирая материал, создал бесценный дар для всех поколений. И я очень горжусь тем, что живу в одной станице с таким человеком, который будет служить своей Родине до конца.

Список использованных источников:

1. Султханов Н.А. *Земляки, пропахшие порохом...(Новоминская: 1941-1945 годы)/ Н.А. Султханов– Краснодар: «Советская Кубань», 2005.- 305 с.*

2. Султханов. Н. А. Орлы умирают в полете/ Н.А. Султханов - Краснодар: «Советская Кубань», 1990.- 101 с.
3. Султханов. Н.А. Помни, мир спасённый!/ Н.А. Султханов– Краснодар: «Советская Кубань», 2000.- 278 с.
4. Султханов Н.А. Последний казак императрицы/ Н.А. Султханов- Краснодар: ООО «Каневские зори», 2021.- 257 с.

РУССКИЙ СИМВОЛИЗМ КАК ОДНО ИЗ ЗНАЧИМЫХ ТЕЧЕНИЙ В ЛИТЕРАТУРЕ

*Насыпайко Дарья Сергеевна
Гуцина Илона Юрьевна
Руководитель: Таратина Шарифет Владимировна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Символизм представляет собой одно из наиболее значимых явлений в русской литературе. Его зарождение пришлось на период кризиса, начавшегося в России в конце XIX-начале XX века, его по праву относят к культуре Серебряного века нашей страны. Суть символизма заключается в использовании символов и метафор с целью передачи глубокого смысла и эмоционального состояния. Символисты отказывались от ясной и прямой речи, отдавая предпочтение загадочности и неопределенности. Их стремление заключалось в создании особой, необычной атмосферы, пропитанной тайной и мистикой, в отражении внутреннего мира человека, его мыслей, эмоций и чувств.

Основными чертами символизма являются:

- концепция двух параллельных реальностей (материальной и метафизической);
- понятие о существовании двух различных сфер (земной и духовной);
- концепция параллельных миров;
- выражение реальности через символы;
- уникальное понимание интуиции в качестве посредника в понимании и представлении окружающей реальности;
- создание звукового образа как специального поэтического метода;
- эволюция звукового описания в качестве уникального литературного средства;
- формирование звукового портрета как особого поэтического приема;
- мистическое постижение мира;
- стилистический прием, заключающийся в использовании многопланового содержания (сокрытые значения, намеки);
- поиск духовности («индивидуальное религиозное ощущение»);
- отрицание реализма.

Характерные признаки символистского направления:

- индивидуализм;
- идеализм;
- осознание глубокой печальности существования, кризиса современной русской реальности;
- романтические поиски смыслов;
- цельное и органичное строение поэтического произведения;
- смысловая и композиционная целостность поэтического текста;
- гармоничное сочетание содержания и формы в поэзии;
- интегрированность и цельность поэтической композиции;

- преобладание общего над частным;
- каждый автор имеет свою уникальную тематическую циклизацию в своем творчестве
- мифологические образы, сочетающие в себе поэтический и философский аспект (к примеру, образы Софии и Вечной Женственности, которые были использованы В. Соловьевым);
- основные образы (как например, образ метели или вьюги, преобладающие в творчестве А. Блока).

Толчком в развитии русского символизма стал 1892 год, именно тогда Валерий Брюсов и Дмитрий Мережковский заявили о формировании инновационного течения в литературе. Существует два поколения: первое – старшее, а второе – младшее. К первому относят Дмитрия Мережковского, Константина Бальмонта, Николая Минского, Александра Добролюбова, Валерия Брюсова, ко второму Александра Блока, Вячеслава Иванова, Алексея Белого, Сергея Соловьева и других [4]. Все эти писатели пережили этапы активного развития своей духовной личности, стремились понять встать на пути народной судьбы. У символистов существовали собственные издательства, такие как "Гиф", "Скорпион", а также журналы, например "Золотое руно" и "Весы" [5]. Со временем они сходились в коллективы, в которых делились друг с другом стихами, взглядами и идеями.

Символисты стремились к созданию мистической идеальности, которая выходила за рамки обычного человеческого опыта. Это было особенно заметно в их поэтических произведениях, где они использовали символы и аллегории для передачи собственных идей и эмоций. Вместо того чтобы представлять реальность такой, какой она есть, символисты стремились создавать новый мир, который был полон загадок и тайн. Они верили, что именно так можно передать глубинные мысли, которые не могут выражаться прямым образом. Это позволяло им создавать произведения, которые вызывали у читателей восхищение, в то же время они оставались непостижимыми, отвергающими социально - исторический и конкретно-временной аспекты. Ярче всего символизм проиллюстрирован в произведениях Брюсова «Каждый миг» и Мережковского «Бог».

Рассмотрим стихотворение Дмитрия Мережковского. В своем известном произведении "Бог", автор осмысливает религиозные поиски русского символизма, что делает его одним из самых ценных поэтов этого течения.

Данное произведение отражает основной аспект символизма – присутствие другого мира, который недоступен человеческому глазу. Лирический герой поэта обрел это понимание и выражает благодарность Богу за шанс взглянуть на то, что всегда ощущал в своем сердце.

Мережковский использовал разнообразные символы, чтобы выразить свои мысли и эмоции. Одним из основных символов является само название стихотворения – "Бог". Здесь автор обращается к высшей сущности, которая превосходит человеческое понимание и восприятие. Бог становится символом необъяснимого, загадочного и величественного.

Далее Мережковский использует символы природы, чтобы передать свои мысли о Боге. Он описывает природные явления, такие как гроза, молния, гром, чтобы показать мощь и величие Божества. Гроза становится символом Божьего гнева, молния – символом его силы, а гром – символом его голоса. Все эти символы помогают автору выразить свои мысли ощущения и эмоции, вызванные представлением о Боге, порождают размышления о различных символах.

В стихотворении прослеживаются символы света и тьмы, которые имеют глубокое значение. Свет символизирует добро, истину и мудрость Бога, в то время как тьма олицетворяет зло, неведение и грех. Автор показывает, что Бог является источником света, который проникает в каждый уголок мира и трансформирует его.

Крест также является одним из символов, используемых Мережковским. Он символизирует жертву, любовь и спасение, и автор показывает, что через свою жертву на кресте Бог спасает человечество и дарит возможность обрести истинное счастье и спасение.

Таким образом, стихотворение "Бог" Александра Мережковского представляет собой прекрасный пример символизма. Автор использует множество символов, чтобы передать свои мысли и чувства о Боге. Природа, свет, тьма и крест помогают создать образ Божества, выходящего за рамки человеческого понимания и восприятия. Это стихотворение заставляет задуматься о величии и таинственности Бога, его роли в жизни человека и значении веры.

Поэт-символист Константин Бальмонт превозносил личность в полной отдаче своим желаниям и вне временных рамок: «Человек существует вне общественного развития, для поэта не существует прошлого и будущего». О том же говорит и Валерий Брюсов: «В случае, если этот же художник появился бы спустя два столетия, он бы выразил то же самое, хотя и в измененном облике, но все равно то же самое». Литературный критик Эллис определил данный подход как "индивидуализм, пронизанный искусством". Эта концепция характерна как для старших поэтов данного направления, так и для младших. Однако такой подход к индивидуальности, которая на самом деле сталкивалась с реальным миром, не мог не вызывать глубокого чувства трагедии в жизни и особого творческого пессимизма. Аким Волынский заметил, что трагедия заключается в самой основе существования – в индивидуализме. Он утверждал, что понимание мира через трагедии является единственно верным и возможным, поскольку трагически разрешается отношение между индивидуальной частью личности и безымянным началом божества. Одновременно с этим подчеркивание индивидуальности было связано с гуманистической концепцией человека, хотя и с трагическим оттенком.

Мы можем сделать вывод, что символизм в литературе был важным и интересным явлением. Символисты оказали огромное влияние на развитие литературы и искусства и до сих пор являются важным источником вдохновения для многих творцов. Они старались передавать не только внешний мир, но и внутренний мир человека. Множество писателей и художников заимствовали их концепции, что способствовало появлению нового стиля и подхода к творчеству, основанных на символах и метафорах, которые передавали глубокий смысл и эмоциональное состояние.

Список использованных источников:

1. Богомолов Н.А. *Вокруг «Серебряного века»: Статьи и материалы.* / М.: Новое литературное обозрение, 2010. — 720 с.
2. Воскресенская М. А. *Символизм как мировидение Серебряного века: Социокультурные факторы формирования общественного сознания российской культурной элиты рубежа XIX-XX веков* / М.: Логос, 2005. – 236 с.
3. Д. Мережковский *Символы* / М.: TSRUGRAM, 2018. - 402 с.
4. Жуйкова Е. *В Серебряный век русской поэзии* / 2023. - 344с.
5. <https://bigenc.ru>

О ЖИЗНИ Л.Н.ТОЛСТОГО

*Новикова Милла Эдуардовна
Руководитель: Газарянц Анна Карапетовна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Лев Николаевич Толстой (1828-1910) – русский писатель, мыслитель и просветитель, чье творчество стало одним из самых значительных в мировой литературе.

Родился Толстой 9 сентября 1828 года в Ясной Поляне, Тульской губернии, в аристократической семье. Получил домашнее образование, в том числе и музыкальное. В 1844 году поступил в Казанский университет на факультет восточных языков, но вскоре ушел оттуда и вернулся в Ясную Поляну.

В 1851 году Толстой уехал на Кавказ, где участвовал в войне с чеченцами. Именно во время проживания на Кавказе родилась его повесть под названием «Детство», которую напечатал журнал «Современник». Вслед за этим молодой литератор создал продолжение истории, которые получили название «Отрочество» и «Юность». Эти повести были объединены в трилогию. Дебют в литературе удался, и дал мощный толчок к развитию творческой биографии. Лев Толстой стал известным писателем.

Лев Толстой автор романа-эпопеи «Война и мир»

В 1862 году Толстой переехал в Москву, где написал роман “Война и мир”, который принес ему мировую славу. Роман писался в те годы, когда сам писатель жил счастливой семейной жизнью и ощущал прилив душевных сил. Многие герои его произведения имели прототипов в реальной жизни, или соответствовали хотя бы некоторым характеристикам родных и знакомых самого Толстого. Так княжну Марью Болконскую писатель точно «срисовал» со своей матери – женщины с блестящим образованием и творческими наклонностями. Персонаж Николай Ростов очень напоминал отца Льва Николаевича, он получился такой же насмешливый, любитель охоты и чтения.

