

Министерство здравоохранения Алтайского края
Краевое государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Алтайский институт развития медицинского образования»



**Материалы V Межрегионального
конкурса студенческих
исследовательских работ и проектов**

«Ученая сова»

Электронное издание

Редактор: Толмачева Е.В., преподаватель высшей квалификационной категорией
КГБПОУ «Алтайский институт развития медицинского образования»

В сборнике представлены материалы V Межрегионального конкурса студенческих исследовательских работ и проектов «Ученая сова», Барнаул, май 2025 г.

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

КГБПОУ «Алтайский институт развития медицинского образования» - Барнаул, 2025 г. –258 с.

Материалы сборника издаются в авторской редакции.

СОДЕРЖАНИЕ

	Проекты	Стр
1	Гайнудинова Кира Андреевна. Математика в хирургии. ФГБОУ ВО ИрГУПС Медицинский колледж железнодорожного транспорта	7
2	Репехо Яна Леонидовна. Влияние наушников на слух человека. ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»	10
3	Решетова Дарья Александровна. Организация медицинского и социального ухода за пациентом с сахарным диабетом на дому в рамках движения «Волонтёры медики». КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»	12
4	Савкина Оксана Николаевна, Семенова Инна Юрьевна, Тюрина Анастасия Сергеевна, Шаройкина Елена Владимировна, Волкова Вероника Владимировна. Медико-социальная реабилитация женщин, страдающих туберкулёзом. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	16
5	Синицына Диана Сергеевна. Сборник стихотворений собственного сочинения. ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»	20
6	Скультецкая Анастасия Алексеевна. Организация ухода за новорожденными в домашних условиях. ФГБОУ ВО КрасГМУ им.проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Фармацевтический колледж	22
7	Сорокина Валерия Сергеевна, Орлова Полина Алексеевна. Применение профилактического проекта «ВИЧ-это не то, о чём нужно молчать!», как способ формирования здорового поколения. БПОУ Омской области «Медицинский колледж»	26
	Социально-гуманитарные дисциплины	
1	Абрамова Мария Сергеевна, Лапшина Анна Викторовна, Писарева Светлана Александровна. Исторический взгляд на медицинскую маску. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	30
2	Адамова Ксения Андреевна. Выдающиеся деятели медицины Германии: Роберт Кох и Вернер Форсман. КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум»	33
3	Зенкова Анна Андреевна, Ревнивых Ирина Станиславовна, Тарасова Ольга Васильевна, Пальшина Екатерина Андреевна. История медицинской эмблемы. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	35
4	Коробов Валерий Сергеевич. Виртуальная экскурсия «Их именами названы улицы нашего города». КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»	39
5	Медведев Иван Юрьевич. Влияние проветривания помещения на температуру и влажность воздуха. КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»	44
6	Несenenko Юлия Вячеславовна, Ольшанская Маргарита Владимировна. Применение искусственных нейронных сетей в медицине при помощи искусственного интеллекта. КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум»	47
7	Никифорова Наталья Вячеславовна, Теплова Наталья Евгеньевна, Фролкина Светлана Алексеевна, Черепова Татьяна Леонидовна. Проблема эволюции белого халата в России. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	52
8	Полозкова Александра Александровна. Эффективные технологии и инновации в области медицины, направленные на здоровое долголетие. КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум»	55
9	Родионов Андрей Евгеньевич. Славные имена города Бийска. КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»	59
10	Саая Байыр-Белек Омакович. Патриотизм. Социальная солидарность. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»	64

- 11 Фещенко Ксения Андреевна, Сидорова Анастасия Александровна, Шендрик Виктория Евгеньевна. К вопросу об истории нетрадиционной медицины древнего востока. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» 69
- 12 Филимонова Василиса Владиславовна. Военная медицина XX – начала XXI вв: способы спасения раненых от первой мировой до специальной военной операции. КГБПОУ «Бийский медицинский колледж» 73
- 13 Хортова Анастасия Александровна. Значение английского языка для фельдшера: профессиональные аспекты и практическая необходимость. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» 77

Общепрофессиональные дисциплины

- 1 Воропаева Анастасия Алексеевна, Ненченко Эвелина Дмитриевна, Макаюва Анастасия Ерсайновна. Профилактика и диагностика плоскостопия у детей школьного возраста. КГБПОУ «Бийский медицинский колледж» 81
- 2 Громова Светлана Александровна, Аркатова Арина Максимовна. Роль диеты и витаминной подготовки к образовательному процессу студентов медицинского техникума. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум» 86
- 3 Груздева Дарина Владимировна, Наумова Диана Валерьевна. VR-терапия. КГБПОУ «Бийский медицинский колледж» 90
- 4 Дамс Алена Анатольевна, Поляков Антон Валерьевич. Проблема применения наркотических анальгетиков среди населения. КГБПОУ «Дивногорский медицинский техникум» 95
- 5 Дембирель Артыш Дмитриевич. Исследование рационального питания студентов. ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж» 99
- 6 Дорофеева Полина Сергеевна, Кудашова Софья Евгеньевна. Определение содержания витамина в пищевых продуктах. КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум» 104
- 7 Зуева Ольга Владимировна. Повышение осведомлённости населения по профилактике чесотки. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум» 108
- 8 Кондратова Виктория Викторовна. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска артериальной гипертензии у медицинской сестры. КГБПОУ «Каменский медицинский колледж» 111
- 9 Котыляк Елена Николаевна. Физиологические особенности подростковой и молодёжной психосоматики. КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум» 114
- 10 Линова Полина Сергеевна. Динамика эмоционального состояния первородящих женщин на занятиях в школе материнства. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум» 119
- 11 Максимова Арина Максимовна, Новгородцева Злата Сергеевна. Влияние частого использования гаджетов на качество сна молодёжи. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» 123
- 12 Маркина Олеся Александровна. Синдром профессионального выгорания фельдшера скорой медицинской помощи. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» 127
- 13 Меджитова Инна Сергеевна. Оценка влияния физико-химических показателей снега на изменчивость растений при различных уровнях техногенной нагрузки (на примере микрорайона Поток г. Барнаул). КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» 132
- 14 Миронова Мария Васильевна. Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии. КГБПОУ «Бийский медицинский колледж» 135
- 15 Монгуш Айлан Шораан-ооловна. Проблема сифилиса в нашей стране и Республике Тыва. ГБПОУ РТ «РМК» 139
- 16 Мустафаева Эльмира Рустамовна. Психологическая адаптация женщин к многоплодной беременности. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум» 142
- 17 Неретдинова Валентина Владиславовна. Профилактика синдрома эмоционального выгорания у сотрудников женской консультации. КГБПОУ «Красноярский

	медицинский техникум»	
18	Сат Алдын-Шуру Бай-Вековна. Влияние неполноценного сна на здоровье и успеваемость студентов. ГБПОУ РТ «РМК	149
19	Тмоян Анастасия Владимировна. Деятельность медицинской сестры по профилактике страха внезапной смерти у пациентов с тромбоэмболией лёгочной артерии. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»	154
20	Холопова Олеся Владимировна. Прокрастинация - феномен современности. КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»	159
21	Цымбулова Анна Ивановна. Профилактика и разрешение конфликтов в медицинских организациях. КГБПОУ «Каменский медицинский колледж	162
22	Шах Алевтина Николаевна. Повышение информированности населения Большемуртинского района по профилактике туберкулёза. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»	166
23	Штеркель Елизавета Владимировна. Влияние косметических средств на здоровье. КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум»	169

Профессиональные модули

1	Катюкова Юлия Евгеньевна, Кайзер Екатерина Андреевна. Вкус жизни: как диеты влияют на наше здоровье? КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»	173
2	Кирейцева Виктория Алексеевна. Анализ распространённости расстройств психики и поведения на фоне употребления психоактивных веществ населения г. Красноярск за период 01.01.2022 г.-31.12.2024 г. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»	178
3	Киселева Яна Андреевна. Витамины вокруг нас. КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»	181
4	Кренинина Дарья Дмитриевна, Абжалова Наргиза Азизилловна. Причины возникновения и профилактика синдрома профессионального выгорания у студентов. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	183
5	Крицкая Юлия Евгеньевна. Просветительская деятельность медицинской сестры по профилактике первичного гипотиреоза. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»	186
6	Кузнецов Максим Анатольевич. Влияние информированности матерей на пролонгацию процесса естественного вскармливания грудных детей. КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»	190
7	Кусаинова Аина Ергазиевна. Атеросклероз – угроза вселенной. КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»	194
8	Ланина Альбина Денисовна, Щеглова Ариадна Денисовна, Щербакова Емельяна Игоревна, Свиридова Арина Валерьевна. Любовные отношения в подростковом возрасте. КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»	198
9	Мельчукова Валентина Владимировна, Ковтун Алексей Григорьевич. Влияние здорового образа жизни на течение климактерия КГБПОУ «Родинский медицинский колледж»	201
10	Мига Ирина Игоревна. Разработка интерактивных профилактических мероприятий для снижения негативного влияния гаджетов на здоровье детей: гигиена «на ладони». БПОУ ОО «Медицинский колледж»	206
11	Мосин Павел Евгеньевич. Утилизация твёрдых коммунальных отходов в городской черте. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	211
12	Нощенко Анна Алексеевна, Кравченко Юлия Алексеевна, Дубрава Анастасия Андреевна. «Пончики = Счастье» или что такое компульсивное переедание. КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»	216
13	Ольховская Дарья Константиновна. Информированность студентов о специфической профилактике рака шейки матки. КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»	220
14	Райт Виктория Эдуардовна, Юрьева Диана Владимировна. Особенности выбора средств личной гигиены в период менструации. КГБПОУ «Родинский	225

	медицинский колледж»	
15	Ратничихина Анастасия Алексеевна, Свиридова Ксения Васильевна. Дыши свободно. КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»	231
16	Рогозин Олег Евгеньевич. Сравнительная характеристика различных методов изготовления провизорных коронок. БПОУ ОО «Медицинский колледж»	234
17	Толок Лилия Алексеевна, Гутникова Дарья Владимировна. Взаимодействие лекарственных препаратов с продуктами питания. КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум»	240
18	Уханова Ольга Сергеевна. Восстановление осанки у школьников начальных классов посредством кинезиотейпирования. БПОУ ОО «Медицинский колледж»	245
19	Хабарова Ирина Павловна, Сагалакова Екатерина Гавриловна. Проблема первичного выявления пациентов с артериальной гипертензией. КГБПОУ «Дивногорский медицинский техникум»	249
20	Цыганкова Екатерина Владимировна, Григорьева Светлана Антоновна, Логинова Анна Олеговна. Исследование проблемы часто болеющих детей. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	252
21	Юрьева Таисия Евгеньевна. Углеводная зависимость в современном обществе. КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»	255

МАТЕМАТИКА В ХИРУРГИИ

Гайнудинова Кира Андреевна

Руководитель: Зверева Наталья Алексеевна

ФГБОУ ВО ИРГУПС Медицинский колледж железнодорожного транспорта

В современном мире медицина и математика тесно переплетаются, образуя мощный инструмент для сохранения здоровья и спасения жизней. В хирургии математические методы обеспечивают точность, эффективность и безопасность операций, играя ключевую роль от планирования до послеоперационного восстановления.

В данной работе мы рассмотрим применение математических методов для:

- оптимизации хирургических операций;
- точного планирования хирургических вмешательств;
- контроля жизненно важных показателей пациента;
- прогнозирования хода восстановления после операции;
- проведения сложных расчетов в лучевой терапии и лапароскопии.

Цель проекта: подчеркнуть важность математики в хирургии и ее влияние на результаты операций.

Задачи проекта:

- исследовать применение математики в различных хирургических областях;
- осветить роль математических расчетов и моделирование в планировании операций;
- показать, как математика помогает контролировать кровотечения, рассчитывать дозировки, определять длину швов и прогнозировать заживление;

- рассказать о сложных математических расчетах в лучевой терапии и лапароскопии.

Методы исследования:

- изучение научной литературы и публикаций по теме проекта;
- проведение интервью с хирургами и математиками, работающими в области медицины;
- создание презентации, видеороликов (буклета) и других информационных материалов;
- организация бесед и мастер-классов для студентов медицинских и математических специальностей;
- анализ результатов проекта и подготовка отчёта.

Хирургия – сложная и ответственная область, сочетающая науку, технику и искусство. Успех операции и состояние пациента зависят от множества факторов:

- точная диагностика и планирование, минимизация рисков, максимальная польза;
- технологические инновации, эндоскопия, робототехника, 3D-печать имплантатов;
- анестезиология и реанимация, обеспечение безопасности пациента;
- психологическая поддержка, снижение тревоги и страха;
- этика и мораль, уважение прав пациента, действия в его интересах;
- постоянное обучение и развитие, освоение новых методик.

Хирургия требует от врача профессионализма, эмоциональной устойчивости и сострадания, а также постоянного самосовершенствования.

Хирургия требует высокой точности и аккуратности, и математика играет ключевую роль в обеспечении этого. Она позволяет хирургам проводить операции эффективнее и безопаснее, применяясь в различных аспектах:

- расчёт дозировки препаратов. Математические формулы и таблицы учитывают вес, возраст и состояние пациента для точного определения дозы. Ошибки в расчётах могут привести к серьёзным последствиям, поэтому точность и аккуратность в этом вопросе крайне важны.

- планирование операций. Математические расчеты и моделирование позволяют спланировать ход операции, минимизируя риски и оптимизируя результат.

- контроль кровотечения. Математика также помогает хирургам контролировать кровотечение во время операции. Для этого используются различные методы, такие как Методы пережатия сосудов и применения гемостатических материалов основаны на математических расчетах для определения места и интенсивности кровотечения.

- определение длины швов и времени заживления ран. Математические модели прогнозируют заживление раны, помогая определить оптимальное время снятия швов и избежать осложнений.

- лучевая терапия и лапароскопические операции. Сложные математические расчеты обеспечивают высокую точность направления излучения или инструмент на поражённые участки.

- расчёт объёма жидкости. Учитываются вес пациента, состояние, тип операции и индивидуальные особенности для поддержания кровообращения и удаления токсинов. Для этого используются математические расчёты объёма жидкости и скорости её введения.

Математика необходима для принятия обоснованных решений и обеспечения наилучших результатов в хирургической практике.

Расчёт дозировки препаратов в хирургии. Перед операцией необходимо точно рассчитать дозировку препаратов, учитывая вес, возраст и состояние пациента, используя математические формулы (например, $D = C \times V \times m$, где D - доза, C - концентрация, V - объем, m - масса тела). Важна корректировка дозы с учетом возраста (снижение метаболизма), сопутствующих заболеваний (влияние на метаболизм) и индивидуальной чувствительности.

После введения препарата необходим контроль за состоянием пациента и повторный расчет дозы при необходимости. Точный расчет дозировки обязателен для безопасности и эффективности операции, позволяет избежать передозировки или недостаточной дозировки.

Пример. Расчет анестезии для пациентки (пациентка 90 кг).

Расчет ведется на тощую массу тела (ТМТ): (рост - 105) + 20-30%.

При росте 165 см, ТМТ = 72-78 кг (округляем до 75 кг).

Препараты для вводной анестезии (примеры):

- тиопентал натрия - 4 мг/кг на ТМТ (300 мг);

- этомидат - 0,1-0,3 мг/кг (15 мг);

- кетамин - 1 мг/кг (75 мг).

Миорелаксанты (примеры):

- рокуроний - до 0,6 мг/кг на ТМТ (45 мг);

- сукцинилхолин - 1-1,5 мг/кг (90 мг).

Особенности. позиционирование, преоксигенация, мониторинг гемодинамики и нейромышечной проводимости, декураризация, контроль восстановления сознания.