Во время работы над романом, Толстой проделал тяжёлую работу. Ему пришлось изучать архивы, читать переписку между Толстыми и Волконскими, даже выезжать на Бородинское поле. К процессу Лев привлек и молодую супругу – в ее обязанности входило переписывание черновиков набело.

От чтения романа невозможно было оторваться, читатели были просто поражены описанием массовых сцен и раскрытием тонкостей человеческих душ. Сам писатель говорил, что он пытался написать историю русского народа.

Толстой любил детей, и создал для них немало поучительных сказок и рассказов, которые так и дышали добротой. Из - под его пера вышли сказочные истории под названием «Два брата», «Котенок», «Лев и собачка», «Еж и заяц».

Он также активно занимался благотворительностью и просвещением, создав школу для крестьянских детей.

С 1881 года Толстой стал уделять все больше внимания религиозным и философским вопросам, что привело его к разрыву с официальной церковью.

Это видно из произведений: «Крейцерову сонату», «Смерть Ивана Ильича», «После бала», «Отец Сергей».

Впоследствии Толстой разработал учение ненасильственного сопротивления злу, и последние три десятка лет его жизни его почитали, как духовного и религиозного лидера.

28 октября 1910 года Толстой, тайно от семьи покинул Ясную Поляну, в дороге заболел и был вынужден сойти с поезда на маленькой железнодорожной станции Астапово. Здесь в доме начальника станции, он провёл последние семь дней своей жизни.

К началу XX века и еще при жизни Толстой стал легендой. В глазах русского общества и всего просвещенного мира он был чем-то несравненно большим, чем просто литератор, пусть даже самый выдающийся. Апостол нового вероучения для одних, он для

других был примером безоглядного обличения всех язв русской жизни, воплощением неофициальной власти совести и слова.

Одиноким пророком, он умел и смел громко выговаривать правду, неприятную правительству и церкви, идущую наперекор сословному и национальному предрассудку. Его суда боялись, к его голосу прислушивались; гордились, что живут в одно время с таким человеком-гигантом.

Помощь Толстого голодающим, протесты против смертной казни, его отлучение Синодом от церкви, наконец, его уход из Ясной Поляны и смерть в пути становились событиями, обсуждавшимися в каждой грамотной русской семье.

На рубеже XX века публику все более интересовали личность и лицо творца. И русские буржуазные газеты (среди них одна из первых - "Новое время") хорошо это поняли и этим воспользовались. Идя навстречу жадному желанию публики знать о Толстом больше, знать во всякую пору, что он делает, что пишет, о чем думает, как относится к тем или иным современным событиям, редакции и посылали к нему то и дело корреспондентов или пользовались сведениями других лиц - литераторов, учителей, студентов, только что побывавших в Ясной Поляне.

Свежие сведения о Толстом прочитывались жадно, перепечатывались другими газетами и, как правило, становились достоянием всей читающей русской публики. Жизнь людей в конце прошлого и начале нынешнего века шла как бы в постоянном ощущении присутствия Льва Толстого. Публику не по праздному любопытству волновала частная жизнь и привычки, внешность и быт, портрет и мнения автора "Войны и мира" и "Воскресения". Это была инстинктивная попытка понять, какими человеческими силами вызвано к жизни это художественное чудо, чем можно объяснить такую редкостную творящую способность в человеке.

Общественный "феномен Толстого" объяснялся и невольным желанием увидеть в ком-то, сильно подействовавшем на твое воображение, защитника, образец и жизненный пример. Внимание к мелочам быта, частностям его вкусов и мнений - не пустой фетишизм, а желание видеть в великом совершенство, возможность прислониться душой к какому-то безусловному авторитету и, в случае крайней нужды, явиться к нему за поддержкой и советом. Пусть это издержки "легенды", всегда творимой вокруг великого имени, но создатели прекрасных книг не могут, как издали кажется, жить подобно заурядным людям - носить те же пиджаки, есть и пить, как все, страдать от житейских пустяков и мучиться нескладами дома и в семье. А когда узнается, что все это при них и гений не защита от конфликтов и бед обыденной жизни, какое-то теплое сочувствие разливается в читателе. И не злорадство, а лишь большее понимание рождает эта похожесть.

Иных отталкивали, а иных привлекали в Толстом его "чужачества": шитье сапог, работа за плугом, вегетарианство, блуза. В отношении же мира мнений, он завоевывал внимание большинства тем, что ничего не боялся, верил лишь искренности и громко, ясно выговаривал вслух то, о чем многие лишь шептались или еще вовсе не успели осознать и подумать. Он мог ошибаться, заблуждаться, преувеличивать - ему прощалось, как никому другому. Не он ли как молотом разбивал общественную рутину, ложь, застой мысли? И за одно это, даже слепо не поклоняясь ему, можно было им восхищаться. Оттого многие годы, при переменах моды на тех или иных беллетристов, журнальных пророков и общественных философов, не иссякал интерес публики к Толстому: ошибочное его мнение казалось ценнее обкатанного профессорского или газетного трюизма. Оттого и у многих людей, даже у самых духовно независимых и сильных современников, каковы, к примеру, Чехов, Блок или Горький, одна мысль о возможной смерти Толстого вызывала сознание огромного духовного сиротства. "- Вот умрет Толстой - все к черту пойдет! - говорил Бунину Чехов. - Литература? - И литература".

А Горький восклицал в неотправленном письме к Короленко: "Не сирота я на земле, пока этот человек есть на ней!"

И Блок писал в статье "Солнце над Россией": "Часто приходит в голову: все ничего, все еще просто и не страшно сравнительно, пока жив Лев Николаевич Толстой... Пока Толстой жив, идет по борозде за плугом, за своей белой лошадкой, - еще росисто утро, свежо, нестрашно, упыри дремлют, и - слава богу. Толстой идет - ведь это солнце идет. А если закатится солнце, умрет Толстой, уйдет последний гений, - что тогда?"

А Брюсов рассуждал, едуци на похороны в Ясную Поляну: "Будущие поколения узнают о Толстом многое, чего не знаем мы. Но как они будут завидовать всем, кто имел возможность его видеть, с ним говорить, сколько-нибудь приблизиться к великому человеку, и даже тем, кто, подобно мне, мог собирать сведения о Толстом от знавших его лично! Теперь, когда Толстого нет, мы начинаем понимать, как много значило - быть его современником!".

Интервью, беседы, репортажи о Толстом, взятые в целом, предстают как факт общественного сознания, восприятия современниками его личности. Даже принимая в расчет отдельные неточности, приблизительную передачу слов Толстого в иных из этих газетных материалов, мы можем представить себе, что думали, что знали о Толстом из русской прессы его первые читатели.

Список использованных источников:

1. Лакшина В.Я. *Интервью и беседы с Львом Толстым* / В.Я.Лакшина. – Москва: Современник, 1987.- 14-16 с
2. <https://biographe.ru/znamenitosti/lev-tolstoi/>(дата обращения 21.01.2024)
3. <https://um.mos.ru/personalities/tolstoy-l-n/>(дата обращения 12.02.2024)

ФЕНОМЕН ДОСТОЕВСКОГО В XXI ВЕКЕ

Васильева Мария Александровна

Руководитель: Ушакова Татьяна Владимировна

*БУПО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
"Нижевартовский медицинский колледж", г. Нижневартовск*

Федор Михайлович Достоевский - величайший мыслитель, писатель и философ мира. Мироззрение Достоевского как таковое может противоречить задаче изучения «искусства слова» [1, с.11], предмету литературоведения.

Его творческое наследие стало источников вдохновения для многих поколений ученых как в научной, так и в культурной сфере в России. Тот факт, что с конца прошлого века и по сей день обсуждаются различные аспекты образов и идей Достоевского в Европе, Азии и Америке, позволяет нам без гиперболизации говорить о том, как универсальна и многогранна личность и творчество этого автора.

В романах Федора Михайловича как нигде более ярко представлены элементы драмы. Каждый персонаж описан очень подробно, и на этом описании можно легко построить так называемую его биографию. В каждом романе представлено письменное описание внешности персонажей, настроение сюжета. Есть и сцены конклава, в которых все персонажи собираются в одном пространстве и времени. А также происходят события, которые меняют сюжет и снимают напряжение. Кроме всего вышперечисленного, главный герой Достоевского – это всегда драматическая фигура, которая претерпевает драматические изменения на протяжении всех его произведений. Все эти элементы делают романы Федора Михайловича законченными драматическими произведениями.

Достоевский на протяжении всей своей жизни был глубоко религиозным человеком, и в его трудах отчетливо прослеживаются Евангельские принципы. Православие для

писателя – это его «всё». Всё это именно искренняя любовь к Богу и ближнему, стремление к добрым и благородным поступкам. Он говорил: «Я не верю и не могу верить, что зло – это нормальное состояние человека» [2, с.102].

Поиск этого самого добра, стремление принести это добро в мир жестокости и несправедливости стали той самой страстью автора, его так называемой «болезнью», причиной бесконечной борьбы, которая отражается на страницах его книг. Достоевский всегда мечтал увидеть и почувствовать всю боль своего народа, как все униженные и оскорбленные однажды поднимутся с колен. Но в тот же момент, в поисках искупления своих героев он всегда сталкивался с отчаянием и безысходностью, которая толкала их на все эти преступления и наказания. Тем самым закон и справедливость представляются в романах как антагонисты.

Федор Михайлович говорил, что люди «как будто теряют свои корни, будто земля ускользает у них из-под ног» [4, стр.83]. Все они будто теряются в пропасти и им необходимо возрождение. И всё это не то, чего можно было бы добиться оружием, давлением и внушением. Это как раз-таки глубоко личный внутренний конфликт, как результат борьбы самим с собою.

Достоевский один из вечных писателей, чьи мысли пророчат на все времена, а его выводы – это уроки, которые актуальны для всех поколений и времён.

Феномен Федора Михайловича заключается в том, что интерес к нему со временем не только не ослабевает, а усиливается со временем. В своих трудах он исследовал, в чём же суть добра и зла; стремление к саморазрушению и самообновлению души; суть и смысл жизни. И на все эти «вечные» вопросы нашлись ответы в произведениях Федора Михайловича Достоевского.

Сам себя классик называл «реалистом в высшем смысле». Он показал, что мы живем не только по физическим законам, но — главное — и по духовным. Что произойдет с человеком, если он откажется признавать наличие Бога? Или решит, что он и есть Бог? Что будет, если строить жизнь на отрицании общепринятой системы ценностей и считать, что все позволено? А что будет, если вместо Бога начать служить какой-то идее? С помощью художественных средств писатель дает ответы на эти вопросы, пусть и не в открытой форме. Свойство гения — никакого дидактизма. Достоевский не поучает, не назидает, а позволяет читателю подойти к выводам самостоятельно.

Достоевский многое предсказал, в том числе и поэтому его книги остаются актуальными. Даже события наших дней перекликаются с сюжетами его книг. В том же романе «Бесы», к примеру, содержатся рассуждения о психологии радикально настроенных людей. В «Преступлении и наказании» Раскольников одержим идеей о сверхчеловеке, который сам может разделять людей на достойных и недостойных жить.

Писатель открывает нам двойственность мира, в котором есть и добро, и зло: «тут дьявол с Богом борются, а поле битвы — сердца людей». Он одним из первых показал, что зло, порок могут быть эстетически привлекательны (и потому более опасны). Однако у Достоевского, автора известного афоризма «Красота спасет мир» [3, стр. 365], позиция была однозначной: спасительной может быть только духовная красота, вдохновленная идеалом Христа. Воплощаясь в любви к ближнему — пусть даже грешному и несовершенному, она становится настоящим спасительным чудом. Важно, что эта позиция находится в рамках традиционного христианства.

Достоевский — это писатель, которого надо читать и перечитывать. При каждом обращении к его произведениям можно обнаружить в них новые, удивляющие своей актуальностью, смыслы. Да, его произведения — исключительно о русской жизни. Но он

раскрыл эту тему настолько глубоко, он настолько ярко и объемно изобразил русского человека, что эта глубина оказалась дорога и ценна для всего мира.

Список использованных источников:

1. Альбов, А.П., Масленников Д.В., Сальников В.П. Русская философия права – проблемы веры и нравственности // Русская философия права. – СПб.: Алетейя, 1999. – С.8.
2. Достоевский Ф.М. Дневник писателя за 1876 г. – СПб., 1879. – С. 242.
3. Достоевский Ф.М. Идиот / Достоевский. – Москва: Эксмо, 2020. – С. 365
4. Синюков В.Н. Достоевский и отечественная правовая ментальность//Достоевский и юриспруденция. – Саратов: СГАПП, 1999. –С. 11-15.

ОРФОЭПИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В НАШЕЙ РЕЧИ

Наумова Варвара Сергеевна

*Руководитель: Лохтякова Наталья Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**Ударение – поистине душа слова.
Отнимите у слова ударение, и его не станет.
Поставьте неправильное ударение –
разрушится всё слово.**
Н. А. Федянина, доктор филологических наук

Умение правильно строить устное общение — необходимый навык современного человека. Причём важно не только то, что мы говорим, но и как мы говорим. Постановка неправильного ударения в словах является одной из самых распространенных ошибок как в речи окружающих нас людей, так и в речи радио - и тележурналистов. Такие распространенные слова, как све'кла, звони'шь, катало'г, украи'нский и многие другие постоянно произносятся с ошибками, а это режет слух, снижает эстетическую ценность русской речи. Акцентологические ошибки, во-первых, затрудняют процесс общения между людьми, переключая их внимание с того, о чем говорится, на то, как говорится; во-вторых, постепенно происходит замена современной литературной речи разговорной речью, просторечной.

Знаменитый педагог В.А. Сухомлинский писал, что «что речевая культура человека – зеркало его духовной культуры». Человек, свободно владеющий русским языком, обязан знать языковые нормы, в том числе и орфоэпические, обязан говорить правильно. Правильная постановка ударения — это необходимый признак культуры речи. Учение о речевой культуре зародилось в Древней Греции и Древнем Риме – в теории и практике ораторского искусства. В России его оригинально осмыслил и развил М.В. Ломоносов.

Орфоэпия как наука, занимающаяся изучением нормативного литературного произношения, появляется в процессе становления национального языка в XVIIв. на основе московского говора. Орфоэпическая норма, основанная на чертах живого народного языка, окончательно сложилась к концу XIX в. С начала XVIII века, когда столицей Русского государства стал Петербург, до конца XIX в. формировалось петербургское произношение, характеризующееся сохранением в устной речи особенностей написания, книжностью. Оно не стало литературной нормой, но некоторые его особенности оказали влияние на развитие литературного произношения. Нормой продолжало считаться московское произношение. После 1917г. изменение социального состава интеллигенции вызвало временное расшатывание культуры устной речи.

Заглавия работ современных учёных-лингвистов передают их эмоциональное состояние. Выделяются работы Михаила Кронгауса - лингвиста, профессора, доктора лингвистических наук, директора Института лингвистики РГТУ, - «Русский язык на грани нервного срыва». Учёные – лингвисты, анализируя причины изменений, приходят к разным выводам:

- русский язык переживает колоссальные изменения, которые приведут его к катастрофе. Надо его срочно спасать;
- русский язык переживает колоссальные изменения, связано это с социальными условиями. «Утихомятятся бури революционных волн», и русский язык заблещет во всей своей красоте, но уже сегодня нужно за него бороться».

Ударение в русском языке свободное, подвижное, изменчиво во времени, имеет варианты, поэтому постановка ударения не регулируется едиными правилами, акцентные нормы трудны для усвоения. В каждом случае надо знать, как произносится слово, при затруднении обращаться к словарям. Нужно отметить, что в настоящее время сложные орфоэпические правила упрощаются, намечается демократизация произношения. Один из последних орфоэпических словарей под редакцией И.Л. Резниченко (2003г.) отражает большее количество допустимых вариантов, которые в недавнем прошлом были невозможны.

Ударение – это выделение слога в слове. В русском языке ударный гласный выделяется длительностью, интенсивностью и движением тона.

К особенностям (и трудностям) русского ударения относятся:

- 1) нефиксированность и подвижность.
- 2) наличие профессиональных и стилистически окрашенных типов произнесения слов.
- 3) наличие акцентологических вариантов.
- 4) колебания в постановке ударений.

Рассмотрим это на конкретных примерах.

Во многих языках постановка ударения не вызывает никаких трудностей, потому что ударение там фиксированное. Например, в польском, латинском языках оно всегда падает на предпоследний слог, в чешском, латышском – на первый, во французском – на последний. В русском языке ударение может падать на любой слог. При изменении слова может меняться и ударение (стрелá – стрéлы). Разноместность и подвижность ударения создают определенные трудности при его освоении, однако эти же свойства устраняют монотонность речи. Русское ударение фиксированное и подвижное (перемещается в разных грамматических формах одного и того же слова: доска – доски). Вследствие этого могут возникать пары слов, в которых одно несет нормативное ударение и используется в литературном языке, а другое – ударение, встречающееся в профессиональной речи, например:

алкоголь – алкоголь, шприцы – шприцы (в медицине);
компас – компас (у моряков).

Разное ударение имеют слова, принадлежащие разным стилям речи (просторечному, нейтральному, книжному):

кладбище (нейтр.) – кладбище (устар., поэтич.);
девица (нейтр.) – девица (народно-поэтич.).

При этом необходимо помнить, что профессиональные, просторечные и устаревшие варианты не являются нормативными.

В русском языке существуют слова с так называемым двойным ударением, это акцентологические варианты. Иногда они равноправны, например: пиццерия и пиццeрия. Но чаще один вариант становится предпочтительнее другого. Например:

творог – основной (предпочтительный) вариант, творог – дополнительный.

Во многих словах наблюдаются колебания в постановке ударения: джинсовый – джинсовый, металлургия – металлургия, по волнам – волнам, петля – петля, сажень – сажень.

Однако в подавляющем большинстве случаев в нарицательных существительных только один вариант произношения является нормативным.

В существительных иноязычного происхождения правильно поставить ударение можно, зная происхождение слова. Например, пуловер, потому что слово пришло из английского языка (pullover – "свитер, любая вязаная одежда, натягиваемая через голову").

В глаголах на -ировать более продуктивным считается вариант с ударением на и (суффикс -ир- восходит к немецкому –ieren). В словах же, вошедших в русский язык только в прошлом веке, ударение часто падает на последний слог.

Определенную трудность (даже для образованного человека!) представляет сегодня правильная постановка ударения в отдельных грамматических формах. Обратите внимание на следующие основные правила.

1. Ударение в кратких формах прилагательных и страдательных причастий прошедшего времени всегда стоит на основе. И только в форме единственного числа женского рода оно переносится на окончание:зАнят – занятА– зАняты;

2. Во многих глаголах в прошедшем времени только в форме женского рода ударение стоит на окончании:отнять – отнял – отнялА – отняли;

3. Глаголы, образованные от прилагательных, обычно имеют ударение на окончании:глубокий – углубИть;

4. Существуют глаголы, в которых абсолютно во всех формах ударение падает на окончание. Вот они: звонИть, углубИть, усугубИть, включИть, растИть, творИть. К примеру, в слове «звонить» в других формах ударение будет ставиться следующим образом: я звонЮ, ты звонИшь, он звонИт, мы звонИм, вы звонИте, они звонЯт.

5. Место ударения в отглагольных существительных обычно совпадает с местом ударения в исходном глаголе:обеспЕчивать – обеспЕчение;

6. Место ударения в форме родительного падежа множественного числа может быть различным – на окончании либо на основе:

Область – областЕй; ведомость – ведомостей; ступень – ступенЕй (в развитии чего-либо); но: ступЕней (в лестнице);

Практическое исследование проводилось на контингенте моих сверстников. Всего в исследовании было задействовано 50 человек. Им было предложено:

Поставить ударения в словах.

Ответить на следующие вопросы:

1. Кто или что влияет на вашу речь?
2. Считаете ли вы, что акцентологические нормы необходимы?
3. Нужно ли следовать акцентологическим нормам?
4. Замечаете ли вы в речи друзей ошибки?
5. Если вы замечаете такие ошибки, как поступаете?
6. Делают ли вам замечания при неправильном произношении слова?
7. Как вы относитесь к таким замечаниям?
8. Уделяете ли вы внимание самообразованию в области акцентологии?
9. Каким образом, на ваш взгляд, можно улучшить ситуацию?