Важно! Расчеты на ТМТ, учет сопутствующих заболеваний, привлечение опытного анестезиолога. Данный пример - базовый и требует корректировки в зависимости от ситуации.

Пример. Пациент мужчина, 80 кг, потерял 2 литра крови.

Исходный ОЦК - $80 \times 70 = 5600$ мл (5.6 л). Кровопотеря - $(2000 / 5600) \times 100\% = 35.7\%$.

Степень – среднетяжелая.

Важные замечания: у ослабленных пациентов и людей с сердечной недостаточностью критические показатели ниже, при острой кровопотере организм не успевает адаптироваться, необходимо учитывать состояние пациента и сопутствующие заболевания.

В заключение, математика – незаменимый инструмент для хирургов, обеспечивающий точность, безопасность, минимизацию рисков и ускоренное выздоровление, что делает её ключевым элементом современной медицины.

Широкое использование математики в области медицины только развивается, но оно может создать настоящую революцию во всех сферах жизни общества, предъявляет новые требования к профессиональным качествам специалистов. Современный этап развития

общества характеризуется качественным изменением деятельности медицинского персонала, которое связано с широким применением математики, имеющих место в медицинской практике. Врачи подтверждают, что каждый день в своей работе встречаются с математическими расчётами и без математики обойтись в современной медицине невозможно.

В процессе работы над проектом был подготовлен буклет с информацией по теме исследования.

2.1 Расчёт дозировки препаратов

А. Формула для расчёта дозы:

$$D = C \times V \times m$$

- D — доза,
- C — концентрация,
- V — объём,
- m — масса тела пациента.

Б. Корректировка дозы:
 Учитывать возраст, сопутствующие заболевания и индивидуальную чувствительность.

В. Контроль состояния пациента:
 Мониторинг побочных эффектов и корректировка дозы при необходимости.

2.2 Расчёт анестезии для пациентки:

90 кг, 165 см.

А. Тошая масса тела (ТМТ): главным образом тошая масса представлена костями, мышцами, белками, сухожилиями и тканями всех внутренних органов.
 $TMT = 75 \text{ кг}$ (среднее значение).

Б. Дозы препаратов:

- Тиопентал натрия: $4 \text{ мг/кг} \rightarrow 300 \text{ мг}$
- Этиomidat: $0,2 \text{ мг/кг} \rightarrow 15 \text{ мг}$
- Кетамин: $1 \text{ мг/кг} \rightarrow 75 \text{ мг}$
- Рокуроний: $0,6 \text{ мг/кг} \rightarrow 45 \text{ мг}$
- Суxанилxолин: $1,2 \text{ мг/кг} \rightarrow 90 \text{ мг}$

В. Преоксигенация: 3 минуты с 100% O₂ перед плановой операцией.

Г. Интраоперационный контроль:
 Мониторинг гемодинамики и нейромышечной проводимости.

Д. Выведение из анестезии:
 Декураризация и контроль восстановления сознания.
 Эти расчёты требуют корректировок в зависимости от состояния пациентки и типа операции.



Успешное сочетание хирургического мастерства и математической точности обеспечивает высокое качество медицинской помощи, что является залогом здоровья и благополучия пациентов.



ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Иркутский государственный университет путей сообщения»
(ФГБОУ ВО ИРГУПС)

Медицинский колледж железнодорожного транспорта
Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Математика в хирургии



Выполнил:
Студент гр.СД-9-24-1(И.О)
Гайнудинова К. А.

Иркутск 2025

Хирургия и математика—науки, спасающие жизни

Хирургия — это не только наука, но и искусство, требующее от хирурга высокой квалификации, профессионализма и эмоциональной устойчивости. Успех операции зависит от множества факторов, включая:

- 1. Точность диагностики и планирования:** важно тщательно изучить состояние пациента и разработать индивидуальный план операции.
- 2. Технологические инновации:** использование современных технологий, таких как роботизированные системы и 3D-печать, значительно повышает точность вмешательств.
- 3. Анестезиология и реанимация:** безопасность пациента во время операции обеспечивается сложной работой анестезиологов.
- 4. Психологическая поддержка:** эмоциональная поддержка пациентов помогает снизить уровень стресса и тревоги.
- 5. Этика и мораль:** хирург должен действовать в интересах пациента, уважая его права и достоинство.
- 6. Постоянное обучение:** медицина постоянно развивается, и хирургам необходимо быть в курсе новых методов и технологий.

Математика в Хирургии

Математика играет ключевую роль в хирургии, обеспечивая точность и безопасность операций. Вот основные направления применения математики:

- **Расчёт дозировки препаратов.** Точные математические расчёты необходимы для определения дозировки анестетиков и других медикаментов.
- **Планирование операций.** Математические модели помогают хирургу спланировать последовательность действий и рассчитать время, необходимое для выполнения операции.
- **Контроль кровотечения.** Использование математических методов для оценки интенсивности кровотечения позволяет эффективно контролировать ситуацию во время вмешательства.
- **Определение длины швов и времени заживления.** Модели заживления ран помогают предсказать сроки восстановления и избежать осложнений.
- **Лучевая терапия и лапароскопические операции.** Высокая точность, необходимая в этих областях, также требует применения математических методов.



Взаимосвязь между хирургией и математикой подчеркивает важность интеграции научных методов в медицинскую практику. Хирургия, как искусство, требует не только мастерства и точности, но и глубокого понимания математических принципов, которые позволяют оптимизировать процессы и повысить безопасность пациентов. Постоянное развитие технологий и методов в этой области открывает новые горизонты для хирургов, позволяя им эффективно справляться с вызовами современности.

Рисунок 1 – Буклет Математика в хирургии

Список использованных источников

1. Веретенникова, С. Ю. Лечение пациентов хирургического профиля. Сборник задач: учебное пособие для СПО/ С. Ю. Веретенникова. 4-е изд., стер. - Санкт-Петербург: Лань, 2024. – 40 с. Текст: непосредственный.
2. Дружинина, И. В. Математика для студентов медицинских колледжей: учебное пособие для СПО/ И. В. Дружинина. – 4-е изд., стер. Санкт-Петербург: Лань, 2022 – 188 с.: ил. – Текст: непосредственный.
3. Шимова, Ю. С. Моделирование биологических процессов: учеб. Пособие/ Ю.С. Шимова, Н. Ю. Демиденко; СибГУ№ им. М. Ф. Решетнева. – Красноярск, 2018. – 96 с.
Информация из ИНТЕРНЕТ:
4. Математика. Международная сеть школ Абакус центр. [Электронный ресурс] //URL: <https://abakus-center.ru/blog/istoriya-razvitiyachisel?ysclid=lt7ff54plz723227386> (дата обращения: 17.02.2025).
5. Оценка тяжести кровопотери в хирургической практике. Часть I / Статья на сайте Волынской больницы от 2 апреля 2016 г. [Электронный ресурс] //URL: <https://volynka.ru/Articles/Text/949?ysclid=m8pog054cf459378718> (дата обращения: 22.02.2025).
6. Способы определения объема кровопотери. [Электронный ресурс] //URL: <https://meduniver.com/Medical/Neotlogka/641.html> (дата обращения: 19.02.2025).

ВЛИЯНИЕ НАУШНИКОВ НА СЛУХ ЧЕЛОВЕКА

Репехо Яна Леонидовна
Руководитель: Субботина Татьяна Юрьевна
ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»

Современный мир неразрывно связан с использованием различных аудиоустройств, среди которых наушники занимают особое место. От мелодий, сопровождающих наше утро, до подкастов, делающих поездки на общественном транспорте более увлекательными, наушники стали неотъемлемой частью повседневной жизни. Однако с ростом популярности наушников возрастает и беспокойство по поводу их влияния на здоровье слуха.

Наушники, особенно при неправильном использовании, могут привести к избыточной акустической нагрузке на слуховой аппарат, что может вызвать различные патологии, от временной потерянной чувствительности до постоянного нарушения слуха.

Актуальность исследования определяется тем, что наушники широко используются людьми, потенциально вредны, помогают разработать рекомендации по безопасному использованию и позволяют проводить эксперименты.

Использование наушников, особенно при высокой громкости, может оказывать значительное влияние на слух человека. Риски, связанные с использованием наушников:

1. длительность прослушивания: чем дольше человек слушает звук через наушники, тем выше риск повреждения слуха;
2. вкладыши (внутриканальные наушники) могут создавать более высокое давление звука на барабанную перепонку, чем накладные наушники, что увеличивает риск повреждения слуха.

Как показали исследования в области человеческого слуха, использование наушников при занятиях спортом опасно. При интенсивной физической нагрузке кровь отливает от головы к нагружаемым конечностям, и уши становятся намного более уязвимыми для громкого звука. Специалисты утверждают, что при занятиях спортом риск получения акустической травмы увеличивается вдвое. Но многие из нас не снимают наушники при занятии спортом и физической культуры.

Использование наушников на дороге – смертельно опасно. Эксперты отмечают,

что в момент, когда человек передвигается пешком по улице, при этом, слушая музыку в наушниках, он сильно отвлекается от ситуации в окружающем мире, поскольку мозг больше сосредотачивается на музыке, а не на внешних стимулах.

Влияние наушников на слух человека с физической точки зрения имеет огромное значение и ряд рисков, связанных с их использованием. Изучив теоретические аспекты влияния наушников на орган слуха человека, нами было решено провести эксперимент.

В эксперименте приняли участие студенты ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж» 1 курса специальности Сестринское дело.

В данном исследовании 3 респондентов (А, Б, В) по очереди в течение 3 минут слушали музыку при высоких диапазонах громкости, после чего они перешли по очереди в закрытую аудиторию без посторонних звуков.

Респонденту А, Б, В было предложено удалиться от модератора в дальний угол. Модератор попросил респондента прикрыть сначала левое ухо, затем правое, после оба уха, в процессе исследования модератор называл слова, респондент должен был назвать слово вслух, то которое услышал.

В ходе исследования респондент А. не назвал ни одного слова правильно, также было замечено, что тестируемый часто и при высоких амплитудах слушает музыку в наушниках. Таким образом, можно сделать вывод о том, что влияние громкости и частое прослушивание музыки через наушники влияет на временную потерю слуха, а при частом использовании и повлечь за собой его потерю.

Респондент Б. назвал правильно 2 слова, можно сделать вывод, что тестируемый не так часто слушает музыку и не при высоких диапазонах.

Респондент В. как выяснилось в ходе исследования никогда не слушает музыку через наушники, таким образом, сам тестируемый говорит о том, что прослушивание через наушники – для него является раздражающим эффектом, после даже болями в голове.

Проанализировав данные респондентов, нами было замечено, что частое прослушивание музыки через наушники влияет на рефлекс в среднем ухе, что и ослабляет его (респондент А). А респондент В. поступает правильно, т.к. звук, передающийся не через наушники, а через колонки является рассеянным и не оказывает высокого давления на ухо и его слух в дальнейшем.

Проанализировав теоретические сведения по использованию наушников и их влияния на орган слуха, а также после проведения эксперимента, нами было решено создать рекомендации по безопасному использованию наушников.

Рекомендации включают в себя простые правила по безопасному использованию наушников, а также частоту и диапазон звуковых колебаний. Рекомендации будут полезны не только для молодежи, а также для широкого круга людей. Рекомендации представляют собой некую памятку, которая поможет защитить орган слуха при прослушивании музыки через наушники.

Постоянное прослушивание громкой музыки через наушники на улице, в спортзале, в транспорте и везде, где только можно, неизбежно ведет к снижению слуха.

Конечно, полностью отказаться от использования наушников в повседневной жизни невозможно, но необходимо выполнять простые правила, которые помогут сохранить слух. Мы считаем, что необходимо соблюдать простые рекомендации при пользовании наушниками. Для этого нами было решено создать рекомендации по безопасному использованию наушников в повседневной жизни, соблюдая их, пользователь может защитить себя от вредного воздействия физических колебаний, передающихся через наушники.

Список использованных источников

1. Билич, Г. А. Человек и его здоровье / Г. А. Билич, Л.В. Назарбо // Популярная медицинская энциклопедия. - Мвече, 2020.
2. Енохович, А. С. Справочник по физике и технике. Пособие для учащихся / А. С. Енохович. - Москва: Просвещение, 2021.

3. Вуджат, Дж. Настольная книга по громкоговорителям и наушникам / Дж. Вуджат. - Москва: Изд-во Hearnnet, 2021.
4. Палеева, Н. Р. Справочник врача общей практики / Н. Р. Палеева, Н. П. Бочнов, В. А. Насанова. – Москва: Издательство Эксмо, 2021.
5. Интернет – источники. Режим доступа: <https://cgon.rospotrebnadzor.ru/naseleniyu/zdorovyy-obraz-zhizni/kak-pravilno-polzovatsya-naushnikami/>.
6. Интернет – источники. Режим доступа: <https://en.m.wikipedia.org/wiki/Headphones>.
7. Интернет – источники. Режим доступа: <https://pudp.ru/48297>.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ДОМУ В РАМКАХ ДВИЖЕНИЯ "ВОЛОНТЁРЫ МЕДИКИ".

Решетова Дарья Александровна
Руководитель: Басалаева Юлия Митрофановна
КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»

Сахарный диабет является распространенным заболеванием. Пациенты которые долго болеют сахарным диабетом не получают должного внимания со стороны медицинских работников. У них страдает память, и они нуждаются в дополнительном консультировании и рекомендациях обучения со стороны медицинской сестры. Сахарный диабет связан с высокой степенью возникновения осложнений, включая заболевания сердца, почек, сетчатки и неврологических заболеваний. При этом сахарный диабет долгое время может протекать без симптомов, а затем обернуться тяжелейшими осложнениями, ведущими к инвалидности и смерти.

Актуальность, данного проекта в том, что пациенты, страдающие сахарным диабетом, не могут самостоятельно и в полной мере обслуживать себя на дому.

Цель: показать работу по организации медицинского и социального ухода за пациентом с сахарным диабетом на дому в рамках движения "волонтеры медики".

Объект: сахарный диабет.

Предмет: уход при сахарном диабете.

Задачи:

1. Рассмотреть основные понятия заболевания сахарный диабет.
2. Выявить основные этапы сестринского ухода за пациентами с сахарным диабетом на дому.
3. Определить основные этапы работы проекта.
4. Подвести промежуточные итоги работы проекта.

Сахарный диабет – это целая группа эндокринных болезней, объединенных общим признаком: в основе лежат расстройства углеводного обмена. В организме формируется дефицит гормона инсулина, вырабатываемого поджелудочной железой, либо клетки тела перестают адекватно реагировать на него, из-за чего в плазме крови повышается уровень глюкозы. Клетки при этом страдают от дефицита энергии, голодают, даже при достаточном поступлении углеводов с пищей.

Выделяют два основных типа диабета:

Диабет 1-го типа – это инсулинозависимый сахарный диабет (ИЗСД). Заболевание связано с нарушением функции поджелудочной железы. Именно поджелудочная железа вырабатывает инсулин.

Диабет 2-го типа – инсулиннезависимый сахарный диабет (ИНСД). Этот тип заболевания обусловлен потерей тканями чувствительности к инсулину

Факторы риска сахарного диабета I типа

-наследственность — вероятность заболеть выше, если диабет есть у кровных

родственников;

-некоторые вирусные инфекции (например, краснуха, инфекционный мононуклеоз) могут спровоцировать аутоиммунную реакцию организма, из-за которой иммунная система атакует клетки поджелудочной железы.