Результаты анкетирования показывают, что ошибки в ударении у окружающих почти все замечают. В своих акцентологических ошибках признаются больше половины опрошенных. Думают о правильном выборе ударения при произношении слов также больше половины респондентов. Радует тот факт, что все признают необходимость соблюдения норм русского языка в дальнейшей жизни.

Полученные в ходе опроса данные показали, что к наиболее распространённым причинам неправильного произношения относятся следующие: незнание правил русского языка; пренебрежение правилами русского языка; низкий уровень культуры чтения; отрицательное влияние компьютерных игр, Интернета, СМИ; ошибки в речи окружающих; безответственное отношение к собственной речи.

Используя методы наблюдения, анкетирование, анализ речевых ошибок, я провела классификацию ошибок, выявила наиболее распространённые из них и подготовила рекомендации по улучшению ситуации. В результате наблюдения за речью респондентов удалось выявить 12 самых распространённых слов, в которых встречаются ошибки.

Изучая данный вопрос и сложившуюся ситуацию, я предлагаю следующие пути решения проблемы:

1. Вводить в курс русского языка больше упражнений на отработку правильной постановки ударения;
3. Смотреть не каналы, подобные ТНТ, а канал «Культура» и детские передачи, например, «Страна невыученных уроков» (предложение одной из мам);
4. Больше читать классической литературы;
5. Создать миниатюрный словарь трудных для постановки ударения слов.

Теоретический анализ работ по проблеме норм ударения в речи и проведенное мною исследование по состоянию нарушения акцентологических норм в устной речи дают основание на следующие выводы:

Норма ударения — это образец единообразного, общепризнанного употребления ударения. Нормы помогают литературному языку сохранять свою целостность и общепонятность. Они защищают русский литературный язык от потока диалектной речи, социальных и профессиональных жаргонов, просторечия. Однако, в настоящее время большинство людей, особенно подростков, допускает ошибки в постановке грамматического ударения, ориентируясь на собственную интуицию. Но поскольку в подростковом возрасте личностные качества продолжают формироваться, значит, шанс предотвратить снижение уровня культуры языка есть.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что язык — неотъемлемая часть нашей культуры, поэтому не нужно забывать, что вопрос о чистоте языка — не только языковая проблема. Чтобы повысить качество своего языка, нужно повысить качество своего сердца, своего интеллекта. Мало добиться того, чтобы люди не говорили «средства» или «фОрзац», надо сделать всё необходимое, чтобы человек испытывал трепетное и уважительное чувство к своему родному языку, ценил его красоту и благозвучность. В связи с этим уместно привести слова великого классика И.С. Тургенева: «Во дни сомнений, во дни тягостных раздумий о судьбах моей родины, — ты один мне поддержка и опора, о великий, могучий, правдивый и свободный русский язык. Не будь тебя — как не впасть в отчаяние при виде всего, что совершается дома? Но нельзя верить, чтобы такой язык не был дан великому народу!»

Список использованных источников:

1. Аванесов, Р.И. Орфоэпический словарь русского языка. Произношение, ударение, грамматические формы. — М., 1995.
2. Агеенко Ф.Л., Зарва М.В. Словарь ударений русского языка. М.: Рус. Яз., 1993.
3. Голуб И.Б., Розенталь Д.Э. Секреты хорошей речи. — М., 1993.
4. Гольдин В. Е. Речь и этикет. — М., 1983.
5. Горбачевич К.С. Нормы современного русского литературного языка. — М., 1981.
6. Орфоэпический словарь русского языка: Произношение, ударение, грамматич. Формы. 3-е изд. М.: Рус. Яз., 1987.
7. Орфоэпический словарь русского языка: Произношение, ударение, грамматич. Формы/С.Н. Борунова, В.Л. Воронцова, Н.А. Еськова; Под ред. Р.И. Аванесова; АН СССР. Ин-т рус. Яз. 6-е изд., стереот. М.; Рус. Яз., 1989.

МОЛОДЕЖНЫЙ СЛЕНГ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

*Вахитова Дания Радиковна
Паньшина Алина Александровна
Руководитель: Лохтякова Наталья Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Культура и язык связаны неразрывно. В языке отражается самобытность культуры, ее неповторимый дух. Являясь живым, развивающимся образованием, подвергаясь изменениям, культура влияет на формирование языка. Скорость, с которой протекает этот процесс, неодинакова в разные исторические эпохи. Современные развитые общества меняются динамично, а потому и словесная оболочка в них очень подвижна. Наиболее развивающимся организмом является язык молодежи, поскольку стремительный технический прогресс, активное межкультурное взаимодействие и Интернет-коммуникация накладывают отпечаток на языковые средства, находящиеся в нормативном потреблении.

Одной из важных составляющих языка молодежи является сленг.

Молодым людям свойственно играть со словами литературного языка, придавая им другой, необычный, понятный только им смысл, тем самым создавая «облегченный» вариант, предназначенный для общения с ровесниками. При этом появление и возрастающая популярность социальных сетей сделала доступным контакт с иностранной молодежью. Это приводит к тому, сленг становится ничем иным, как упрощенным вариантом языка, который характеризуется использованием большого числа заимствований, что позволяет облегчить межкультурную коммуникацию между людьми одного возраста, имеющими общие интересы. Таким образом, изучение сленга является одним из наиболее актуальных вопросов современной лексикологии

Молодежный сленг- англицизм широко используется в молодежной культуре. К факторам возникновения и употребления сленга — англицизма молодежью относятся: развитие компьютерных технологий и социальных сетей; спорт; сети питания; подражание образу жизни американской и английской молодежи.

Функции, характеристики и области применения сленга

Существует две основных интерпретации термина «сленг» [2].

1. Язык социально или профессионально обособленной группы в противоположность литературному языку.
2. Вариант разговорного языка (в том числе экспрессивно окрашенные элементы языка), который не совпадает с нормой литературного языка.

Первоначально сленг использовался лишь в отдельных социальных группах, а затем перешел в общее использование. Сленг применяется во многих сферах повседневной жизни. Его можно встретить в СМИ, различных областях профессиональной деятельности, но чаще всего он встречается на просторах сети Интернет и при непосредственном общении.

При обмене электронными сообщениями люди все чаще прибегают к использованию сленговых слов.

С одной стороны, И.Р. Гальперин, К.И. Чуковский и т.д. считают, что сленг-это вульгарный, воровской язык, обреченный на быстрое отмирание, которого следует избегать. Распространенным является мнение о том, что сленг-это слова-однодневки, которые живут ровно столько, сколько существует на них мода. Чуковский писал, что «В отличие от подлинных слов языка арготические словечки - почти все - ежегодно выходят в тираж. Они недолговечны и хрупки».

С другой стороны, сленг, наоборот, считается признаком жизни, обновления и поступательного развития языка. Американский лингвист Хаякава называет сленг «поэзией повседневной жизни».

Сленг - стилистический синоним термина «жаргон», чаще применяемый по отношению к англоязычным странам, а также к молодежному жаргону (молодежный сленг), к жаргонам интеллектуальных сфер деятельности (писательский сленг, актерский сленг). Сленг охватывает практически все области жизни.

В отличие от жаргона, сленг отбирает популярные слова из жаргона разных групп общества. Сленг отличается от жаргона массовым употреблением. Употреблять сленг могут люди разных групп, разного образовательного статуса и профессии. Это могут быть люди, имеющие криминальное прошлое, так и культурные, и интеллигентные. Сленг обычно отражает последние тенденции в новой сверхмодной лексике и часто ассоциируется с молодежной речью.

Доказано: сленг существовал и существует в любое время, непрерывно меняется и тесно связан с той социальной или возрастной группой, где применяется. Это чаще всего молодежный язык, так как именно молодежь изолируется от мира взрослых и создает свой мир, со своими законами и даже языком. Но очень быстро такие слова вырываются за пределы молодежной группировки и становятся повсеместными. Молодежный сленг имеет целый ряд особенностей и отличий от других имеющихся сленгов. К их числу, прежде всего, можно отнести быструю изменчивость молодежного сленга, объясняемую тем, что постоянный «приход» в молодежь подрастающих детей и «уход» из нее во взрослую жизнь приобретающих статус взрослых молодых людей сопровождается обновляемостью молодежного сленга [1].

Каждое новое молодое поколение хочет отличаться не только от «отцов», но и от своих старших братьев и сестер. Поэтому оно вводит в свой лексикон собственную кодировку общеизвестных понятий. В результате, по тем словам, которые люди употребляют в своей речи, можно определить, «из какого времени они».

Судьба сленговых слов и выражений неодинакова: одни из них с течением времени приживаются, другие существуют лишь какое-то время вместе со своими носителями, а затем забываются. Молодежный сленг не предназначен для того, чтобы его полностью понимали все люди. Но он не является «иностранным» языком для русскоязычных, а представляет собой своеобразный язык в языке, который может и доминировать в речи говорящего, и лишь слегка затрагивать ее.

Среди многочисленных вариантов молодежного сленга есть одна довольно безобидная разновидность — слова, отражающие содержание того или иного хобби молодежи. Например, терминология заядлых компьютерщиков — это сплав правильно и неправильно переведенных англоязычных терминов.



Рисунок 1. Молодежный сленг.

<https://wl-adme.cf.tsp.li/resize/1200x630/jpg/43d/0c5/0676e85d33bae022148824fb62.jpg>

Главную же роль в языке сленга играют специальные слова или словосочетания-маркеры. Эти слова являлись своего рода универсальными сообщениями, заменявшими

длинную последовательность предложений, которые, наверное, было просто лень произносить. Поэтому возникает тенденция к сокращению, упрощению слов.

Сленг играет очень важную роль в жизни молодежи; сегодня он помогает людям общаться между собой и облегчает процесс усвоения новой иностранной лексики. Нельзя решить определенно: нужен нам сленг или нет. Сленг был, есть и будет в лексике каждого язык. Несмотря на то, что сленг является неотъемлемой частью любого языка, не существует однозначного отношения к вопросу его использования в различных стилях речи. Как правило, он употребляется в стилистических целях, для создания эффекта новизны, необычности, для передачи настроения говорящего, для придания высказыванию живости, точности, образности, а также во избежание штампов и клише.