Факторы риска сахарного диабета II типа

- лишний вес и ожирение;
- сидячий образ жизни (без физической активности глюкоза расщепляется медленнее, поэтому клетки могут стать менее чувствительными к инсулину);
- сахарный диабет у кровных родственников;
- возраст старше 45 лет;
- сахарный диабет во время беременности;
- рождение ребёнка весом более 4 кг;
- депрессия;
- сердечно-сосудистые заболевания;
- артериальная гипертензия (давление выше 140/90 мм рт. ст.);
- высокий уровень «плохого» холестерина высокой плотности (более 0,9 ммоль/л) и триглицеридов (более 2,82 ммоль/л);

Проблемы при сахарном диабете

Приоритетные проблемы пациентов:

- Жажда;
- Кожный зуд, сухость кожи;
- Повышенный аппетит;
- Потеря веса;
- Слабость, утомляемость;
- Снижение острого зрения;
- Боли в сердце;
- Боли в нижних конечностях;
- Необходимость постоянно соблюдать диету;
- Необходимость постоянного введения инсулина или приема антидиабетических препаратов.

Потенциальные проблемы:

- Прекоматозное и коматозное состояние;
- Гангрены нижних конечностей;
- Острый инфаркт миокарда;
- Хроническая почечная недостаточность;
- Катаракты и диабетическая ретинопатия с ухудшением зрения;
- Гнойные заболевания кожи;
- Медленное заживление ран, в том числе и послеоперационных.

Причины сахарного диабета

Причинами сахарного диабета являются:

- сбой в работе иммунной системы
- генетические нарушения
- вирусные инфекции
- хронические заболевания, при которых поражается поджелудочная железа, - муковисцидоз, панкреатит, гемохроматоз;
- эндокринные заболевания — синдром Кушинга, акромегалия;
- токсины (например, родентициды, которые применяются для уничтожения грызунов, тяжёлые металлы, нитраты);
- особенности питания
- лекарственные препараты — некоторые гормональные средства (в частности, глюкокортикостероиды), отдельные лекарства для лечения заболеваний сердца и нервной системы, препараты витаминов группы В (при чрезмерном употреблении).

Осложнения СД

Осложнения обычно развиваются у пациентов с запущенным сахарным диабетом и включают ретинопатию, нефропатию и полиневропатию.

Диабетическая кома — осложнение сахарного диабета, связанное со слишком высоким или, наоборот, низким уровнем сахара в крови.

В зависимости от концентрации глюкозы в крови диабетическую кому делят на два вида: гипогликемическая и гипергликемическая

Гипогликемическая кома обычно возникает у людей с СД, которые находятся на инсулинотерапии.

Лечение сахарного диабета

Вылечиться от сахарного диабета невозможно.

Терапия направлена на поддержание допустимого уровня глюкозы в крови и предотвращение осложнений болезни.

Диета при сахарном диабете

Специальной диеты для людей с сахарным диабетом не существует, но людям с таким диагнозом важно ежедневно считать количество съеденных углеводов и вести пищевой дневник.

Подсчёт углеводов — основа диеты для людей с сахарным диабетом, находящихся на инсулинотерапии. Для этого используют универсальный параметр — хлебную единицу (ХЕ).

Количество углеводов в рационе человека с диабетом I типа в среднем не должно превышать 17 хлебных единиц за день.

Рассчитать необходимое количество углеводов в день можно с диетологом или лечащим врачом. После перевода съеденных углеводов в хлебные единицы врач поможет определить объём инсулина, который потребуется для усвоения глюкозы. Со временем человек научится подсчитывать это сам.

Основные задачи ухода за пациентом на дому

Поскольку качественный уход за пациентом представляет собой хорошо отработанную технологию, обоснованную с медицинской и научной точек зрения, то основные задачи:

- обеспечение максимального комфорта;

- снятие негативного состояния;

- недопущение развития осложнений.

- улучшить качество жизни, а также обеспечить комплекс медицинских мероприятий, направленных не только на избавление от текущих проблем, но и предотвращение новых – основные цели, которые ставятся перед сестринским процессом.

Поскольку для успешного лечения важна не только история болезни, но и психологическое состояние человека, то дополнительно в рамках сестринского процесса проводится работа с семьей пациента.

Медсестра обязана провести беседу с человеком, больным диабетом, и его родными на предмет необходимости отказа от вредных привычек. Указать на важность соблюдения диеты, а также помочь в ее составлении. Также на этом этапе необходимо убедить пациента в том, что физические нагрузки необходимы для успешной терапии.

Должна быть проведена беседа, в которой раскрываются причины возникновения заболевания, его сущность и возможные осложнения в случае несоблюдения рекомендаций врача.

Информация об инсулинотерапии дается в полном объеме во время работы с семьей. Также необходимо обеспечить своевременное введение инсулина и научить контролировать состояние кожи. На этом этапе необходимо научить снимать все важные показатели.

Нужно убедить пациента в необходимости постоянного наблюдения эндокринологом. Научить его правильно ухаживать за ногами и самостоятельно снимать проявления гипогликемии, а также измерять артериальное давление. В число рекомендаций входят посещение всех врачей и специалистов, своевременная сдача анализов и ведение дневника, в котором будет отражаться текущее состояние.

Патронаж при сахарном диабете осуществляется медсестрами или сиделками с

медицинским образованием.

Патронаж при сахарном диабете 1 и 2 типа обязательно включает:

- Профилактику развития диабетической стопы.
- Уход за кожей
- Массаж.
- Гимнастика
- Кормление/Приготовление еды
- Контроль показателей здоровья.
- Прием препаратов.
- Введение инъекций, выдача и контроль приема пероральных препаратов.
- Профилактика липодистрофии.

В КГБПОУ «Каменский медицинский колледж» по просьбе одной из жителей г.Камень-на-Оби с целью оказания волонтерской помощи обратились сотрудники Управление социальной защиты населения по Каменскому, Крутихинскому и Баевскому районам.

Механизм реализации проекта, данный проект «Организация медицинского и социального ухода за пациентом с сахарным диабетом на дому в рамках движения "волонтеры медики"» стартовал 5 сентября 2023 года, Была создана команда 7 студентов волонтеров-медиков, куратор проекта Басалаева Ю.М. В течении работы состав команды пополнялся и достиг 14 студентов из волонтеров-медиков. С целью рационального посещения подопечной было составлено расписание ежедневных посещений.

Цель данного проекта - улучшение качества жизни подопечной с сахарным диабетом на дому.

Задачи:

- Получение согласия, обсуждение с пациентом основных моментов (оказываемых услуг).
- Отбор и подготовка волонтеров медиков.
- Обучение волонтеров медиков основным правилам ухода за пациентом.
- Организация и контроль деятельности волонтеров медиков.

Описание благополучателя и социальные партнёры

Куприна Людмила Алексеевна 1935 года рождения. Болеет сахарным диабетом 1 типа (инсулинозависимый тип), бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, так же страдает глаукомой. Подопечная не в состоянии самостоятельно принимать лекарственные препараты, контролировать уровень сахара в крови и артериальное давление.

Социальные партнёры:

1. КГБУЗ «Каменская Межрайонная больница»
2. Управление социальной защиты населения по Каменскому, Крутихинскому и Баевскому районам.

Этапы работы

1. Составление и подписание согласия на предоставление услуг.
2. Оказание помощи в измерении глюкозы крови.
3. Оказание помощи в измерении артериального давления.
4. Оказание помощи при подкожном введении инсулина.
5. Оказание помощи в организации питания.
6. Оказание помощи в распределении лекарственных препаратов.
7. Оказание помощи в получении медицинских услуг.

Промежуточные итоги

У подопечной снизилась тревожность, не чувствует себя одинокой, нормализовался уровень сахара в крови и артериальное давление, своевременно получает лекарственные препараты и инъекции инсулина. С 1.12.2024 по 30.03.2025 в связи с обстоятельствами, было принято командное решение увеличить посещаемость 2 раза в сутки (утро, вечер), с этой целью расписание было скорректировано.

Перспективы

1. Увеличить количество подопечных

2. Обучение родственников подопечных:

1. Измерению уровня сахара крови.
2. Расчёту дозировки лекарственных препаратов.
3. Формирование уровня необходимости своевременного применения лекарственных препаратов.

Вывод

В связи с тем, что лечение сахарного диабета является пожизненным, оно может быть результативным только в случае самоконтроля пациентов за своим заболеванием, поэтому главной задачей является оказание всевозможной помощи, внимания, поддержки и заботы, в том числе и помощи волонтеров.

Наша цель – дать почувствовать нашим наименее защищенным согражданам, что они не брошены и не забыты.

Список литературы

1. Методические рекомендации по профилактике сахарного диабета: Аметов, Александр Сергеевич. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: Т. 1 / Александр Сергеевич Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. (Дата обращения 18.04.2025г)

2. Лечение сахарного диабета: Бондарь, Татьяна Петровна. Лабораторно-клиническая диагностика сахарного диабета и его осложнений / Татьяна Петровна Бондарь, Геннадий Иванович Козинец. – М.: Медицинское информационное агентство (Дата обращения 18.04.2025г)

3. Сахарный диабет 1 типа – режим доступа: <https://diabetmed.net/?yclid=17009998159698984959> (Дата обращения 18.04.2025г)

4. Лечение сахарного диабета на дому – режим доступа: <https://103skoraya.ru/info/patronazh/uhod-za-bolnymi-s-saharnym-diabetom/> (Дата обращения 17.04.2025г)

5. Инсулиновая липодистрофия – режим доступа: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/insulin-lipodystrophy (Дата обращения 15.04.2025г)

6. Диабетическая стопа симптомы и лечение – режим доступа: <https://probolezny.ru/diabeticheskaya-stopa/> (Дата обращения 16.04.2025г)

7. Консультация по сахарному диабету – режим доступа: <https://puzkarapuz.ru/consultation/rubric/endocrinologist/diabetes/> (Дата обращения 15.04.2025г)

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Савкина Оксана Николаевна,

Семенова Инна Юрьевна,

Тюрина Анастасия Сергеевна,

Шаройкина Елена Владимировна

Волкова Вероника Владимировна

Руководитель: Михеева Светлана Николаевна

КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»

В связи с ростом феминизации туберкулеза и его сочетания с беременностью, а также сохранением высокого уровня заболеваемости особую значимость для современного общества приобретает проблема безопасной реализации материнства.

Основные сложности, с которыми сталкиваются женщины фертильного возраста, имеющие активный туберкулезный процесс или туберкулез в анамнезе - это социальная

незащищенность, невысокий уровень дохода, неблагоприятное влияние туберкулезной инфекции не только на здоровье самой женщины, но и на здоровье ее будущих детей. Необходимо учесть, что заболеваемость туберкулезом беременных и родильниц в 1,5-2,5 раза выше общей заболеваемости женщин. Успешное восстановление их здоровья во многом определяется осуществлением реабилитационных мероприятий, но их перечень не определен.

Студентами «акушерского отделения» Барнаульского базового медицинского колледжа был разработан проект с целью создания рекомендаций по медико-социальной реабилитации женщин, больных туберкулезом легких, которые основываются на проведении медицинских, социальных и психологических мероприятиях для повышения приверженности к лечению и безопасной реализации репродуктивной функции.

Для достижения поставленной цели сформулированы и поставлены следующие задачи:

1. Анализ проблемы туберкулеза у беременных в Алтайском крае.
2. Анализ особенностей организации специализированной медицинской помощи женщинам, страдающим туберкулезом легких.
3. Анализ медико-социальной реабилитации больных туберкулезом женщин.
4. Составление рекомендаций по проведению медико-социальной реабилитации больных туберкулезом женщин фертильного возраста.

Идеей настоящего проекта стало предположение о том, что разработка плана медико-социальной реабилитации поможет решить проблему безопасной реализации репродуктивной функции женщин детородного возраста, страдающих туберкулезом.

Материалы и методы

В работе использовались методы: социологический; логического анализа; методика комплексной оценки социально-гигиенического портрета женщины с туберкулезом органов дыхания по результатам анкетирования; ретроспективный анализ первичной медицинской документации КГБУЗ АККПЦОМД «ДАР», консультативно-аналитическая работа с КГБУЗ «АКПД» по проведению медико-социальной реабилитации.

Результаты

На основе данных научных исследований и доклада Директора ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, главного внештатного специалиста фтизиатра Минздрава России, д.м.н., профессора И.А. Васильевой по вопросам повышения качества противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации подтверждена актуальность проблемы туберкулеза в современном обществе. На межрегиональной научно-практической конференции Фтизиатрия 2025 «Объединяя усилия, достигаем новые горизонты», прошедшей в г. Барнауле отмечены важность межведомственного взаимодействия, рост туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и его сочетания с ВИЧ-инфекцией, рост феминизации процесса и значение социальной поддержки больным туберкулезом. Алтайский край вошел в число 39 регионов, где поддержка оказывается, но по заболеваемости туберкулезом занимает 8 место.

На первом этапе работы с целью выяснения особенностей специализированной медицинской помощи женщинам, страдающим туберкулезом, было проведено анкетирование на базе родильных домов Барнаула КГБУЗ РД №1, АККПЦОМД "ДАР" и КГБУЗ ПКЦАК среди респондентов в количестве 50 человек в возрасте от 18 до 45 лет, проходивших стационарное лечение в течении 2024 - март 2025 г., а также сравнительный анализ двух клинических ситуаций.

Учитывая форму туберкулеза легких, респондентов разделили на две группы с активной формой - 8 человек и с неактивной - 42 женщины. В результате проведенного анализа характеристики беременности установлено, что у женщин, имеющих активную форму туберкулеза легких срок беременности в половине случаев приходится на третий триместр (4 чел), преобладают первородящие, планируемую беременность только у одной женщины, в анамнезе имеют прерывание беременности по медицинским показаниям - 4 человека (50%). При этом основным методом контрацепции в 50% случаев является

прерванный половой акт, на втором месте использование презервативов, на третьем - контрацептивы. В группе с неактивным туберкулезом срок беременности у 31 человека (71%) - третий триместр, преобладают повторнородящие, прерывание беременности по медицинским показаниям у 7 (17%) человек, беременность планируемая у 27 (64%). Методы контрацепции распределились достаточно равномерно - около 30% на каждый. Перечисленные данные подтверждают проблему безопасной реализации репродуктивной функции (контрацепции) у данного контингента пациенток. Прерывание нежелательных беременностей у женщин, больных туберкулезом легких, может привести к прогрессированию или обострению специфического процесса.

Среди активных форм туберкулеза легких преобладает инфильтративная - 4 человека (50%), выделяют МБТ - 5 женщин (63%) и только 1 пациентка (13%) отметила регулярное лечение, без нарушений. При неактивной форме длительность туберкулезного процесса составляет от 3 до 9 лет и все пациентки отметили соблюдение правил антибактериальной терапии.

Проведя анализ сопутствующих заболеваний, установлено, что наиболее часто встречается поражение органов дыхания и ЖКТ, нервной системы, а также анемический синдром в обеих группах респондентов. При активной форме преобладает сочетание нескольких патологий.

В ходе работы по результатам проведенного анкетирования был составлен социально-гигиенический портрет женщин с туберкулезом и проведен сравнительный анализ с данными теории, значительной разницы по основным характеристикам не выявлено.

Проанализировав основные задачи по повышению эффективности противотуберкулезных мероприятий, представленных на итоговой конференции фтизиатрической службы РФ, мы не увидели акцента на проблеме туберкулеза у женщин фертильного возраста и обратились для уточнения информации в КГБУЗ «АКПД». Медицинская реабилитация проводится в полном объеме на этапах стационарного и амбулаторного лечения, что привело к снижению заболеваемости туберкулезом в Алтайском крае более, чем в два раза. Проводится работа и в направлении социальной защиты, но в крае нет «Школы здоровья» для больных туберкулезом и специалиста по оказанию психологической помощи на постоянной основе (социальные работники и психологи не входят в штатное расписание противотуберкулезных учреждений).

С целью более глубокого анализа социальной и психологической помощи мы связались с организациями социальной защиты и выяснили, что адресной социальной помощи для семей, где проживает пациент с активным туберкулезом не оказывается. Консультативной помощи психолога, содействия в профессиональной реабилитации и трудоустройстве в полном объеме нет.

Ретроспективный анализ медицинской документации «АККЦОМД» по оказанию медицинской помощи беременным, страдающим туберкулезом, подтвердил актуальность проблемы медико-социальной реабилитации. На примере двух клинических ситуаций были разработаны индивидуальные программы по медико-социальной реабилитации женщин с туберкулезом легких после родоразрешения для снижения риска повторного возникновения заболевания и/или предупреждения осложнения после родоразрешения.

Выводы

1. Проблема туберкулеза легких у женщин фертильного возраста, в том числе у беременных является актуальной для Алтайского края.

2. Специализированная медицинская помощь беременным женщинам страдающим туберкулезом оказывается согласно Приказу Минздрава России от 13.12.2023 N 682н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при туберкулезе (диагностика и лечение)". Вопрос о пролонгировании или прерывании беременности решается индивидуально согласно Приказу №736 от 05.12.2007.

3. Медицинская помощь и реабилитация больным туберкулезом женщинам оказывается в полном объеме на базе КГБУЗ АКПД.

4. Основной проблемой в настоящий момент является социальная и психологическая реабилитация пациентов с туберкулезом.

5. При сотрудничестве с КГБУЗ АКПЦ составлены рекомендации по маршрутизации женщин после выписки из родильного дома и план занятий для женщин с туберкулезом легких в «Школе здоровья», а для пациенток - информационная памятка.

Заключение

Сочетание туберкулеза, беременности и материнства остается важной клинической проблемой для современного общества. Анализ специализированной медицинской помощи женщинам, страдающим туберкулезом, позволил нам лучше понять роль медико-социальной реабилитации для повышения приверженности к лечению этой опасной инфекции.

В результате проведенного исследования мы предложили конкретные рекомендации по маршрутизации женщин после выписки из родильного дома в зависимости от активности туберкулезного процесса с целью своевременного проведения санитарно-противоэпидемиологических мероприятий и безопасной реализацией репродуктивной функции. Учитывая, что в Алтайском крае нет «Школы здоровья» для больных туберкулезом, начата совместная работа с КГБУЗ АКПЦ в данном направлении и составлен план занятий для женщин фертильного возраста с учетом оценки социально-гигиенического портрета женщин. Дальнейшая работа над проектом позволит уменьшить количество непланируемых беременностей и возможно снизит риск рецидивов туберкулеза у женщин фертильного возраста.

Список использованных источников

1. Актуальные вопросы реабилитационной помощи в амбулаторной фтизиатрии. Корнева Н. В.1,2, Божков И. А.1,2,3, Владимирова О. Н.4, Севастьянов М.А.4,5, Силиди И. Ю.6. 2022г

2. Доклад ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом 12.11.2023г

3. З.Р. Амирова, Д.А. Тяпкина, А.А. Бородай, Корецкая Н.М. Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск ТУБЕРКУЛЕЗ, БЕРЕМЕННОСТЬ И МАТЕРИНСТВО 2021г.

4. Макаров О.В., Каюкова С.И., Стаханов В.А. Беременность и туберкулез// Рос. вестн. акушерства и гинекологии. 2022.

5. Малосиева В., Сатуева Э. Медико-социальные характеристики больных туберкулезом женщин. ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра фтизиопульмонологии. 2021г

6. Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Туберкулез в период беременности и грудного вскармливания 14.11.2023г

7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у женщин во время беременности и послеродовом периоде /Васильева Ирина Анатольевна, профессор, д.м.н. Адамян Лейла Владимировна, академик, профессор, д.м.н. Каюкова Светлана Ивановна, к.м.н. Акуленко Лариса Вениаминовна, профессор, д.м.н. Аксенова Валентина Александровна, профессор, д.м.н. Фролов Максим Юрьевич, к.м.н и др. - Москва, 2020г.

8. Эпидемиологические аспекты заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации Н. А. Боботина1, 2, О. Н. Меньшова1 2023г

9. Якимова А.В. Шкурупий В.А. Беременность и роды у больных туберкулёзом органов дыхания женщин: особенности развития и исход// Журнал акушерства и женских болезней. Т. LVIII.-Вып. 6. 2020г .

СБОРНИК СТИХОТВОРЕНИЙ СОБСТВЕННОГО СОЧИНЕНИЯ

*Синицына Диана Сергеевна,
Руководитель: Субботина Татьяна Юрьевна
ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»*

Стихотворение – это небольшое литературное произведение, написанное по законам стихосложения, жанр поэтической речи.

Стихотворение собственного сочинения - это стихотворение, написанное простым человеком.

Наверняка каждый человек задумывался о том, кто же написал самое первое стихотворение в мире. Вот и мы задумались над этим вопросом. Самое первое стихотворение в мире написал Абу Таммам. Именно он является первым поэтом.

Стихотворение можно не только прочитать или рассказать. А можно написать. Человек, который пишет стихотворения должен обладать большим словарным запасом, а также он должен уметь складывать рифму.

Существуют такие жанры стихотворений как эпический и лирический. К эпическим стихотворным жанрам относятся: былина, загадка, потешка, басня, сказка. К лирическим стихотворным жанрам относятся: ода, гимн, элегия, сонет, послание, мадригал, романс, рондо, эпиграмма, сатира. Дума, баллада, поэма, роман в стихах – лиро-эпические жанры.

Каждому человеку приходилось когда-то читать или учить стихотворения.

Актуальность работы заключается в том, что современному поколению до сих пор интересны стихотворения, так как они развивают мышление и способствуют улучшению памяти.

Стихотворение — это произведение, написанное рифмованной и ритмичной строкой, как правило, в нем описывается природа, чувства и мысли поэта, или какое-либо событие.

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

Во мне и загорелся этот огонь поэзии.

Моё поэтическое творчество началось в 2023 году, тогда-то у меня и появилось хобби. Меня стало интересовать литературное творчество, а если точнее сочинение стихотворений.

Родом я из Иркутской области города Зима. Мои стихотворения – это личные записки, личный дневник моей души – души, которая пережила первую неразделенную любовь.... Так и зародилось начало для моего поэтического творчества.

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

В моих стихах нет особой рифмы а, жанр стихотворения - любовное послание.

Мои стихи – произведения, которые воплощаются в свободное время.

Я считаю, что в стихах раскрывается душа и мое внутренне переживание.

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

Ранее мне не приходилось участвовать в каких-либо литературных конкурсах или творческих конкурсах. Лишь став студенткой ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж» в 2024 году мне представилась возможность принять участие во II городском литературном конкурсе среди молодёжи «Проба пера», который состоялся в октябре 21 октября 2024 года в Муниципальном учреждении культуры "Централизованная библиотечная система г. Саянска". В данном конкурсе я охотно приняла участие со своими стихами о любви. После подведения итогов конкурса я получила сертификат участника, это было моим первым достижением в поэтическом творчестве.

Есть также в моих дневниковых записях стихотворение, посвященное папе. Моего папу, как и многих других, призывали в ряды участника специальной военной операции

(СВО). Папа – для меня является важным человеком, не только потому, что я и он одной крови, но и потому что он самый близкий и родной человек, с папой я могу многое обсудить, он поможет с правильным выбором, он для меня всегда помощник и опора.

Стихотворение о войне, как раз было посвящено родному папе! Папу, конечно, не забрали в ряды СВО, но я думаю, это стихотворение всегда будет актуально и для воинов, находящихся сейчас в рядах СВО.

Кровавое поле, забитое войнами!
С автоматами в руках умирают...
А матери, волнуются плачут!
Всё ли хорошо с их сыновьями?
Жены в подушку страдая,
По любимому мужу скучая

Ребенка своего бережёт
Который отца своего ждёт!
Молодые парни, защищая родину..
Смысл жизни не теряя, идут воевать!
Чтобы мать, жену и сына
Увидеть скорее опять!

Мое творчество пополняется, приходят новые идеи к написанию стихотворений. Мои стихи рождаются в минуты, когда я испытываю глубокие чувства радости или грусти, сопереживания, возмущения, сострадания по поводу каких-то событий в окружающей жизни.

Это и послужило началом для создания сборника собственного сочинения стихов. В данный сборник будут включены стихотворения: «О любви...», стихотворение «о войне».

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

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

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

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

Моё творчество имеет только начало, пусть и небольшое, но очень увлекательное. Очень хочется поделиться своими стихами с теми людьми, которые проживают чувства любви, а может быть любви неразделенной и вспомнят свою первую любовь и первые чувства влюбленности.

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

Я буду очень рада, если мои стихи помогут кому-то увидеть тонкую, хрустальную душу влюбленного человека, а может наоборот пробудить чувства любви или влюбленности.

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

Список использованных источников

1. Лотман, Ю.М., Фомичев, С.А. Стихотворения Александра Пушкина / Ю.М. Лотман, С.А. Фомичев. - Санкт-Петербург: Наука, 2020. - 640 с.
2. Анализ лирического стихотворения: учебное пособие для студентов филологических факультетов / под редакцией Е.А. Балашова. – Москва, 2020.- 192 с.
3. Интернет - источники. - Режим доступа: <https://obrazovaka.ru/chtenie/zhanry-literatury.html>.
4. Интернет - источники. Режим доступа: <https://www.culture.ru/persons/8195/aleksandr-pushkin>.

ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Скультецкая Анастасия Алексеевна

Руководитель: Битковская Венера Геннадьевна

*ФГБОУ ВО КрасГМУ им.проф.В.Ф.Войно-Ясенецкого Фармацевтический
колледж*

Правильный уход за новорожденным ребенком очень важен для его здоровья. Поэтому важно знать и уметь осуществлять уход за малышом в домашних условиях сразу после выписки из родильного дома. Период от рождения до года значим для ребенка, поскольку именно в это время он приспосабливается к внешнему миру. Правильный уход, включающий сбалансированное кормление, достаточный сон, прогулки на свежем воздухе, гигиенические процедуры помогут малышу расти здоровым, сильным и крепким [3].

Первые навыки по уходу за младенцем мамы получают в роддоме, а вот после приезда домой многие теряются, не понимая, как правильно ухаживать за новорожденным. Зачастую мамы просто теряются перед нахлынувшими новыми заботами, которые кажутся непреодолимыми. Однако достаточно получить несколько правильных советов, поверить в свои способности быть матерью – и необходимый уход за ребенком будет обеспечен. Таким образом, мы решили создать проект в помощь мамам, в котором мы рассказываем особенности ухода за новорожденным.

Цель проекта: создание и организация работы информационного, образовательного канала в социальной сети Вконтакте для родителей с новорожденными детьми и беременных женщин.

Задачи:

1. Изучить информированность матерей по уходу за новорожденным ребенком при помощи опроса.;
2. Разработать сценарии к обучающим видеопособиям и подготовить посты для публикаций в соответствии с современными рекомендациями по уходу за новорожденными;
3. Обеспечить обратную связь с потребителями образовательного контента.

Участниками проекта являются студенты 1 курса на базе среднего общего образования в рамках изучения ПМ.03 «Проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни» междисциплинарного курса 03.01 "Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний в разные возрастные периоды". Миссией участников проекта является научиться правилам и приемам работы с семьями для проведения профилактических мероприятий и обеспечение здорового образа жизни населения.

Во время подготовительного этапа проектной деятельности были изучены Национальные стандарты и современные рекомендации педиатров, подобран актуальный материал по уходу за новорожденными в домашних условиях. Продуктом проектной деятельности является онлайн курс для будущих родителей и семей, имеющих новорожденного ребенка.

В ходе исследовательского этапа проекта для того чтобы понимать где мамы испытывают трудности при уходе за новорожденным мы провели анкетный опрос при помощи Google тестирования. В опросе приняли участие 42 женщины имеющих новорожденных детей.

В ходе исследования мы выяснили, что не зависимо от того, какой по счету ребенок, все мамы испытывают различные трудности по уходу за новорожденным (Рисунок 1).

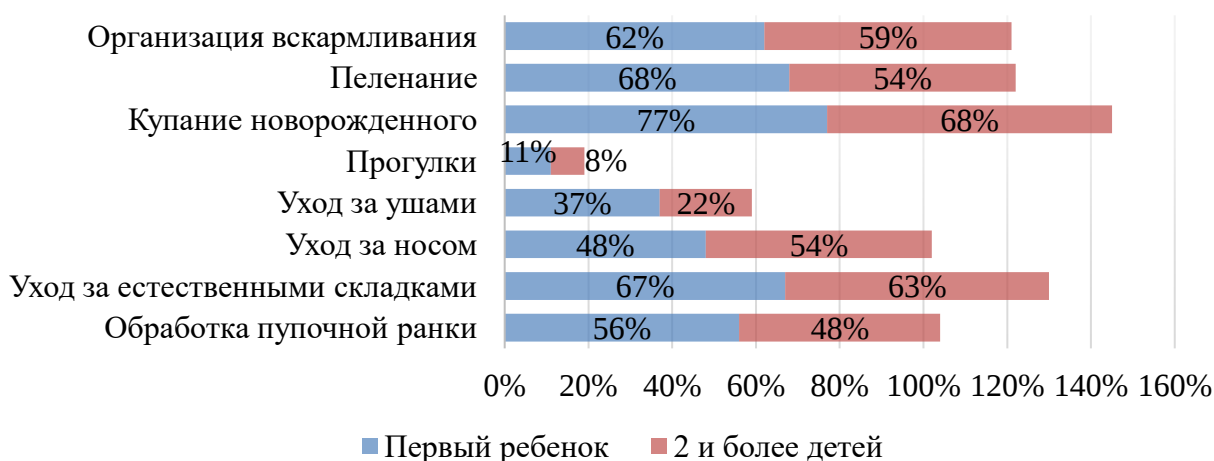


Рисунок 1 - Вопросы, на которые часто давались не правильные ответы

Мы увидели, что мамы в основном испытывают трудности при обработке пупочной ранки, не все знают, как правильно проводится утренний туалет новорожденного, как пеленать и как купать.

Для повышения осведомленности мам в области ухода за новорожденным ребенком мы создали обучающий онлайн-курс в социальной сети Вконтакте в группе «Алгоритм здоровья». Данную группу можно найти по ссылке <https://vk.com/club211508475> и по QR-коду (Рисунок 2).



Рисунок 2 - QR-код на группу «Алгоритм здоровья» Вконтакте

Практически все опрошенные мамы, приняли участие в онлайн проекте. Также наш проект был интересен и другим мамам из разных городов России (Рисунок 3).

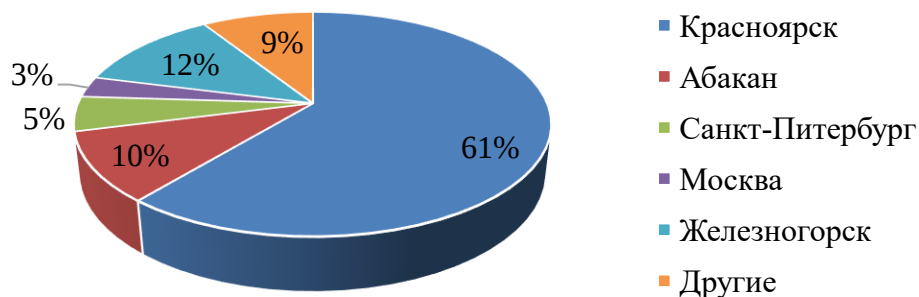


Рисунок 3 – География аудитории

В основном это были молодые мамы в возрасте от 18 до 27 лет (Рисунок 4).