Список использованных источников:

- [1] Баулина М. «Великий и могучий сленг». — «Здоровье школьника». № 1, январь, 2008 г
[2] С.М. Ковалев. М.: Советская энциклопедия, 1973. 640 с.

КУЛЬТУРА РЕЧИ ПЕДАГОГА, МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА И СМИ

Сокур Людмила Петровна

*Руководитель: Лохтякова Наталья Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Я начну статью с понятия «Культура речи». Культура речи – это распространённое в советской и российской лингвистике XX века понятие, объединяющее владение языковой нормой устного и письменного языка, а также «умение использовать выразительные языковые средства в разных условиях общения». Этим же словосочетанием обозначается лингвистическая дисциплина, занимающаяся определением границ культурного (в вышеприведённом смысле) речевого поведения, разработкой нормативных пособий, пропагандой языковой нормы и выразительных языковых средств.[1]

В культуру речи, помимо нормативной стилистики, включается регулирование «тех речевых явлений и сфер, которые ещё не входят в канон литературной речи и систему литературных норм» — то есть всего повседневного письменного и устного общения, включая такие формы, как просторечие, различного рода жаргоны и т.п.

С одной стороны, культура представляет собой «субъект — субъектные» отношения, при которых профессионал входит в культуру и, попадая в эти отношения, продуцирует ее в своей деятельности. С другой стороны, человек выступает как «продукт» культуры, испытывающий ее воздействие как уже сложившейся системы ценностей, введенный в её нормы, обученный этике взаимодействия с другими людьми. Он использует нормы и правила культуры в своей жизни и деятельности, пользуясь готовыми языками и символами коммуникации, в процессе чего формируется как личность, адекватная социальным и культурным требованиям общества.[1]

Хочу в качестве примера разобрать несколько профессий, в которых, по моему мнению, весьма важна культура речи.

Язык можно сравнить с системой, что постоянно меняется. Появляются новые слова, термины, диалекты. Педагоги постоянно изучают грани русского языка, ведь для преподавателя не знать элементарные правила при воспроизведении своей речи – стыдно.

Каждый педагог–оратор. Он должен преподносить информацию так, чтобы она была интересной и запоминающейся. Поэтому, существует понятие "риторика", которая определяется способностью к ораторскому искусству, красноречию и правильному

построению речи. Педагоги с правильно поставленной речью, в сочетании с жестами и мимикой, хорошо устанавливают контакт с учениками.[2]

Еще одним важным моментом в построении правильной речи является понимание текста. Текст- это связная и полная последовательность мысли. Педагог должен воспроизводить речь логично, точно, последовательно, ведь ученики должны понять, о чем говорит учитель.[2]

Инструменты педагогической речи.

Правила речи	Содержание	Результат
1. Содержательность	Тщательно продуманная речь, сжатая, но информативная.	Ученик слышит именно то, что должен слышать. Вырастает шанс запомнить только самую важную информацию.
2. Логичность	Все ведущие положения связаны, обоснованы. Логичность порождает убедительность.	Ученик наблюдает за последовательностью слов, ему становится понятна речь педагога.
3. Доказательность	Все утверждения должны быть обоснованными.	Ученик верит в слова педагога и доверяет ему.
4. Убедительность	Чтобы доказывать что - то, нужно самому быть в этом уверенным. Учитывать психологию оппонента.	Ученик задумывается над своими убеждениями.
5. Ясность	Чёткая, спокойная, сдержанная речь. Слишком медленная раздражает, слишком быстрая сложно воспринимается.	Ученику понятно, о чём и для чего говорит преподаватель.
6. Чистота речи	Исключить трудно воспринимаемые слова (диалектизмы, жаргонизмы, вульгаризмы и т.д.)	Понятные и знакомые слова позволяют ученику лучше «впитывать» информацию.

Рассмотрим следующую профессию. Врачебную деятельность характеризует специфический вид коммуникации, основной целью которой является установление взаимопонимания между врачом и пациентом. Это особенно важно в силу гуманитарного содержания данного вида профессиональной культуры, поскольку объектом профессиональной деятельности врача является человек, его здоровье и жизнь. Главная врачебная заповедь «не навреди», по существу аккумулирующая в себе базовые ценности профессиональной культуры врача, должна распространяться не только на его собственно лечебную, но и на языковую практику. Коммуникативной особенностью диалога «врач - пациент» является максимальная нацеленность врача на то, что пациент поймет его должным, необходимым для эффективности лечения и сохранения здоровья, образом. Этому будет способствовать высокий уровень владения языком, который в качестве профессионально значимой характеристики врача занимает важное место в его профессиональном становлении, а также является необходимой частью его общей культуры.[3]

Формирование высокой профессиональной культуры врача реализуется путем применения комплексных методов и способов воспитания и образования будущих специалистов с помощью общеобразовательных средств дисциплин гуманитарного цикла.

В основу формирования профессиональной культуры врача должно быть положено гармоничное единство языковой компетенции и общей культуры личности, что достигается усилением гуманистического аспекта процесса образования посредством формирования гуманитарной среды вуза, введения в процесс обучения элективных курсов, повышающих общий культурный уровень и расширяющих кругозор будущих профессионалов. Культурологическая ориентация высшего профессионального образования должна стать неотъемлемой частью всех форм и направлений подготовки будущих врачей. [4]

Культура речи важна также в СМИ. Телевизионное вещание занимает главное место в структуре информационной системы. Оно отражает все стороны жизни социума, вместе с тем принимая участие в его развитии. Другими словами, телевидение может способствовать духовному и нравственному росту человека. Происходит это, в первую очередь, с помощью профессиональных кадров, которые на высоком уровне владеют грамотностью, общей культурой и культурой речи. Поэтому на телеведущего возлагается большая ответственность, а к его компетентности и личности в целом предъявляются высокие требования. Профессия ведущего предполагает постоянную работу над собой, непрерывное совершенствование своих навыков и умений, непрекращающееся саморазвитие. Ведь человек в кадре обращается к многомиллионной аудитории, воздействуя на неё посредством телевизионного слова, формируя культуру, как отдельного индивидуума, так и всего социума. Специфика речевого поведения телеведущих необходима для рассмотрения, так как речевой имидж человека в кадре прямым образом влияет именно на корректное восприятие информации зрителями. [5,6]

Вывод

Дети каждой возрастной группы общаются со своим педагогом в хозяйственно - бытовой и трудовой деятельности, он говорит с ними на всех занятиях, предусмотренных программой, знакомит с речью авторов художественных произведений.

Таким образом, рост педагогического мастерства, повышение педагогической культуры современных педагогов, а, следовательно, вывод системы образования на качественно новый уровень предусматривает целый комплекс мероприятий. Но особое место должна занимать работа педагога над собой по совершенствованию риторических умений и навыков, способствующих росту его авторитета и практического влияния на умы и сердца молодежи.

Речевой этикет и вежливость являются важнейшими составляющими гармоничного общения врача с пациентом, помогающими достичь эффективности общения и тем самым способствовать успешному осуществлению профессиональных целей.

СМИ оказывает большое влияние на общество, поэтому совершенствуя речевую культуру работников теле- и радиовещания, мы повышаем уровень культуры речи социума. Этому может способствовать введение постоянного контроля над эфирной речью на всех телеканалах с участием консультантов - специалистов. Также следует обеспечить уже состоявшимся и вновь прибывшим кадрам телевидения прохождение курсов по ораторскому искусству. Это поможет телеведущим повысить уровень своего профессионального мастерства и получить новые знания.

Если говорить кратко, то культура речи, безусловно, важна во всех сферах жизни общества. Педагоги закладывают фундамент становления личности ребенка. К медицинским работникам мы часто обращаемся во время тяжелого периода своей жизни, они в свою очередь оказывают поддержку. И от правильно подобранных слов врача, зависит настрой пациента на выздоровление. К сожалению, культуре речи СМИ не уделяют должного внимания, отчего страдает качество информационного пространства, а также происходит негативное влияние на формирование речевой культуры населения.

Список использованных источников:

1. Анцупова В.В./Язык и личность в пространстве современных социокультурных коммуникаций - Ростов на Дону, 2006. 118с
2. Десяева Н.Д. Культура речи педагога: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений/ Н.Д.Десяева, Т.А. Лебедева, Л.В. Ассуирова.// Издательский центр «Академия», 2006.- 192 с.
3. Трофимова Е.Ю., Чиж А.Г., Шелудько О.С. Личностно-деятельный подход в организации образовательного процесса как инструмент современных педагогических технологий в обучении студентов//Сборник материалов Региональной научно-практической конференции для преподавателей медицинских училищ и колледжей Приволжского федерального округа. Саратов, 2007.
4. Россошанская А.Ю., Ермолаева Е.В. Социальный портрет современного студента-медика. 2016, С. 154.
5. Караулов Ю.Н. Культура речи и языковая критика русский язык в эфире: проблемы и пути их решения // Материалы круглого стола, 2000.
6. Медведева С. Ю. Специфика языка печати как средства массовой коммуникации // Роль языка в средствах массовой коммуникации, 1996.

НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОФИЦИАЛЬНО-ДЕЛОВОМ СТИЛЕ

Бикеева Кристина Алексеевна

*Руководитель: к.ф.н., доцент Латкина Татьяна Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

Вхождение России в систему мировых экономических отношений определяет необходимость соответствия отечественной практики делового общения, делового письма мировым стандартам. Основные причины развития активных процессов, происходящих в настоящее время в русском языке, лежат в сфере общественной жизни. Именно они повлияли на преобразования, обнаруживающиеся на всех уровнях языковой системы.

Актуальность предпринятого исследования обусловлена необходимостью осознать происходящие изменения в наиболее консервативном официально-деловом стиле.

Цель исследования: проанализировать изменения, происходящие в русском письменном деловом общении.

Задачи:

1. Изучить аспекты сближения с мировой практикой письменного делового общения.
2. Проследить направления либерализации языка и стиля деловых писем.
3. Выявить элементы усиления личностного начала в официальном письменном общении.
4. Охарактеризовать новые направления делового общения.