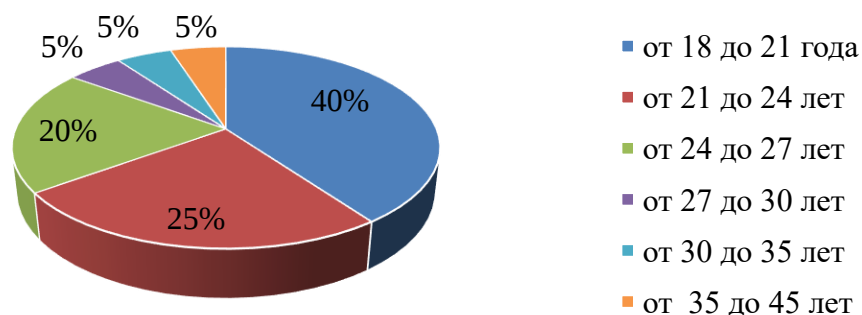


Рисунок 4 – Возрастная структура аудитории

Поскольку в обучении важную роль играет визуализация, онлайн-курс содержит учебные фильмы. Мы сначала разрабатывали сценарии к фильмам, снимали саму манипуляцию, проводили монтаж и озвучивание видеоряда. В учебных фильмах показаны этапы выполнения практического навыка на муляже, и каждый этап поясняется текстом (Рисунок 5).

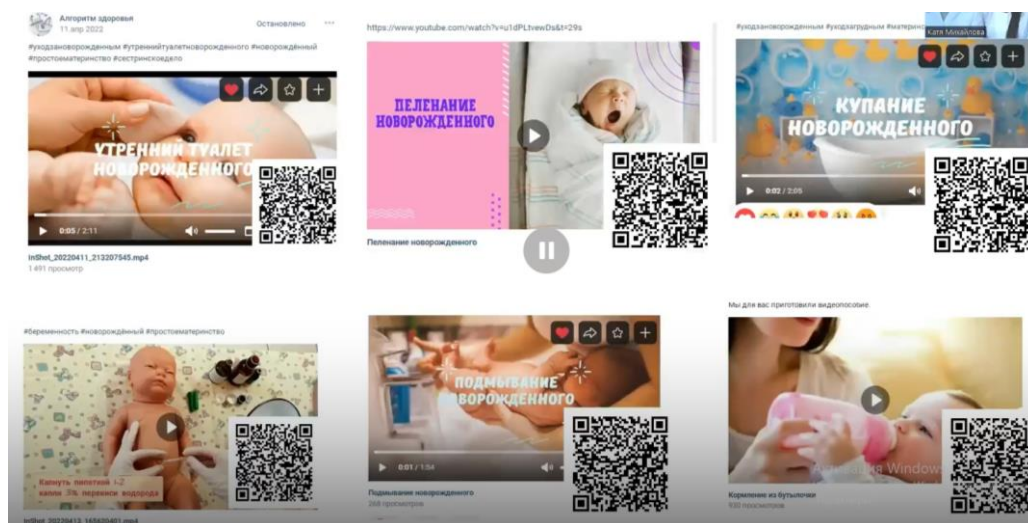


Рисунок 5 – Учебные фильмы по уходу за новорожденными

Таким образом, были сняты и опубликованы в социальной сети видеофильмы: утренний туалет новорожденного, обработка пупочной ранки, пеленание новорожденного, подмывание новорожденного, купание новорожденного, кормление из бутылочки.

Также участники онлайн-курса задавали различные вопросы. Ответы на данные вопросы мы публиковали в виде постов в группе. При написании статей к постам мы руководствовались современными литературными источниками и интернет-ресурсами. В настоящее время опубликовано 12 постов. Самыми популярными публикациями стали утренний туалет новорожденного (1392 просмотра), купание (793 просмотра), обработка пупочной ранки (492 просмотра), подмывание новорожденного (402 просмотра), вред и польза подгузников (431 просмотра).

Для оценки и закрепления полученных знаний после обучающего курса мы провели повторное тестирование и увидели, что наши труды и старания потрачены не зря. Мы увидели, что большинство мам приобрели новые знания (Рисунок 6).

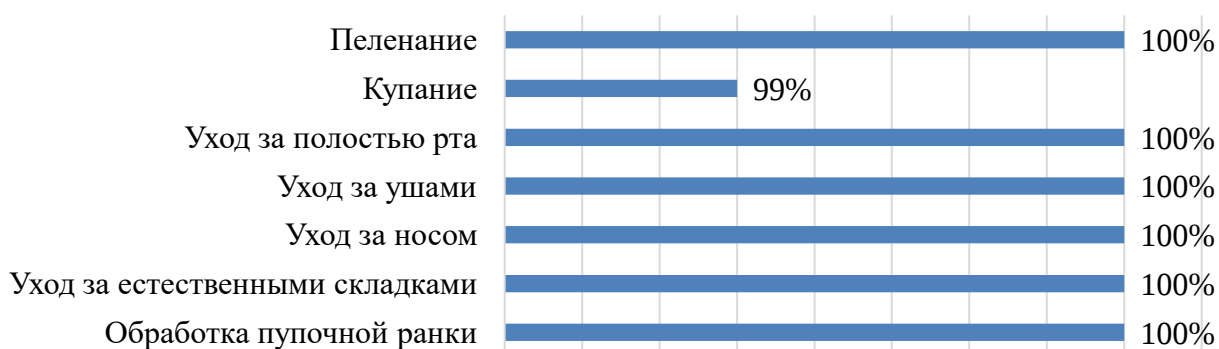


Рисунок 6 – Результаты итогового тестирования

Родители, изучив данный материал в группе, благодарили нас, оставляли положительные комментарии. Если что-то подзабыли, родители всегда могут вернуться в любой момент к онлайн-курсу. Также в конце обучения всем мамам мы подарили чек-лист «Уход за новорожденным».

Нужно отметить, что продукт проекта оказался актуальным и для всех студентов колледжа. Образовательный контент нашего проекта помогает восполнять дефицит знаний, формировать и закреплять умения, полученные на практических занятиях. Внутри проекта студенты становятся одной командой, погружаются в мир профессии и профессионального мастерства.

А теперь подведем итоги.

1. В результате опроса было выявлено, что большинство матерей не знают как правильно проводится утренний туалет новорожденного, как пеленать и как купать.

2. В соответствии с Национальными стандартами и современными рекомендациями педиатров подобран актуальный материал по уходу за новорожденными в домашних условиях, опубликованы в социальной сети Вконтакте 6 видео-пособий, 10 постов, 2 чек-листа. Самыми популярными публикациями стали утренний туалет новорожденного, купание, обработка пупочной ранки, подмывание новорожденного, вред и польза подгузников. Обучающий материал дает возможность пользователям образовательного контента найти и использовать информацию для закрепления знаний и умений.

3. Куратор и команда проекта систематически общаются с пользователями образовательного контента, отвечая на вопросы, проводя анкетирование в целях оценки эффективности обучающего курса и повышения качества.

Список использованных источников

1. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52623.3-2015 "Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода" (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31 марта 2015 г. N 199-ст).
2. Зелинской, Д.И. Сестринский уход за новорожденными в амбулаторно-поликлинических условиях: учебное пособие. Под ред.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 176.
3. Крюкова, Д.А. Здоровый человек и его окружение : учеб. пособие / Д. А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. — Изд. 16-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2019 — 474 с. : ил. — (Среднее медицинское образование).

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОЕКТА «ВИЧ – ЭТО НЕ ТО, О ЧЁМ НУЖНО МОЛЧАТЬ!», КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Сорокина Валерия Сергеевна,

Орлова Полина Алексеевна

Руководители: Бобохидзе Ирина Вячеславовна

Кокорина Светлана Вячеславовна

БПОУ Омской области «Медицинский колледж»

Одной из главных ценностей в жизни человека было и остается здоровье. Заботясь о своем здоровье, мы заботимся о здоровье будущих поколений. Здоровый образ жизни тесно связан с информированностью человека о профилактике ВИЧ/СПИД, путях передачи.

Роль акушерки в профилактике ВИЧ-инфекции является важной и многогранной, так как она непосредственно взаимодействует с будущими матерями и их семьями. Акушерки обучают женщин о путях передачи ВИЧ, методах профилактики. Важно, чтобы они предоставляли актуальную и точную информацию о ВИЧ/СПИДе, что требует от них высокой квалификации, знаний и навыков в этой области.

По данным БУЗОО «ЦПБСИЗ» за последние годы наметилась тенденция активного вовлечения женщин в эпидемию ВИЧ-инфекции, и возросла частота полового пути передачи у женщин детородного возраста, что усугубляет проблему передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания. До 30 процентов случаев ВИЧ-инфекции у беременных женщин выявляется впервые при обследовании в связи с беременностью. В 2024 году от 217 ВИЧ-инфицированных матерей родилось 195 детей.

Одной из важнейших задач работы в рамках формирования здорового образа жизни является обучение студентов умению противостоять жизненным трудностям и конфликтным ситуациям, а также формирование у них отрицательно-ценностного отношения к наркотическим веществам, алкоголю, последствиям их употребления, выработка навыков безопасного и ответственного поведения, информированность о ВИЧ/СПИД.

Процесс профилактики ВИЧ-инфекции строится на основе использования активных методов обучения, когда студенты принимают непосредственное участие в обсуждении и решении проблем, а не являются пассивными слушателями.

Профилактический проект "ВИЧ - это то, о чем не нужно молчать!" направлен на распространение достоверной информации о ВИЧ-инфекции и привлечение внимания к проблеме. Направленность данного проекта на нравственное, физическое и психическое здоровье (совершенствование) подрастающего человека обусловлена современными требованиями личностного развития.

Реализация проекта поможет воспитать ценностное отношение студента к своему здоровью и жизни, а впоследствии транслировать свои знания окружающим.

Цель проекта:

Привлечение студентов специальности «Акушерское дело» БПОУ ОО «Медицинский колледж» к профилактике ВИЧ/СПИДа через формирование позитивных ценностей и установок относительно собственного здоровья.

Задачи проекта:

1. Выявить особенности ВИЧ-инфекции, пути передачи и методы профилактики по данным литературных источников и нормативных документов.
2. Провести анкетирование студентов специальности «Акушерское дело» БПОУ ОО «Медицинский колледж» для определения уровня знаний по профилактике ВИЧ-инфекции.
3. Провести квест - игру для популяризации знаний по профилактике ВИЧ-инфекции среди студентов специальности «Акушерское дело» БПОУ ОО «Медицинский колледж».

Характеристика участников и их миссия в проекте:

Проект предназначен для студентов медицинского колледжа первого и второго

Ожидаемые результаты реализации проекта:

1. Повышение количества студентов, владеющей актуальной информацией по проблеме ВИЧ-инфекции.
2. Рост числа студентов, заинтересованных в распространении знаний о ВИЧ-инфекции с целью предотвращения распространения болезни.

Адресная направленность проекта:

Профилактический проект для студентов "ВИЧ - это то, о чем не нужно молчать!" после адаптации можно использовать для других образовательных учреждений СПО города.

Технология реализации проспекта:

С целью достижения поставленной задачи была разработана анкета для определения уровня знаний студентов по профилактике ВИЧ-инфекции (Приложение 1).

Исследование проводилось на базе БПОУ ОО «Медицинский колледж» среди студентов первого, второго, третьего и четвертого курсов отделения Акушерское дело в количестве 113 человек.

В данной исследовательской работе мы хотели оценить общий уровень осведомленности студентов отделения о ВИЧ – инфекции и по курсам.

По курсам студенты разделились в следующем количестве: 1 курс – 24 человека, 2 курс – 28 человек, 3 курс – 47 человек, 4 курс – 14 человек.

Возраст анкетированных студентов: 54,1 % - 18 лет и старше; 45,9 % - 15-18 лет.

Проведенное анкетирование среди студентов отделения «Акушерское дело» выявило слабую осведомленность студентов 1 и 2 курса по проблеме путей передачи ВИЧ (4,6% респондентов считают, что можно заразиться ВИЧ при укусе комаром или другим животным, 1,9% - при поцелуе, объятиях с ВИЧ- инфицированным человеком, 0,6% - при кашле и чихании, а 1 человек думает, что ВИЧ-инфекция передается при рукопожатии). Это объясняется недостаточным уровнем знаний со школы, а в колледже по учебному плану междисциплинарный курс «Основы инфекционных заболеваний» ещё не изучали:



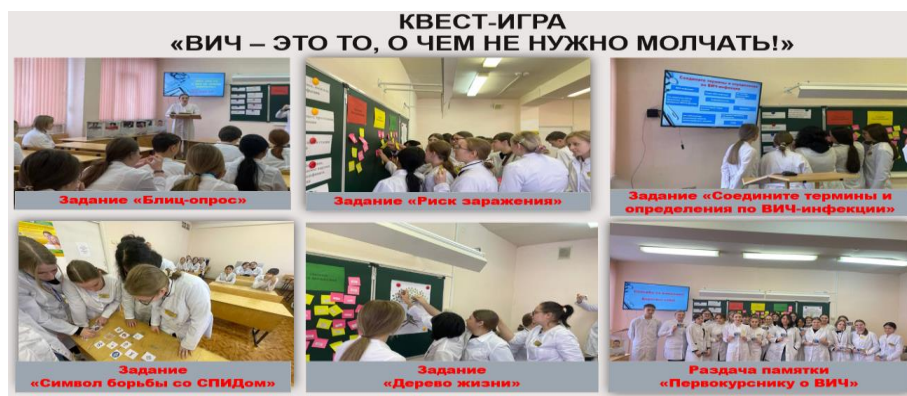
Так же выяснилось, что молодежь рано вступает в половую жизнь, часто меняют половых партнеров (42% респондентов считают, что 16-17 лет приемлемый возраст для вступления в половые отношения, 52,3% - считают подходящим возрастом 18 лет и старше и только 5,5 % придерживаются мнения, что половые отношения возможны только в браке). Студенты 1-2 курсов плохо ориентируются в путях передачи ВИЧ-инфекции, не знают, чем отличается ВИЧ от СПИДа (22%). Поэтому считаем, что просветительскую работу по половому воспитанию и сохранению репродуктивной системы нужно начинать проводить в школах.

В ходе анкетирования, мы установили, что студенты плохо разбираются в механизме передачи ВИЧ-инфекции от беременной женщины к ребенку. Некоторые респонденты не знают, что ВИЧ положительная женщина может иметь здорового ребенка (22,9 %) при строгом выполнении назначений врача.

С целью повышения количества студентов, владеющей актуальной информацией по проблеме ВИЧ-инфекции и заинтересованных в распространении знаний о ВИЧ-инфекции для предотвращения распространения болезни разработан профилактический проект "ВИЧ - это то, о чем не нужно молчать!".

Основная идея проекта – поиск способов и методов информирования подростков о проблеме ВИЧ, востребованных в молодежной среде и позволяющих максимально расширить круг студентов, обладающих достоверной и актуальной информацией по данной теме. Квест разработан таким образом, что все его участники получают необходимую информацию, создаются условия для формирования толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным, участникам предлагаются способы преодоления проблемы в виде добровольческих практик по распространению знаний о ВИЧ.

В ходе квест-игры студентам были предложены для выполнения: задание "Риск заражения"; просмотр видеофильма "Правильные решения - все, что нужно знать о ВИЧ!"; задание "Соедините термины и определения по ВИЧ-инфекции"; задание «Символ борьбы со СПИДом»; викторина по ВИЧ-инфекции "Блиц-опрос"; просмотр видеоклипа "Береги любовь"; задание "Дерево жизни":



В заключении студентам раздали профилактические материалы по профилактике ВИЧ-инфекции. Были подведены итоги мероприятия с элементами рефлексии, проведена фотосессия с группой участников, организаторов и координаторов.