Материалом исследования послужили 20 деловых писем, оформленных в ГБПОУ «КИПК им. А.П. Маресьева и 60 резюме, оформленных студентами Камышинского индустриально-педагогического колледжа им. А.П. Маресьева по специальности «Дошкольное воспитание», «Физическая культура», «Преподавание в начальных классах».

Под влиянием западной культуры в отечественном деловом этикете отмечается тенденция двухименного официального обозначения (имя и фамилия) официальных лиц, деловых партнеров: Владимир Путин, Дмитрий Медведев, но только в ситуации устного делового общения, так как, согласно нормам русского речевого этикета, во внутренней служебной переписке необходимо соблюдать правила, установленные действующим

ГОСТ. Основной языковой базой отечественного делового письма должен оставаться русский язык с его богатейшими возможностями и русскими традициями.

Сегодня большинство компаний стремятся создать более дружелюбную и приветливую рабочую атмосферу, и это отражается на официальном стиле. Теперь деловой стиль стал несколько менее строгим и более приспособленным для комфортного общения с коллегами и клиентами.

1. Выбор формулировки играет важную роль. Вместо использования сложных и непонятных терминов, рекомендуется использовать простые слова и фразы. Это помогает избежать недоразумений и позволяет людям лучше понять друг друга.

2. Тональность важна для создания приятной и непринужденной атмосферы. Вместо формальных выражений, можно использовать более неформальный тон. Шутки или эмоциональные фразы могут добавить индивидуальность и человеческий элемент в общение.

3. Структура сообщений может быть более открытой и гибкой. Вместо использования строгих и формальных шаблонов, можно предложить более свободный подход к структуре текста. Например, использование списков или более разговорного стиля письма может сделать сообщение более привлекательным и понятным.

В целом, снижение строгости в официально-деловом стиле способствует более эффективному и приятному общению. Это помогает улучшить взаимодействие между людьми и создать более доверительную и открытую рабочую среду.

Изменения в официально-деловом стиле

Устаревшие требования	Современные требования
зазорно показывать «Я»	умение себя презентовать
умение четко выполнять приказы	умение самостоятельно принимать решения
не задавать лишние вопросы	нестандартно мыслить
изолированность советской школы делового письма	сближение с мировой практикой письменного делового общения
стандартное оформление документов	либерализация языка и стиля деловых писем.
отсутствие личностного начала, изложение от коллективного субъекта	усиление личностного начала в официальном письменном общении.
ограниченный ГОСТом список используемых в официально-деловом стиле жанров документов	развитие новых направлений делового общения (реклама в деловой речи), появление новых документов (оферта, чартер).

В последние годы в практике русского делового письма наметилась тенденция либерализации языка и стиля деловых писем, усиления личностного начала. Проведенный анализ деловых писем, создаваемых в организации «КИПК им. Маресьева» показывает, что вместо классических шрифтов, таких как Times New Roman или Arial, стало популярным использование более современных шрифтов, которые придают тексту современный вид.

Для образовательной организации пока остается неактуальным использование ярких цветов в своих официальных материалах. Это помогает привлечь внимание и выделиться среди конкурентов коммерческих компаний. Вместо простого текста стало популярным

добавление графических элементов, таких как иллюстрации, иконки или графики. Это помогает визуализировать информацию. Для «КИПК им. Маресьева» частотное использование эмблемы учебного заведения. В свете современных технологий и увеличения использования мобильных устройств, многие компании начали упрощать форматы официальных документов, делая их более доступными для просмотра на различных устройствах. КИПК им. Маресьева.

Письмо поддержки ГБПОУ «КИПК им. А.П. Маресьева»
КОМИТЕТ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
"Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева"
(ГБПОУ "КИПК им. А.П. Маресьева")

Набережная ул., д.82, Камышин, Волгоградская область, 403873 Тел.(84457)4-92-55
E-mail: pedagog_kam@mail.ru сайт: <http://kamyshin-college.ru>
ОКПО 46048437, ОГРН 1023404961854, ИНН/КПП 3436010718/343601001

17.01.2022 № _____

В Президентский фонд
культурных инициатив

ПИСЬМО ПОДДЕРЖКИ

В ответ на обращение Муниципального автономного учреждения культуры Центра культуры и досуга «Дружба» (МАУК ЦКД «Дружба») об участии в проекте Уличные показы «Бессмертие Подвига в кинолентах» сообщаем, что ГБПОУ "КИПК им. А.П. Маресьева" даёт согласие на участие в реализации данного проекта в качестве партнёра.

Реализация данного проекта на территории городского округа – город Камышин будет способствовать расширению форм культурного досуга молодого поколения, в частности студенческой молодёжи. Проект также будет способствовать патриотическому воспитанию камышинских студентов. ГБПОУ "КИПК им. А.П. Маресьева" готов оказать содействие в организации мероприятий в рамках реализации проекта Уличные показы «Бессмертие Подвига в кинолентах» и оказать информационную и организационную поддержку проекта.

Поддерживаем инициативу,
Директор

Н.В. Полякова

Проанализируем наличие этих особенностей в деловых письмах ГБПОУ «КИПК им. Маресьева».

- официальное приветствие - автор приветствует Муниципальное автономное учреждение культуры Центр культуры и досуга «Дружба»
- вступление — автор письма представляется, рассказывает о себе и переходит к сути вопроса; Данное письмо является ответом на обращение ЦКД «Дружба»
- основная часть (суть письма) — изложение информации, перечисление возникших вопросов или запрос чего-либо; ГБПОУ "КИПК им. А.П. Маресьева" даёт согласие на участие в реализации данного проекта в качестве партнёра.
- заключение — пожелания и благодарность;
Автор обращает внимание на положительные стороны совместной деятельности. Завершающая этикетная формула: Поддержим инициативу.
- вложения в электронном сообщении — графики, отчеты, копии приказов, инструкции, чек-листы и подобное Письмо содержит адрес, E-mail необходимые для дальнейшего сотрудничества

Как уже отмечалось, обязательным условием делового письма является требование соответствия форм приветствия и прощания по степени официальности/неофициальности. В западном деловом письме существуют языковые формулы, соответствующие

официальному, полуофициальному и неофициальному заключению официальных посланий.

Степень проявления учтивости (любезности) в разных национальных культурах деловой переписки различна. Для русского официально-делового письма проявление любезности и сердечности, в целом, не характерно (а в официальном документе – недопустимо). Западное и американское деловое письмо основывается на признании того, что с выражения почтения и уважения к клиенту (деловому партнеру) начинается успех дела, а формулы любезности и сердечности позволяют установить с ним более тесный контакт.

Широкое распространение в последнее время получили новые направления делового общения. Появились документы информационно-рекламного характера, например, *резюме*. Это один из самых эффективных инструментов поиска работы. Резюме представляет собой краткое изложение наиболее важных для потенциального работодателя фактов биографии претендента на вакантную должность, в основном связанных с его опытом работы. На прочтение резюме затрачивается в среднем не более 1 минуты, и претенденту важно привлечь внимание работодателя, заинтересовать его и побудить назначить собеседование. Это визитная карточка, которая должна выделять претендента из всего потока людей. Сегодня перед образовательным учреждением стоит задача трудоустройства выпускников. С целью увеличения возможностей для ребят найти интересную работу по специальности ведется разработка шаблона резюме и рекомендаций по его составлению, студентам предлагается оформить резюме, методисты анализируют результат и вносят коррективы.

1. В ряде случаев следует привести краткое описание опыта работы и достижений. Не рассказывайте в резюме всю правду о себе. Упоминайте только ту информацию, которая поможет Вам получить желаемое место работы.

2. Резюме должно быть составлено кратко (лучше на одной странице), четко, без грамматических ошибок. Помните, что резюме – Ваша визитная карточка.

3. Если место прописки и место жительства у Вас не совпадают, то в резюме указывайте тот адрес, который ближе к предполагаемому месту работы.

4. Заполняя графу «Ваши увлечения», будьте искренни, чтобы не пришлось краснеть при собеседовании.

Анализ составленных студентами групп, обучающихся по специальности «Дошкольное воспитание», «Физическая культура», «Преподавание в начальных классах», 60 резюме показал, что данная инструкция помогает студентам, но 20% относятся формально и их резюме выглядит, как переписанная инструкция, что говорит о недопонимании важности этого документа в дальнейшем успешном поиске работы.

В ходе проведенного исследования было выявлено, что расширение зарубежных контактов, интеграция России в мировое экономическое пространство, развитие информационно-телекоммуникационных технологий, доступность ресурсов сети Интернет оказывают влияние на деловой язык, лексику и синтаксис служебных документов, их графическое оформление, композиционную организацию, на появление новых видов деловых бумаг и соответствующих реквизитов. Выявлено, что в графическом оформлении коммерческих компаний находят широкое применение разнообразные виды шрифтов, подчеркивание, нетрадиционная рубрикация, различные символы, отступы, происходит либерализация языка и стиля деловых писем, усиление личностного начала в официальном письменном общении, в документах образовательной организации использование перечисленных элементов ограничено. При оформлении деловых писем вырабатывается определенный стиль, которому следует организация. В оформлении резюме начинающие профессиональную карьеру молодые люди не всегда осознают важность этого этапа, не видят в этом документе связь с быстрым и достойным нахождением места работы, хотя она очевидна. Данное исследование наметило пути дальнейшей работы с выпускниками в плане повышения их деловой культуры.

Список использованных источников:

1. Котане, Л. В. *Russian for Business: Pre Intermediate / Русский язык для делового общения. Уровень В2 (комплект из 2 книг + CD); Златоуст - М., 2020. - 232 с.*
2. Котане, Л. В. *Russian for Business: Pre Intermediate: В1 / Русский язык для делового общения. Уровень В1 (комплект из 2 книг + CD); Златоуст - М., 2020. - 228 с.*
3. Сабо, Ш. *Деловая переписка на английском и русском языках; Панноарт – Langenscheidt. - М., 2020. - 389 с.*

РОЛЬ ЯЗЫКОВОЙ КУЛЬТУРЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Хилёва Анастасия Алексеевна
Руководитель: Малякина Татьяна Николаевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Всем нам известно, что язык - это орудие культуры человека. Но чтобы оно работало во благо, его нужно органично, красиво и грамотно использовать. А культура речи - это не только актуальная постановка ударений и правильное употребление слов, но и виртуозное оперирование богатейшим набором выразительных средств; это совокупность знаний и навыков человека, которые обеспечивают целостное применение языка в целях общения, овладение правилами устного и письменного литературного языка. Культура речи имеет тесную связь с культурой общения. Благодаря языку мы можем общаться и обмениваться информацией. Речь человека - это определённый фактор, указывающий на степень образованности индивида. Она способна передать все мысли человека, показать, как он использует богатство русского языка. В современном изучении предмета "русский язык" для будущих медицинских работников, видим, как он основан на различных точках зрения понимания культуры речи. Для него основой является соотношение языка и речи. Речь в этом случае рассмотрена как реализация языковой структуры, а все вопросы культуры речи имеют связь с вопросами языкового обеспечения.