Список использованных источников

1. Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития от 06.08.2007 года №5955-РХ «Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку»
2. Распоряжение МЗ ОО 513-р от 03.11.2017 г. «О совершенствовании мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».
3. Распоряжение МЗ ОО 641-р от 09.12.2022 г. «Об организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, новорожденным, женщинам с гинекологическими заболеваниями в государственных учреждениях здравоохранения Омской области».
4. Распоряжение МЗ ОО 291-р от 29.05.2023 г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в Омской области».
5. Клинические рекомендации Вич-инфекция у взрослых 2024 г.
6. Ляхович А.В., Голиусов А.Т., Полесский В.А., Лозовская А.С., Романенко Г.Ф. Профилактика ВИЧ/СПИД и других инфекций, передающихся половым путем. – М., Медицина для Вас, 2023 г.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА МЕДИЦИНСКУЮ МАСКУ

Абрамова Мария Сергеевна

Лапина Анна Викторовна

Писарева Светлана Александровна

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

История медицинской маски развивается со времен античности. Существуют мифы, в которых медицинский халат и маска упоминаются во времена античности. В древнеиндийском учении Аюрведов халат и маска были ритуальным одеянием целителей. Использовался исключительно белый оттенок, как знак света, чистоты, светлых помыслов и помощи [1.С.8].

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

В Древнем Риме медицинские маски также играли важную роль в медицинских исцеляющих ритуалах. Мифы гласят, что в доме Асклепиадов, священном месте врачебной мудрости, десять женщин, называемых весталками, создавали их вручную. Эти маски были необыкновенно тонкими и красивыми, и каждая нить была вплетена с заботой и преданностью. Верили, что они обладают магической силой исцеления и проникают в самую глубину души пациента.

Прародителем медицинской маски стал «птичий клюв» — часть костюма, придуманного в начале XVII века врачом из Франции Чарлем Лормом, чтобы защититься от «чумных» заболеваний. В него входили перчатки, пальто, шляпа с полями и закрывающая всю область лица маска с вытянутым носом, в который закладывали сено, сушеные травы, камфору.

В конце XIX века врачи Поль Бержер и Йоханн Микулич-Радецкий одновременно изобрели маски, похожие на современные.

В конце 1897 года Поль Бержер стал пользоваться маской из шести слоев кисеи, которая удерживалась повязками на носу, чтобы оградить контакт со слюной пациентов, выделяемой при беседе, кашле и чихании. Наблюдения он проводил более года, за который количество инфекций у больных, с которыми врачи работали в медицинских масках, уменьшилось.

В нашей стране маски стали широко применяться во время пандемии гриппа испанки. Этому поспособствовал врач Федор Эрисман (1842-1915), опубликовавший работу «Руководство к гигиене» [1.С.19].

Революция 1917 года определила дальнейшее развитие отечественной медицины. Белый халат и маска стали официальной одеждой медиков. В СССР производство медицинских масок было централизовано. Все маски, поставляемые медицинскому персоналу, распределялись по лечебным учреждениям. Для изготовления медицинских повязок использовались марли и кисеи, а прослойку делали из ваты и шерсти. Сейчас на производстве применяют нетканые материалы из полимерных волокон.

Медицинская маска — одно из самых распространенных средств защиты. Ее используют в стационарах, поликлиниках. Повязки успешно применяются для защиты дыхательных путей от инфекций, передающихся воздушно-капельным путем. Это такие болезни, как корь, грипп, туберкулез, коклюш и другие.

Так как маска не может плотно прилегать к коже, через нее может просочиться до 50 процентов зараженного воздуха. В связи с этим она не может предупредить инфицирование.

Длительность ношения маски зависит от ситуации. Для защиты от техногенных

факторов, например, загрязненного воздуха, смело ее можно носить до шести часов. В определенных ситуациях, например, во влажном климате, время ношения составляет не более часа. При намокании маску нужно сменить, так как мокрый материал, на котором могли осесть возбудители инфекции, начинает контактировать с кожей.

Несмотря на то, что в последнее время часто говорится о малой эффективности масок, их по-прежнему широко используют как в медицинских учреждениях, так и в быту.

Современные медицинские маски бывают нескольких видов:

- марлевая;
- нетканая;
- медицинская одноразовая
- медицинская трёхслойная;
- медицинская на резинке;
- хирургическая;
- кислородная;
- угольная;
- анатомическая.

Марлевая повязка доступна и имеет низкую стоимость. Но при этом она затрудняет дыхание и нуждается в химической и термической обработке. Её необходимо носить не более двух - трёх часов вследствие быстрого увлажнения и потери защитных свойств. Она не может предотвратить инфицирование [8.С.240].

Нетканая маска состоит из полимерных материалов. Как правило, в ней три-четыре слоя, прикреплены они при помощи повязок или ушных петель. Их также нельзя носить более двух-трех часов. По назначению такие маски делятся на хирургические, стоматологические, процедурные и общего пользования. Хирургические маски используются при проведении процедур или оперативных вмешательств. Они имеют внутренний противожидкостный слой и прозрачный экран, который защищает глаза.

Особенностью угольных масок является фильтрующий слой. Он не пропускает частицы, обеспечивает надежную защиту от пыли, химических веществ и микроорганизмов. Они идеально подходят для работы в лабораториях. Их можно носить порядка шести часов [6.С.81].

Кислородные маски используют при заболеваниях дыхательных путей, отравлении, инсульте, инфаркте и других случаях.

Анатомические маски обеспечивают 99-процентную защиту от вирусов, бактерий, пылицы и пыли. У них четыре слоя, фиксация происходит с помощью ушных петель. Анатомические маски гипоаллергенны и бывают разных размеров в зависимости от роста человека.

Одноразовые конструкции могут иметь от двух до четырех слоев фильтрации. Самая востребованная – из трех защитных слоев. Первый поглощает влагу при вдохе и выдохе. Средний служит главным препятствием на пути микробов, изготовлен из полипропиленового нетканого материала, обработанного электретом. Внешний дополнительно изолирует капли жидкости, распыляемый носителем маски, обладает гидрофобным эффектом [7.С. 404].

Среди студентов ББМК проводилось анкетирование по теме «История медицинской маски». Были опрошены студенты 183 группы. Отделение «Стоматология ортопедическая». 9 юношей и 9 девушек. Всего в группе 18 человек.

Вопросы анкеты:

1. Осведомлены ли вы о истории медицинской маски?

А) Да

Б) Нет

В) Никогда не интересовался

2. Сможет ли медицинская маска защитить нас от инфекций?

А) Да

Б) Нет

В) Затрудняюсь ответить

3.Соблюдаете ли вы меры предосторожности при эпидемии?

А) Да

Б) Нет

В) Ничто не поможет

4. Советуете ли вы носить медицинские маски другим?

А) Да

Б) Нет

В) Только в экстренных случаях

С помощью анкетирования мы оценили осведомленность обучающихся о необходимости использования медицинской маски и знание о ее эффективности.

На вопрос «Осведомлены ли вы о истории медицинской маски?» большинство опрошенных ответили, что никогда этим не интересовались. Только 5 студентов знали, как появилась медицинская маска. Это можно объяснить тем, что тема не изучается на уроках истории и является специфической. Историю медицинской маски знают только те, кто много читает и интересуется медицинскими темами.

На второй вопрос «Сможет ли маска защитить нас от инфекций?» 9 опрошенных студентов дали положительный ответ, 4 студента затруднились ответить, и 5 студентов ответили, что медицинская маска не защитит от инфекций. В основном актуальность медицинской маски понимают девушки, более рационально подходящие к теме защиты своего организма от вирусов. Некоторые из опрошенных считают, что в медицинской маске скапливаются вирусы, которые заражают организм еще больше.

А вот на вопрос «Соблюдаете ли вы меры предосторожности при эпидемии?» 3 студентов считают, что никакие меры не помогут, 5 студентов дали отрицательный ответ, 10 студентов соблюдают меры предосторожности. В основном положительный ответ дали девушки, так как именно они обычно с большим послушанием следуют рекомендациям экспертов.

На четвертый вопрос 11 опрошенных ответили, что советуют носить медицинские маски только в экстренных случаях. 3 студента на этот вопрос ответили «да», 4 человека дали отрицательный ответ. Данные ответы обуславливаются тем, что люди склонны носить медицинские маски только тогда, когда это действительно необходимо.

Подводя итоги, можно сказать, что медицинская маска помогает нам еще с XIV века. Конечно, она очень сильно изменилась, поменялся ее внешний вид и материал из которого она состоит, но цель осталась неизменной. Маска продолжает защищать нас от инфекции, фильтровать кислород, защищать от попадания пыли или каких-нибудь частичек мусора, которые летают в воздухе.

При ношении определенных масок, помните, что они могут иметь противопоказания, а лучше сменить на другую или же сделать её самой.

Также следует помнить и не забывать, что всегда нужно носить маски. Вы должны беречь себя и остальных. Ведь это очень важно!

Список использованных источников

1. Байков В.М., Ефимова Т.Р. Откуда взялся белый халат? // Фундаментальные исследования. 2022. № 12. С. 337-341.
2. Оди, Пенелопа Китайская медицина. Справочник по холистической медицине - Москва: Мир, 2020. - 400 с.
3. Николаев В.А. Возникновение и символика медицинского халата // Медицина и образование в Сибири. 2023. № 4. С. 80-82.
4. Петрова Н.Б., Руднев В.Ю., Авилова А.А. Белый халат: символ и развитие // Научно-практический журнал «Архив внутренней медицины». 2021. Т. 8. № 4. С. 79-84.
5. Системы оздоровления Востока и Запада. Энциклопедия / Под редакцией А.А. Левшинова. - Москва: СИНТЕГ, 2020. - 608 с.
6. Смолькова О. Н. Домашняя медицинская энциклопедия; АСТ - М., 2022. - 576 с/

7. Халмиров С.И., Михеева О.В. Эволюция формы и символики медицинского халата // Вестник Российской академии медицинских наук. 2023. Т. 71. № 5. С. 404-408.
8. Исакова Е.В. Белый халат как символ врача. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 346 с.

ВЫДАЮЩИЕСЯ ДЕЯТЕЛИ МЕДИЦИНЫ ГЕРМАНИИ: РОБЕРТ КОХ И ВЕРНЕР ФОРСМАН

Адамова Ксения Андреевна

Руководитель: Иванкова Лариса Юрьевна

КГБ ПОУ «Благовещенский медицинский техникум»

На занятиях немецкого языка мы много раз касались темы, связанной с великими людьми Германии. И нас заинтересовала эта тема. Мы решили поближе познакомиться с биографией и карьерой немецких врачей и выбрали эту тему в качестве исследовательского проекта «Выдающиеся деятели Германии: Генрих Герман Роберт Кох и Вернер Форсман»

В этой работе мы познакомимся с биографией и деятельностью Роберта Коха и Вернера Форсмана, этот проект позволяет расширить наши знания по иностранному языку.

Актуальность проекта состоит в том, что медицина призвана заботиться о здоровье человека. Медицина — система знаний и практики, целями которой являются укрепление здоровья, продление жизни, предупреждение и лечение болезней человека. Медицина изучает строение и процессы организма человека в норме и при патологии; факторы, влияющие на здоровье людей; использование физики, химии, биологии и новой техники для борьбы с болезнями. Разрабатываются рекомендации по рациональному образу жизни, режиму труда и отдыха, питанию; меры, обеспечивающие оптимальные условия жизни и труда,

а также методы профилактики и лечения различных заболеваний.

Цель проекта: ознакомление с биографией и карьерой выдающихся деятелей медицины Германии.

Задачи проекта:

1. Познакомиться с научной деятельностью Р. Кох;
2. Познакомиться с научной деятельностью В. Форсман;
3. Сделать выводы по изученной теме.

1. Биография Великих людей Германии

1.1 Генрих Герман Роберт Кох

Генрих Герман Роберт Кох - ученый родился 11 декабря 1843 года в германском городке Клаусталь. Чтению и письму мальчик научился задолго до школы. Позже родители устроили наследника в гимназию Клаусталья, где он завоевал репутацию самого любознательного и талантливого ученика.

В начале 1860-х Кох блестяще сдал тесты в Геттингенский университет, став студентом престижного вуза с сильными академическими традициями. Из стен этого университета в разные годы вышло более сорока лауреатов Нобелевской премии.

Через много лет Роберт признавался, что именно в университете он понял, что хочет серьезно заниматься наукой. Он жадно слушал дискуссии преподавателей о микроорганизмах и одновременно мечтал, что когда-нибудь совершит великое открытие, которое поразит весь мир.

1.2. Вернер Форсман

Вернер Теодор Отто Форсман родился 29 августа 1904 года в Берлине. По окончании школы в 1922 году юноша поступил в Берлинский университет на медицинский факультет. Для прохождения медицинской практики, он начал работать в университетской клинике под руководством профессора Георга Клемпера. Впоследствии он работал в клинике Шарите, в Дрезденской городской больнице.

2. Деятельность Великих людей Германии

2.1 Генрих Герман Роберт Кох

В начале франко-прусской войны Роберт Кох отправился на фронт, став полевым врачом. Условия работы были, порой, невыносимыми, но это послужило бесценным опытом для будущей карьеры доктора. Здесь Роберт научился распознавать и лечить инфекционные заболевания.

Между наплывами зараженных и раненых врач находил время для новых научных изысканий, изучал строение микроорганизмов и водорослей.

В 1872 году Кох получил должность уездного доктора в польском городе Вольштейн. После нескольких сотен проведенных опытов Коху удалось выявить возбудителя сибирской язвы – бактерию *Bacillus anthracis*. Исследователь смог подробно изучить ее жизненный цикл.

В конце 1870-х ученый издал труд об инфекциях после ранений, где объяснил природу их происхождения. Здесь же было описано губительное действие стафилококка и впервые рассмотрены различные микроорганизмы.

Изучение туберкулеза стало самой сложной вехой в научной биографии Коха. В 1905 году за колоссальный труд в области исследования туберкулеза Роберт был удостоен Нобелевской премии.

Параллельно ученый вел работу над изучением бациллы, являющейся причиной острого эпидемического конъюнктивита.

В 1883-м профессор был включен в состав экспедиции, которая должна была изучать свирепствующую на территории Индии и Египта холеру. Микробиолог погрузился в поиски возбудителя смертельной болезни, и вскоре обнаружил его.

В конце 1880-х в сотрудничестве с японским бактериологом Сибасабуро Китасато Роберт открыл возбудителя столбняка, выделив его в чистом виде. В начале 1890-х микробиолог стал руководителем Института инфекционных болезней, позже получившего его имя.

2.2. Вернер Форсман

Вернер Теодор Отто Форсман - немецкий хирург и уролог, в основе его метода лежала поистине великая мысль – ввести через вену тонкую трубку - катетер по направлению к сердцу, достичь правого предсердия, а затем и правого желудочка, чтобы извлечь из них кровь или произвести иные исследования в этих камерах сердца.

Форсман сделал себе небольшой надрез вены у локтевого сгиба, взял очень длинный катетер, изготовленный специально по заказу, и начал продвигать по направлению к сердцу, то есть по ходу тока крови в вене. Но катетер не дошел до сердца, так как коллега, ассистировавший при опыте, не позволил Форсману довести его до конца

Все же Вернеру Форсману при первом опыте удалось ввести катетер на расстояние 35 сантиметров, хотя он и не достиг сердца.