Цель исследования: выяснить, каково состояние языковой культуры у обучающихся 1 курса специальностей Сестринское и Лечебное дело.

В рамках достижения поставленной цели необходимо было решить следующие **задачи:** провести исследование состояния культуры речи и уровня владения нормами русского литературного языка в среде обучающихся 1 курса специальностей Сестринское дело и Лечебное дело; проанализировать результаты анкетирования.

Объект исследования: культура речи общения обучающихся 1 курса специальностей Сестринское дело и Лечебное дело.

Предмет исследования: факторы, влияющие на культуру речи обучающихся, 1 курса специальностей Сестринское дело и Лечебное дело.

На сегодняшний день огромное беспокойство вызывает состояние современного языка, снижение культуры речи большинства обучающихся. В связи с увеличением массовых коммуникаций в лексиконе появились тысячи новых слов, которые отразили все перемены, происходящие в русском языке. Стоит вспомнить известные всем слова И.С. Тургенева: "Берегите же наш прекрасный русский язык, этот клад, это достояние, переданное нам нашими предшественниками... Обращайтесь почтительно с этим могущественным орудием...".

Актуальность: культура речи - это компонент духовной культуры человека и общества, это владение нормами устного и письменного литературного языка. Культура речи тесно связана с культурой общения. Надо знать, и то, что сказать, и то, как сказать и когда. Речь - одно из важнейших средств общения. Поэтому, когда мы слышим, как человек

разговаривает, у нас сразу складывается впечатление о нём. Речь человека - это немаловажный фактор образованности.

За прошедшие несколько десятилетий русский литературный язык видоизменился и потерял небольшие изменения. Перемены произошли в языке художественной литературы, публицистики, средствах массовой информации. Появились проблемы современного русского языка: разрушение норм русского литературного языка; снижение уровня культуры речи; бездумное использование слов и выражений; использование слов группы жаргонизмы, нецензурной лексики; сквернословие. В настоящее время огромное беспокойство вызывает состояние речи молодёжи, которая начинает воспринимать ненормативную лексику как должное. Всё реже в речи молодых людей звучат такие слова как “пожалуйста“, “будьте добры“, “простите“, “спасибо“ и другие. Влияние сленга на речь молодёжной среды очень велико. Сленг - это язык ограниченный, без нюансов, бликов и тончайших оттенков. Принимать его вместо литературного языка - значит обеднять не только свою жизнь, но и мысли о ней. От того ощущается и зеркальный эффект: после введения сленгового слова в лексикон молодёжь использует его для выражения собственных мыслей. Избавиться от таких слов нелегко, потребуются сознательные усилия.

Не имея достаточно жизненного опыта, молодёжь пытается узнать о жизни всё. И им кажется, что они могут этого добиться, употребляя в своей речи слова, портящие культуру говорящего. Находясь в своём кругу, они могут выглядеть мудрыми в своих глазах. Но эта мудрость разбивается волнами взрослой жизни. Невозможно использовать сленг без принятия его идеологии. Он обязательно станет влиять на поступки и принятие решений. Бравата, которая сквозит в сленговых выражениях, только кажется могущественной.

Обычно жаргон возникает из-за стремления отдельных групп молодых людей как-то отдалиться или даже скрыть от общества некоторые стороны своей жизни и деятельности. Жаргон - это речь отдельных профессиональных или социальных групп с целью языкового обособления. Что скрывается за речью современной молодёжи, которая просто усеяна жаргоном: “сечЁшь“, “тусОвка“, “двоЯк“, “клЁво“, “бАБки“, “обалдЕть“, “литрА“, “тУса“? Сюда же отнесены слова, связанные с достижениями научно-технического прогресса и высокой степенью компьютеризации - компьютерный жаргон: “кОмп“ - компьютер, “клАва“ - клавиатура, “сИмка“ - сим-карта, “прОга“ - программа и многие другие. Достаточно обширную категорию составляет эмоционально-экспрессивная жаргонная лексика. Здесь популярными у молодёжи являются такие слова, как: “крУто“, “клЁво“, “сУпер“, “нОрм“, “жЕсть“, “окЕй“, “ок“ и др. Всё это является показателем негативных процессов, которые происходят в языке в целом. Одним из определяющих факторов активного употребления молодёжью жаргонных слов является их эмоциональный характер. Как известно, молодые люди импульсивны. В своей среде у них инстинктивно возникает необходимость экспрессивно выразиться, показать свои эмоции. С их точки зрения, именно такая речь является более яркой. Жаргонные выражения создают эффект необычности, “образности“, придают выразительность речи. Оригинальность, новизна, необычность жаргонных выражений приближает их по силе эмоционального воздействия, выразительности к тропам: чем необычнее и оригинальнее троп, тем он выразительнее.

Ненормативная лексика (нецензурные выражения, непечатная брань) или обценная лексика (от англ. obscene - непристойный, грязный, бесстыдный) - сегмент бранной лексики различных языков, включающий вульгарные выражения. В глазах молодёжи сквернословие - это проявление независимости, способности не подчиниться запретам, то есть символ взрослости. Кроме того, она является знаком языковой принадлежности к группе сверстников, речевой моды. Иногда это подражание молодёжным кумирам. Но мало кто догадывается, что сквернословие является оружием неуверенных в себе людей. Грубость позволяет скрыть собственную уязвимость и незащищённость, ведь обнаружить слабость и неуверенность равносильно полному поражению. Сквернословие - это речь, в которой

присутствуют бранные и непристойные слова. При этом скверной называют грубые формулировки, призванные оскорбить и обидеть собеседника. Своеобразный “вирус сквернословия” расплозается очень быстро. Стоит помнить о простой истине: молодёжь учится, наблюдая за взрослыми. Если окружающие не употребляют в своей речи непристойные слова и выражения, то и молодые люди не будут их произносить.

Для того чтобы оценить злободневную проблему языковой культуры речи молодёжи, было проведено анкетирование обучающихся 1 курса с целью выявить, каково отношение их к этой серьёзной проблеме. В ходе работы была составлена анкета и проведён опрос. Опрошено 116 обучающихся. Результаты опроса показали, что практически все участники осознают наличие проблемы культуры речи у молодёжи и предлагают варианты путей решения очень животрепещущей темы. Проанализировав все данные, выведены в процентном соотношении наиболее важные ответы опроса.

На вопрос “Из каких групп чаще всего встречаются слова в вашей речи?” последовали следующие результаты в ответах: жаргонизмы (9,8%), слова-паразиты (8,7%).

Но почему же именно эти слова, ухудшающие культуру нашей речи, стали употребляемыми? На вопрос: “С какой целью вы употребляете жаргонные и другие слова, засоряющие вашу речь?” Опрошенные обучающиеся выбрали ответ: “Придать своей речи живость, юмор, привлечь внимание”, - так ответили 21,1% респондентов. На вопрос “Используете ли вы в своей речи жаргонные слова, если да, то какие?” Из предложенных вариантов обучающиеся выбрали нецензурные (2,1%), юмористические (9,4%), самым выбираемым стал ответ: “Иногда и те, и другие, в зависимости от ситуации” и этот ответ составил 14,6% от общего количества голосов.

Опрос показал, что в лексиконе молодого поколения появляются слова, засоряющие русский литературный язык. С этим надо бороться, искоренять. Важно отметить, что же думают о речи обучающихся их окружение. Именно поэтому был задан вопрос, касающийся этой важной темы. На вопрос “Как относятся родители к вашей речи?” ответы были неоднозначными. Самыми популярными ответами стали: “Родители делают мне замечания по поводу речи” - 89,4%; “Редко делают замечания, порой не замечают, что я так разговариваю” - 5,5% и “Никогда не делают мне замечаний” - 5,1%.

Современная медицина утверждает, что осторожное, бережное обращение со словом - необходимый признак здорового образа жизни. Хорошо, что большинство родителей следят за речью своих детей, не разрешая им произносить бранные слова. Но хотелось бы, чтобы таких родителей становилось больше, а молодёжи, выражающейся непристойными словами, становилось меньше. Предпоследний вопрос из анкеты: “Чья речь для вас является эталоном?” показал, что речь родителей - 48,8%; преподавателей - 49,4%; речь друзей составляет 1,8%. Анализ анкеты говорит о том, что молодёжь прислушивается к речи своих родителей, и, конечно, к речи преподавателей, которые являются эталоном для них. Последний вопрос был необходим для того, чтобы сами обучающиеся предложили пути решения данной проблемы. Наиболее популярными ответами стали следующие высказывания: чтение классической художественной литературы; ограничение просмотра сети Интернет; внеаудиторные мероприятия о культуре и чистоте речи будущих профессионалов выбранной профессии; начать с себя, отучиться от плохих слов, которые только губят культуру речи; начать духовно развиваться, следить за своими словами в речи, стараться говорить правильно.

Каждый знает, что важнейшее условие хорошей речи - логичность, поскольку речь - это связанное целое, и каждое слово в ней, любая конструкция должны быть уместны и обоснованы. Не для каждой социальной группы, не для разных ситуаций уместен один и тот же стиль, но в любом случае, так же как и в жизни, надо всегда иметь в виду, что уместно. Соблюдение этого правила предполагает хорошее знание стилей литературного языка. Существенное значение имеет выразительность речи, которая достигается чётким и ясным произношением, правильной интонацией, умело расставленными паузами. Должное

внимание следует уделять темпу речи, силе голоса, убедительности тона. Очень важна чистота речи. Если в речи присутствуют слова-паразиты, речевые штампы, канцеляризм, то это свидетельствует о бедности и ограниченности словарного запаса.

Таким образом, если обучающийся не допускает ошибок в произношении, в употреблении форм слов, в их образовании и в построении предложений, то его речь можно назвать правильной. Однако этого мало. В понятие хорошей речи включаются, как минимум, четыре признака: логичность, богатство, точность и выразительность. Показателями богатой речи являются большой объём активного словаря, разнообразие используемых морфологических форм и синтаксических конструкций. Выразительность создаётся с помощью отбора языковых средств, в наибольшей мере соответствующих условиям и задачам общения.

Если обучающийся обладает правильной и хорошей речью, он достигает высшего уровня речевой культуры в дальнейшем профессиональной деятельности. Это значит, что он не только не допускает ошибок, но и умеет наилучшим образом строить высказывания в соответствии с целью общения, будет отбирать наиболее подходящие в каждом случае слова и конструкции, учитывая при этом, к кому и при каких обстоятельствах он обращается. Высокий уровень языковой и речевой культуры - неотъемлемая черта культурного человека, культуры речи в профессиональной деятельности специалиста. Совершенствовать свою речь является задачей каждого из нас. Для этого нужно следить за своей речью, чтобы не допускать ошибок в произношении, в употреблении форм слов, в построении предложений. Необходимо постоянно обогащать свой словарный запас, учиться чувствовать своего собеседника, уметь отбирать наиболее подходящие для каждого случая и речевой ситуации слова и конструкции. Если всё будет учитываться, то будущий профессионал будет на высоком уровне языковой культуры.

Список использованных источников:

1. Богданова, Л.И. *Стилистика русского языка и культура речи. Лексикология для речевых действий* / Л.И. Богданова. - М.: Флинта, 2016. - 248 с.
2. Богданова, Л.И. *Стилистика русского языка и культура речи. Лексикология для речевых действий: учебное пособие* / Л.И. Богданова. - М.: Флинта, 2016. - 248 с.
3. Черняк, В.Д. *Русский язык и культура речи (СПО)* / В.Д. Черняк; под ред. Е.В. Сергеева. - М.: КноРус, 2017. - 263 с.
4. Штрекер, Н.Ю. *Русский язык и культура речи: учебное пособие* / Н.Ю. Штрекер. - М.: Юнити, 2018. - 352 с.

МЕДИЦИНСКИЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ И НАЗВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Кухаренко Ростислав Анатольевич

Шарова Анна Владиславовна

Руководитель: Газарянц Анна Карапетовна

ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"

Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар

Фразеологизм — это устойчивое по составу и структуре, лексически неделимое и целостное по значению образование, не мотивированное значением входящих в него компонентов, обладающее характерными признаками. Фразеологизмы помогают точно выразить эмоции и мысли, сделать речь интересной, звучной, живой. Фразеологизмы охватывают многие области человеческой жизни. Безусловно, наибольшее распространение они находят в повседневной коммуникации, но и в других сферах общения мы встречаемся с неразложимыми фразеологическими сочетаниями. Одной из

таких сфер является медицина. Специалисты в области филологии отмечают, что медицинская терминология, будучи одной из древнейших, является, наверное, самой противоречивой по структуре. Язык медицины всегда стремился к точному наименованию явлений, происходящих в человеческом организме.

В данном исследовании работа обоснованы роль и значение играет употребление фразеологизмов, в профессиональной речи студента медицинского колледжа.

Рассмотрим некоторые фразеологизмы, наиболее часто встречающиеся в медицинской литературе.

Маска Гиппократ – предвестник смерти. Феномен смерти не изучен досконально до наших времён. Однако уже в древности доктора стали замечать однозначные признаки, указывающие на скорую кончину. В этом случае уже не могли помочь никакие лекарственные средства или физиотерапевтические процедуры. Да их и не назначали, чтобы лишней раз не травмировать страдания умирающего пациента.

Совокупность признаков, предвещающих однозначную смерть, впервые была описана Гиппократом в его работе *Prognostikon* (Προγνωστικόν или Книге предзнания). Подобное состояние было названо *facies Hippocratic*, что может переводиться как маска, лицо или личина Гиппократ. При обнаружении следующих симптомов врач с уверенностью констатировал скорый летальный исход:

- заострённый нос,
- запавшие глаза,
- впавшие щёки,
- зеленоватый или свинцовый, т. н. землистый цвет лица,
- наличие холодного пота,
- виски кажутся несколько вдавленными,
- оттопыренные мочки ушей, а сами уши холодные,
- уголки рта опущены, а сами губы побелевшие,
- взгляд тусклый, с белесой пеленой на зрачках.

В наши дни при подобных признаках медицинские работники не столь категоричны. Да, симптомы зловещие и ясно указывают на воспаление в брюшной полости. Однако вовремя сделанные анализы и проведённая в дальнейшем операция могут устранить последствия таких заболеваний, как колит, панкреатит, заворот кишок, аппендицит, плеврит.

В то же время игнорировать обнаруженную «маску Гиппократ» ни в коем случае недопустимо. Без своевременного оперативного вмешательства человек и сейчас может отойти в мир иной.

Тигровое сердце. Суть этой болезни заключается в том, что стенки левого желудочка сердца становятся толще и жестче, что ограничивает расширение желудочка и затрудняет его функционирование. Постепенно сердечная мышца начинает утрачивать свою эластичность и способность эффективно сокращаться, что приводит к нарушению кровообращения.

Основные симптомы тигрового сердца включают:

- затруднение дыхания,
- усталость и слабость,
- боли в груди,
- сердцебиение или аритмия,
- чувство покалывания или давления в груди.

Тигровое сердце может быть врожденным или развиваться в течение жизни. У людей, у которых уже есть семейный анамнез этого заболевания, риск его возникновения выше. Некоторые генетические мутации также могут быть связаны с развитием «тигрового сердца».

Симптомы тигрового сердца. Тигровое сердце, также известное как гипертрофическая кардиомиопатия – это генетическое нарушение, которое приводит к необычной толщине стенок левого желудочка сердца, к сужению пространства внутри желудочка и возникает риск развития серьезных осложнений. На самом деле это одна из самых распространенных причин внезапной смерти у молодых спортсменов.

Теперь, перейдем к симптомам тигрового сердца, которые могут указывать на присутствие данного заболевания:

1. Быстрая утомляемость. Одним из основных симптомов тигрового сердца является быстрая утомляемость. Если человек часто испытывает усталость, даже при небольших физических нагрузках, это может быть признаком сердечного заболевания. Постоянное ощущение усталости должно быть основным сигналом для обращения к врачу.

2. Частое сердцебиение. Если человек сталкивается с непроизвольными эпизодами учащенного сердцебиения или ощущение, что ваше сердце работает не так, как обычно, это может быть связано с тигровым сердцем. Неправильный ритм сердца может сообщать о проблемах с сердечной мышцей и ее функцией.

3. Затрудненное дыхание. Затрудненное дыхание или одышка, особенно после физической активности, может быть одним из признаков тигрового сердца. Это связано с тем, что сердце не может эффективно накачивать кровь по организму, что приводит к ухудшению кислорода и дыхательной функции.

4. Боль в груди. Если у человека появляются острые или давящие боли в груди, это может быть сигналом об одном из тяжелых последствий тигрового сердца, таких как образование тромбов или аритмии. Если вы ощущаете боль в груди, немедленно обратитесь к врачу.

5. Головокружение или обмороки. Проблемы с сердцем могут выражаться и в виде головокружений, обмороков или потери сознания. Если это происходит с человеком, это может быть результатом низкого кровяного давления или недостатка кислорода в мозге, вызванного уровнем неправильной работы сердца.

Важно понимать, что эти симптомы должны быть восприняты всерьез и не игнорированы. Если у человека есть подозрение на тигровое сердце, обратитесь к врачу, чтобы он провел диагностику и назначил необходимое лечение. Раннее обнаружение и лечение тигрового сердца могут быть решающими факторами для вашего здоровья и благополучия.

Лепра. Лепра - хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия Гансена (*Mycobacterium leprae*).

Болезнь имеет множество синонимов: проказа, болезнь Гансена, крымская болезнь, финикийская болезнь, скорбная болезнь, черная немочь, листья короста, болезнь Святого Лазаря и другие.

Лепра в основном поражает кожные покровы, слизистые оболочки, периферическую нервную систему, мышечную ткань, но может вызывать патологические изменения в других органах и тканях.

Голова медузы. Голова медузы (лат. *caput medusae*) - название, данное расширенным извитым подкожным венам на передней брюшной стенке, имеющим значение окольного пути оттока венозной крови из системы воротной вены (*vena portae*).

Подобное название дано потому, что в подобных случаях вены вокруг пупка, расширяясь, напоминают собой изображение головы мифологической Медузы - наиболее известной из трёх сестёр горгон, чудовища с женским лицом, у которого вместо волос из головы росли извивающиеся змеи.

«Голова Медузы» (нем. «*Das Medusenhaupt*») - очень короткое, опубликованное посмертно эссе Зигмунда Фрейда на тему мифа о Медузе Горгоне.

Кошачье мурлыканье. Пальпация сердца позволяет более точно охарактеризовать верхушечный толчок, выявить дрожание грудной клетки - симптом «кошачьего мурлыканья». Для определения верхушечного толчка кладут ладонь на грудь больного основанием кисти к ребрам. Затем подушечками концевых фаланг трех согнутых пальцев, поставленных перпендикулярно к поверхности грудной клетки, уточняют место толчка, продвигая их по межреберьям, снаружи, внутри до того места, где пальцы начинают ощущать приподнимающиеся движения верхушки сердца. Пальпация верхушечного толчка может быть облегчена наклоном верхней половины туловища больного вперед или же пальпацией во время глубокого выдоха.

Таким образом, знание и использование образных профессиональных медицинских фразеологизмов является одним из неотъемлемых направлений формирования профессиональных качеств будущего специалиста-медика.

Список использованных источников:

1. *Материалы III Международной студенческой научно-теоретической конференции «Межкультурная коммуникация в едином образовательном пространстве: проблемы и перспективы».*// Рязань, 26 марта 2021.– С. 76-78.
2. <https://kartaslov.ru> (дата обращения 12.01.2024).
3. <https://remontwatch.ru/tigrovoe-serdce-cto-jeto-takoe/> (дата обращения 10.02.2024).