Форсман, твердо уверенный в осуществимости своего замысла, не удовлетворился этим полууспехом и через неделю повторил эксперимент. На сей раз он не обращался к помощи коллеги, не желая, чтобы ему

помешали, и хотел довести свой опыт до конца. Опыт прошел успешно. Катетер толщиной лишь в несколько миллиметров удалось ввести на расстояние в 65 сантиметров и тем самым достичь правой половины сердца.

По завершении этой серии экспериментов Форсман опубликовал статью «Зондирование правых отделов сердца», в которой описал методику катетеризации.

2.3 Опрос студентов первого курса

Среди студентов первого курса был проведен мной опрос.

1. Каких известных врачей Германии Вы знаете?

2. Какая их заслуга в области медицины?

Студенты 311 группы специальность Фармация, немецкая подгруппа, назвали фамилии врачей В. Рентген, Р.Кох, Э.Беринг.

В. Рентген - открыл X-лучи или «рентгеновские лучи». Это привело к революции в медицине, значительно упростило диагностику многих заболеваний.

Р.Кох - немецкий врач, микробиолог. Основные работы посвящены лечению инфекционных заболеваний: малярии, тифа, сибирской язвы, туберкулеза.

Э.Беринг - открыл сыворотку от дифтерии. Это открытие спасло жизни многих детей.

Студенты 312 группы специальность Фармация, немецкая погруппа назвали фамилии врачей Г. Гемгольц, Р.Кох .

Г.Гемгольц сконструировал прибор - глазное зеркало (офтальмоскоп). Это дало наблюдать глазное дно у человека.

Студенты 411 группы специальность Сестринское дело , немецкая погруппа назвали фамилии П.Эрлих, Р.Кох, В.Рентген.

П.Эрлих - немецкий врач, ученый. Открыл лекарство от сифилиса.

Таким образом, студенты первого курса знают самых известных врачей медицины и их достижения.

Заключение

Были изучены биографии великих деятелей медицины Германии.

Роберт Кох — один из основателей микробиологии. Под линзой микроскопа Кох побывали возбудители самых опасных инфекционных заболеваний – малярии, тифа, сонной болезни.

Значение его крупнейших открытий бесценны.

Вернер Форсман — немецкий врач, который сделал значительный вклад в науку и медицину.

Его эксперименты оказали влияние на последующие медико-этические стандарты в хирургии. Например, один из ангиографических

методов — коронарография — сегодня считается «золотым стандартом» в диагностике ишемической болезни сердца.

Список использованной литературы:

1. Роберт Кох-биография учёного и его вклад в микробиологию [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://biographie.ru> – Заглавие с экрана. –(Дата обращения: 10.12.2024)

2. Знаменитые люди Германии. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://Igroutes.com> – Заглавие с экрана. –(Дата обращения:10.12.2024)

3. Прохоров, А. М. Форсман Вернер // Энциклопедия о Германии : учебное пособие/ А. М. Прохоров.— М.: Энциклопедия о Германии, 2024

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭМБЛЕМЫ

Зенкова Анна Андреевна

Ревнивых Ирина Stanisлавовна,

Тарасова Ольга Васильевна

Пальшина Екатерина Андреевна

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

Тема «История медицинской эмблемы» актуальна в настоящее время, так как любые логотипы имеют сущность и отражают работу организации.

Медицинская эмблема – это визитная карточка медиков на протяжении тысячелетий. Это отражение работы не только Гиппократов, но и современных медиков. Внешний вид эмблемы показывает необходимость помощи человеку и стремление его вылечить.

Цвет логотипа играет большую роль в его восприятии. Зачастую для символики медицинских учреждений используются синие, зеленые и красные оттенки. Каждый цвет имеет свое определенное значение, например синий символизирует спокойствие и надежность, красный символ энергии и силы, а зелёный выражает гармонию, связь с природой и исцеление.

Логотипы медицинских учреждений включают в себя символы, которые ассоциируются со здоровьем, заботой и безопасностью. Это сердца, кресты, змеи и чаши.

Многие из этих символов ассоциируются с медициной благодаря древним мифам. Крест является символом помощи, а изображение змеи выражает мудрость и часто ассоциируется с медицинскими науками.

По археологическим раскопкам видны изображения змей на сосудах. Обычно рептилии ассоциируются с чем-то плохим и приносящим вред человеку, но не стоит забывать о целебном яде змей. Он широко использовался в античной медицине.

В Древней Греции встречаются изображения символа-посоха Асклепия с одной змеей и без крыльев. Он был греческим полубогом медицины и врачевания. Исходя из мифов, обладал даром исцелять больных и возвращать к жизни умерших.

В легенде говорится, что Асклепий направлялся во дворец, для воскрешения сына царя Миноса. По дороге посох обвила змея, но он убил её. Следом появилась вторая, которая воскресила первую с помощью пучка травы. После этого Асклепий с помощью этой травы начал воскрешать мёртвых [1. С.20].

В одном мифе Зевс убил Асклепия за то, что он оживлял мёртвых. В другой версии говорится, что за воскрешение врач получал деньги и из-за этого верховный бог его согнал с небес. После смерти Зевс поместил Асклепия на небо в виде созвездия Змееносца.

Греки боготворили змей, называя их священными, и использовали их в оздоровительных ритуалах в честь Асклепия. Змеиный яд считался лечебным средством, а сбрасывание кожи символизировало возрождение.

Чаша со змеей начинает появляться в VII-V веках до н.э. Её связывали с богиней здоровья Гигеей, покровительницей здоровья и дочерью Асклепия.

Имеется крылатая версия символа-кадуцей. Кацедей в Древней Греции обозначал посох. Крылья связаны с присутствием на символе посоха бога Гермеса.

Бог Гермес защищал путешественников и помогал им в трудной ситуации. Посох помогал врачам пройти дальние расстояния до пациентов. Существует несколько версий, как появился посох Гермеса. По одной из них, Аполлон подарил Гермесу посох. По другой версии, Гермес получил посох, обвитый белыми лентами, от Зевса. Позднее версия с лентами сменилась на версию со змеями, поскольку говорили, что Гермес использовал палку для разделения сражающихся меж собой рептилий, а они обвились вокруг его посоха и замерли в уравновешенной гармонии.

В Древнем Риме кадуцей стал неотъемлемым атрибутом послов в качестве символа примирения.

Основным символом медицины чаша Гигеи стала в 1796 году, после того как ее выгравировали на монете, созданной для Парижского Общества Фармации.

В России на общественных знаках и медалях, а также в литературе амфора со змеей начала появляться с XVIII века. Далее эмблема изображалась с 1893 по 1898 год.

С 1922 года в РСФСР официально утвердили чашу с обвившей змеей в качестве общепринятого символа медицины. Таким образом, сосуд Гигеи стал одним из ключевых знаков медицинской отрасли в СССР и других государствах.

Рассмотрев известные медицинские символы, можно заметить определенную последовательность. Кадуцей, жезл Асклепия, чаша Гигеи-все они древние и уважаемые эмблемы [2. С.14].

В древней Греции отношение к змеям было сомнительным, как показывает история жезла Асклепия-одного из старейших медицинских символов. Сам Асклепий являлся обычным человеком, но благодаря своему мастерству в медицине, был признан богами и занял место на Олимпе. Однако это случилось не сразу. Сейчас он, известный врач, направляется к царю Миносу с острова Крит, чтобы вернуть к жизни его сына Главка.

Асклепий шел, опираясь на посох и был внезапно атакован ядовитой змеей. Благодаря, быстрым рефлексом он смогу убить опасное существо. В этот же момент появилась другая змея, которая во рту несла целебную траву и оживила своего погибшего сородича. Асклепий, проявив наблюдательность, понял ценность этой травы и решил найти ее запасы. Поэтому он смог воскресить Главка и многих других.

Наиболее интересным фактом является то, что у бога врачевания Асклепия была дочь

по имени Гиги́ея. Она унаследовала от отца не только склонность к медицине, но и особое влечение к змеям.

Типичное изображение Гиги́еи-юная девушка, держащая в одной руке жертвенную чашу, в другой змею. Сюжет этой сцены неоднозначен: неясно, поит ли она змею жертвенной кровью или же змея добровольно выделяет свой яд.

Тем не менее, очевидно, что уже во втором поколении мифологических врачей Древней Греции змея тесно связана с медициной. Кстати, именно имя дочери Асклепия стало основой для названия целого раздела медицины. Термин «гигиена» происходит от имени Гиги́ея. Важно подчеркнуть, что змея не просто содействует исцелению. Она символизирует собой руководство к преодолению смерти и возвращению человека из потустороннего мира. При этом действия мотивированы добротой и стремлением помочь.

В архаических культах, находящихся на начальной стадии развития, образ змеи однозначно ассоциировался со злом, связанным с подземными богами, тьмой и страхом. Формирование представления о змее как целительнице требовало длительного самостоятельного познания или заимствования у более развитых цивилизаций. В эпоху формирования греческих мифов, включающих образы змей, Асклепия и Гиги́еи, египтяне являлись для региона наиболее развитой цивилизацией. В египетской мифологии присутствовали сущности как олицетворяющие хаос и тьму, так и божества, связанные со светом и творением. Так, змей Апоп символизировал мрак и разрушение, в то время как божественная кобра Уаджит ассоциировалась с защитой и плодородием, выкормив бога Солнца и Неба Гора. Стоит отметить, что египтяне обладали развитыми знаниями в области медицины, в отличие от греков того времени.

Загадочный символ в виде длинного посоха с крестом наверху, украшенный обвивающей его медной змеей, представляет собой предмет, вызывающий много вопросов. Внимательное сравнение позволит обнаружить десять отличий между жезлом Асклепия и жезлом Моисея.

Удивительно сходство не только внешне, но и функциональное. Змея, будь то живая или ее изображение, наделена способностью не просто исцелять, но и возвращать к жизни умерших.

Еврейский народ, имевший кочевое скотоводческое прошлое, безусловно, перенял у развитой египетской цивилизации ряд культурных элементов, включая некоторые символы. При этом они были восприняты и интерпретированы в контексте собственной культуры, без существенных изменений.

В качестве примера можно привести образ змеи, который получил новое значение в трудах известной религиозной фигуры Иисуса Христа. В Евангелии от Иоанна он сравнивает вознесение змеи Моисеем в пустыне с собственным вознесением, указывая на спасение верующих.

Символ змеи обретает новое значение. Связь между образом змеи и образом Спасителя становится глубоко содержательной. Если змея в мифологии ассоциировалась с воскрешением к земной жизни, то Христос обещает воскресение для вечной жизни. Более того, Христос не демонизирует змею, наставляя своих учеников: «Вот, Я посылаю вас как овец среди волков: итак, будьте мудры, как змии, и просты, как голуби».

Символика креста претерпела изменения. Изначально она ассоциировалась с позором и ужасом, поскольку на нем казнили преступников. Смерть на кресте была мучительной и затяжной. Однако после распятия Христа крест приобрел новое значение – Символ не смерти, а воскресения. Его упоминают как в прямом, так и в переносном смысле.

Выбор красного креста и змеи в качестве основных медицинских символов не случаен. Они несут в себе ясный посыл, призыв к действию: «Смерть, подвинься, тебе здесь не место. Человек будет жить».

Чаша со змеей является наиболее распространенной эмблемой медицинского сообщества в России. Первоначально змея и чаша встречались отдельно и являлись атрибутами Гиги́и, богини здоровья и дочери Эскулапа. Она традиционно изображалась с змеей в одной руке и чашей в другой.

По сведениям академика Е.Н. Павловского, изображении змеи, обвивающейся вокруг чаши, впервые появилось в XVI веке благодаря трудам выдающегося врача Парацельса, который предложил данное сочетание в качестве замены традиционному на тот момент кадуцею.

Значение данной эмблемы подлежит многочисленным интерпретациям. Существует предположение, что чаша символизирует сосуд для хранения змеиного яда, который широко применялся в лечебных целях в соответствующую эпоху. Змея, в свою очередь, традиционно ассоциировалась с мудростью, знанием и бессмертием.

Известный российский историк медицины Ф.Р. Бородулин полагал, что данная эмблема служит врачу напоминанием о необходимости обладать мудростью, черпаемой из познания законов природы.

Эмблема «Гиппократова чаша» стала основным символом медицины в России. В качестве отличительного знака врачебной службы в армии при Петре I была введена чаша со змеей (иногда двумя змеями) [3.С.80].

Символ змеи, обвивающей ножку чаши и склонившей голову на ней, как эмблема военной медицины, был официально утвержден Революционно Военным Советом в 1924 году. Данный знак используется в России, по сей день в качестве официальной эмблемы военно-медицинского персонала всех родов войск.

Наиболее распространенными применением эмблемы «чаша со змеей» являются ее использование в фармацевтической деятельности.

Среди студентов ББМК было проведено анкетирование. Опрошены 9 юношей и 9 девушек из 183 группы отделения «Стоматология ортопедическая».

Вопросы анкеты

1.Знали ли вы, что термин «гигиена» был назван в честь имени Гигеи?

А) да

Б) нет

В) возможно и предполагал

2.Удивило ли вас, что люди считали ядовитую змею спасительницей от смерти?

А) да

Б) нет

В) я даже не думал об этом

3. Согласны ли вы с тем что, крест несет жизнь и ведет людей к воскрешению?

А) да

Б) нет

В) я считаю это полным бредом

4. Как, по вашему мнению, символ в медицине играет важную роль?

А) да

Б) нет

В) скорее всего, я не знаю

На первый вопрос 5 из 9 юношей ответили вариант ответа Б. Они не знали, что термин «гигиена» произошел от имени Гигеи. Аналогично ответили девушки (5 из 9). Такой вариант ответа предполагает, что студенты не интересовались данным термином.

На второй вопрос 4 из 9 юношей сказали о том, что их удивило, как люди считали ядовитую змею спасительницей от смерти. 6 из 9 девушек ответили так же. Это говорит что, многие даже и не предполагали о таком мнении людей на счет ядовитой змеи.

На третий вопрос 5 из 9 юношей и 7 из 9 девушек ответили, что они не согласны с тем что, крест несет жизнь. Возможно, они не верят в мифологию, и считают, что крест не имеет никакого значения и точно не несет жизнь.

На четвертый вопрос юноши ответили единогласно, когда у девушек разошлось по этому вопросу мнения. Кто-то ответил что, да, символ в медицине играет важную ролью, так же посчитали, что не играет никакой роль, другие же вообще затруднились ответить. Это может быть связано с тем что, девушки в принципе не обращали внимания на медицинские символы и для них это не имеет значение.

Практическая значимость работы заключается в том, что она может быть использована на занятиях по дисциплине «Основы философии» в ББМК (специальность 33.02.01 Фармация Очная форма, тема «Философия и медицина: общие проблемы и ценности»), на классных часах из цикла «Разговоры о важном по темам, касающимся медицина и здоровья человека, а также всеми людьми, любящими историю и желающими углубить свой кругозор.

Можно сделать вывод, что студенты 183 группы, ранее не интересовались данной темой, и она их не волновала. Но многое из полученной информации они уже знали, как юноши, так и девушки. Ребята равнодушны к этой теме и планируют ее изучать.

Список использованных источников

1. Бабенко И.С. Происхождение МЕДИЦИНСКИХ СИМВОЛОВ // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 6.
2. Байков В.М., Ефимова Т.Р. Откуда взялся белый халат? // Фундаментальные исследования. 2019. № 12. С. 337-341.
3. Николаев В.А. Возникновение и символика медицинского халата // Медицина и образование в Сибири. 2019. № 4. С. 80-82.
4. Прокопьев, Н.Я. Медицинская маска. 2018. №2 (8). С. 47-51
5. Туманова, М. Маска как реальность / М. Туманова // Будь здоров!. - 2021. - N 2. - С. 17-21.

ВИРТУАЛЬНАЯ ЭКСКУРСИЯ «ИХ ИМЕНАМИ НАЗВАНЫ УЛИЦЫ НАШЕГО ГОРОДА»

Коробов Валерий Сергеевич

*Руководитель: Лыхина Екатерина Владимировна
КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»*

Есть в истории человечества дорогой ценой оплаченные события и даты, которые не подлежат забвению. Вторая мировая война – в их числе. Двадцать семь миллионов человеческих жизней, почти четыре тысячи в прах превращенных городов, десятки тысяч испепеленных селений. Утраты могли бы быть еще более невосполнимыми, если бы не отвага, терпение, мужество и героизм советских людей.

Актуальность исследования: формирование чувства гордости и любви к Родине, является одним из самых важных воспитательных моментов. Зарождаясь из любви к своей "малой родине", патриотические чувства, пройдя через целый ряд этапов на пути к своей зрелости, поднимаются до общегосударственного патриотического самосознания, до осознанной любви к своему Отечеству. Патриотизм является нравственной основой жизнеспособности государства и выступает в качестве важного ресурса развития общества, активной гражданской позиции личности, готовности ее к самоотверженному служению своему Отечеству.

Любовь к Отечеству зарождается с малого – с любви к своему дому, улице, городу, краю. Названия улиц о многом могут рассказать сведущему человеку. Большинство улиц Бийска, как и в других городах России, названы в честь писателей и поэтов, композиторов, знаменательных дат и праздников, героев гражданской и Великой Отечественной войн.

Поскольку не всегда возможно провести реальную экскурсию по той или иной тематической направленности, в сочетании с новыми средствами массовой информации существует возможность виртуальной экскурсии, которая, независимо от временных, логистических и человеческих ресурсов, может представить исследуемую область знания тематически и визуально. Виртуальная экскурсия дает возможность воспользоваться преимуществами исторической экскурсии без необходимости физического посещения соответствующего пространства.

Новизна данной работы заключается в том, что впервые сделана попытка создать виртуальную экскурсию по улицам города Бийска, в названиях которых отобразилась история

Великой Отечественной войны.

Гипотеза. Мы считаем, что в названиях улиц нашего города, которые носят имена героев-защитников и среди которых были солдаты и офицеры, партизаны и подпольщики, танкисты и артиллеристы, лётчики и пехотинцы, отразилась история Великой Отечественной войны.

Цель работы: изучение и сохранение в памяти героев Великой Отечественной войны и их подвигов, в честь которых названы улицы и памятные места города Бийска Алтайского края.

Для достижения цели были поставлены и решены следующие задачи:

- собрать архивную и литературную информацию о людях, которые защищали нашу Родину в годы Великой Отечественной войны и в честь которых названы улицы города Бийска;

- изучить карту города и составить перечень улиц, названия которых связаны с Великой Отечественной войной;

- оформить виртуальную экскурсию по улицам нашего города.

Методы исследования: теоретические методы: отбор и анализ исторических источников, обобщение полученных данных, фотографический метод, биографический метод, методы визуализации данных.

Объект исследования – краеведческий материал о героях Великой Отечественной войны, в честь которых названы улицы города Бийска.

Предмет исследования – преимущества виртуальных экскурсий по улицам города, посвященных подвигам героев ВОВ.

Практическая значимость: данную работу можно использовать на уроках истории и во внеурочной деятельности, посвященных изучению раздела «Великая Отечественная война». Виртуальная история (<https://udoba.org/node/203031>) по улицам нашего города, которые носят имена героев Великой Отечественной войны, будет способствовать сохранению исторической памяти о беспримерном подвиге нашего народа в годы Великой Отечественной войны, а также воспитанию патриотизма и гордости за героическое прошлое нашей Родины.

«Никто не забыт, ничто не забыто» — эти слова советской поэтессы, «блокадной музы Ленинграда» Ольги Берггольц давно стали лозунгом, символизирующим как железную стойкость жителей города, не сломленного 872 днями блокады, так и подвиг солдат Великой Отечественной войны. Проведённый социологический опрос среди студенческой аудитории выявил критический дефицит знаний о героях и историческом наследии города. Результаты анкетирования подтвердили, что 56% респондентов не смогли идентифицировать значимых исторических личностей. Все это заставляет задуматься: сохранится ли память о величайшей трагедии нашей страны и гордости за народ, который ценой небывалых в мировой истории жертв завоевал Победу в том страшном противостоянии добра и зла. Однако при этом, согласно исследованию, память о Великой Отечественной войне не уходит в прошлое, но меняется, она неразрывно связана с личной, семейной историей, историей своего города.

Как и люди, улицы, школы, населённые пункты имеют свою судьбу, несут на себе неизгладимую печать эпохи, их породившей.

Героические события Великой Отечественной войны 1941-1945 годов, конечно же, нашли своё отражение в названиях улиц нашего края. Правда, данные переименования произошли в основном не сразу после войны, а к середине 1960 годов. Были увековечены имена воинов, партизан, подпольщиков, воинских соединений.

Пожалуй, чаще всего в названиях улиц звучат имена Героев Советского Союза. О подвигах героев напоминают названия улиц города Бийска – Григория Васильева, Николая Красильникова, Николая Трофимова, Александра Матросова, Олега Кошевого, Вали Максимовой, Николая Гастелло.

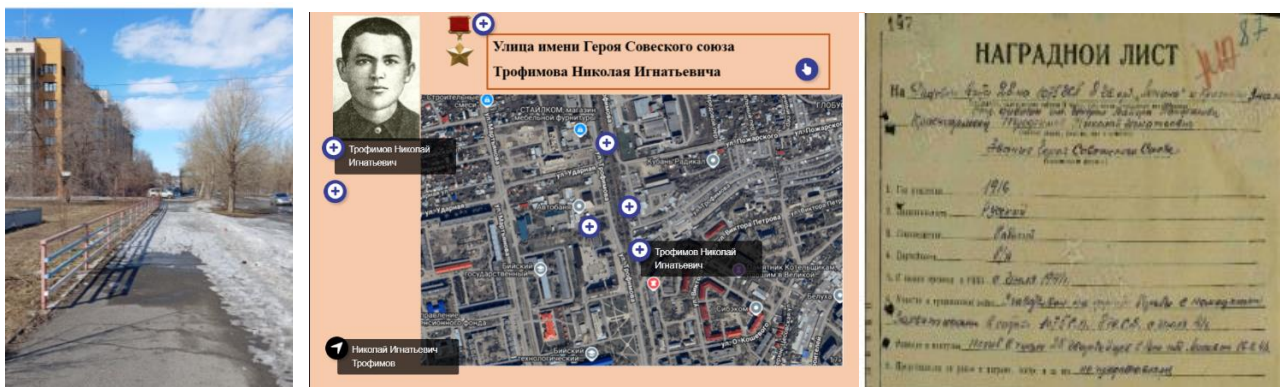


Рисунок 1 – интерактив виртуальной экскурсии «Их именами названы улицы нашего города» улица имени Героя Советского Союза Николая Игнатьевича Трофимова <https://udoba.org/node/203031>

В городе Бийске у мемориала Славы установлен бюст Николая Трофимова, в его честь названа улица Трофимова, одна из центральных улиц города Бийска. Она названа в честь Н.И.Трофимова. На фронт был призван с первых дней войны. Красноармеец стал одним из легендарных панфиловцев, которые приняли бой у разъезда Дубосеково Волоколамского района Московской области. Группа истребителей танков во главе с политруком В.Г. Клочковым отразила многочисленные атаки противника, уничтожив 18 вражеских танков. 16 ноября 1941 года Николай Трофимов в битве под Москвой пал смертью храбрых. [11,12]

Самая многолюдная улица города Бийска – улица Васильева. Многие мои однокурсники живут в домах, расположенных на этой красивой улице.

Григорий Семенович родился в Башкирии 22.09.1897 года. В Бийске ему пришлось жить несколько лет. В годы Гражданской войны сражался с Колчаком, атаманом Семеновым и Дутовым. Первый орден Красного Знамени заслужил за бои у озера Хасан против японской армии.

За умелое управление 605-м стрелковым полком 232-й стрелковой дивизии 60-й армии во время тяжелых оборонительных боев под Воронежем получил второй орден Красного Знамени. Там же, в Воронежской области, в ожесточенном бою он погиб, практически вместе с полком. Подполковник сам повел своих солдат в рукопашный бой. В этой схватке удалось отбросить противника. 28 января 1943 года Г. Васильев погиб неподалеку от Кочетовки, в селе Нижнее Турово. Полк выполнил боевую задачу.

28.04.1943 года Григорию Семеновичу Васильеву было присвоено звание Героя Советского Союза посмертно. [8,9]

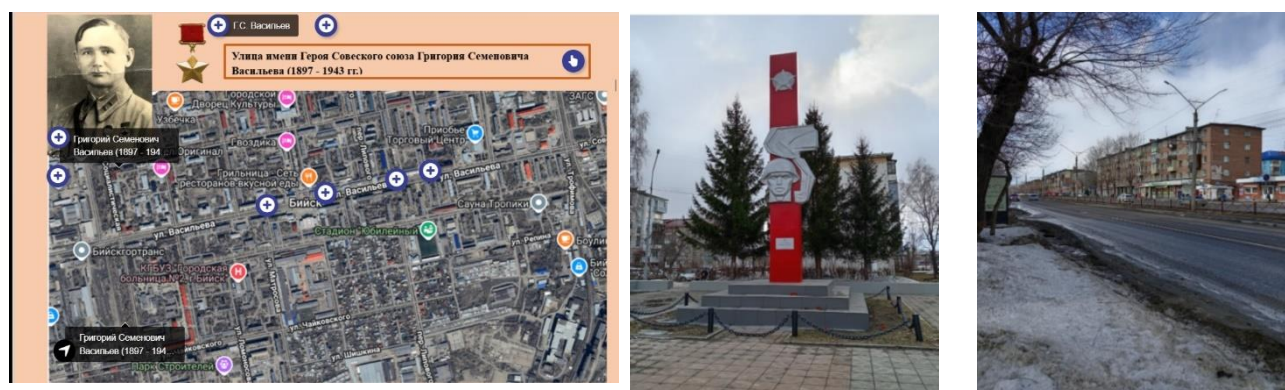


Рисунок 2 - интерактив виртуальной экскурсии «Их именами названы улицы нашего города» - улица имени Героя Советского Союза Григория Семеновича Васильева <https://udoba.org/node/203031>

В честь Николая Петровича Красильникова названа улицав Заречной части города. Николай Красильников родился 13 июля 1901 года в Бийске. Успел окончить три класса церковно – приходской щколы и два класса высшего городского четырехклассного училища. В 1919 году был мобилизован в зармию Колчака, уведен в Монголию. Николай вернулся на родину в 1924 году. В июле 1941 года был призван в армию. В 1944 году он, младший



лейтенант, отличился во время освобождения Витебска. 25 июня 1944 года Красильников с группой бойцов переправился через Западную Двину и, удерживая плацдарм, его взвод уничтожил две огневые точки противника. Он был удостоен высокого звания Героя Советского Союза. [9]

Рисунок 3 – страница виртуальной экскурсии «Их именами названы улицы нашего города» - улица имени Героя Советского Союза Николая Петровича Красильникова
<https://udoba.org/node/203031>

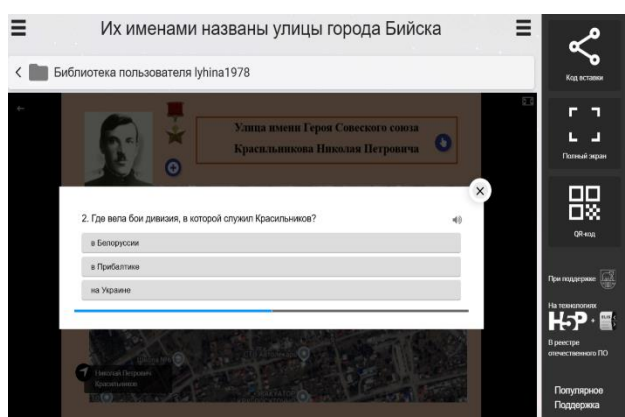


Рисунок 4 - интерактив виртуальной экскурсии «Их именами названы улицы нашего города»- улица имени Героя Советского Союза Николая Петровича Красильникова

Привокзальная улица города Бийска носит имя Максимова Валя. Ее имени почти не знают базы данных о погибших, кроме места захоронения. Уроженка села Ненинка Солтонского района 1921 года рождения. Она сама попросилась на фронт, и военкомат учел ее пожелание, отправив на курсы радисток. Осенью 1943 года ее забросили в глубокий вражеский тыл близ Херсона вместе с группой партизанского отряда «Журналист». Работала, что называется, «под прикрытием» — в качестве кухарки у немецких связистов. В марте 1944 года вместе с отрядом «Журналист» продолжила диверсионную работу в Молдавии. В ходе облавы отряд был практически весь уничтожен, в живых осталось только три человека. В числе погибших в бою была и радистка Валя Максимова. [8,9]

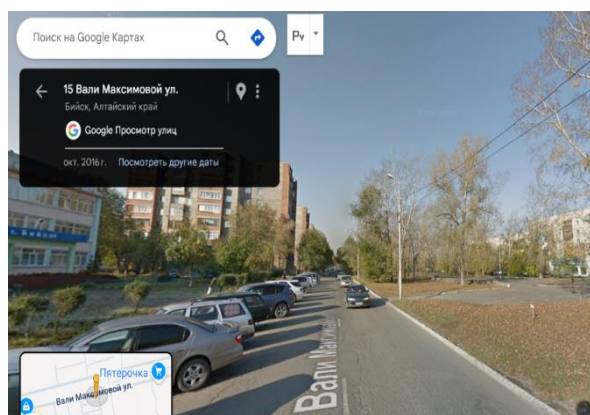
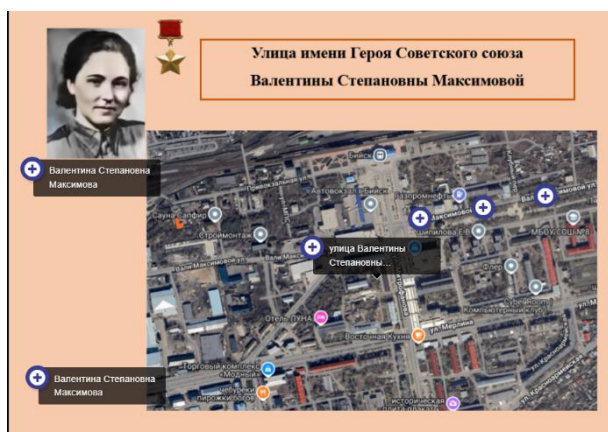


Рисунок 5 – Интерактив виртуальной экскурсии «Их именами названы улицы нашего города» - улица имени Героя Советского Союза Вали Максимовой

Заключение

Проведённый социологический опрос среди студенческой аудитории выявил

критический дефицит знаний о героях и историческом наследии города. Мы попытались восполнить этот пробел.

В ходе исследования проанализировали и обобщили уникальный архивный материал ресурса «Память народа» и «Подвиг народа»: приказы о награждении, наградные листы, данные из учетной карточки, фотоматериал о героях ВОВ. Материалы этой работы были положены в основу краеведческой виртуальной экскурсии.

В рамках нашей исследовательской работы опередили топонимику улиц. В процессе анализа военных биографий, мы прошли вместе с защитниками их ратный путь, узнали, в чём состоял подвиг каждого воина, на каких фронтах они сражались, приближая Победу.

На этапе разработки виртуальной экскурсии детально исследовали карту города, сопоставили имеющуюся информацию, подготовили картографический материал как основа для будущей экскурсии, провели фотосъемку улиц города, включая панорамную съемку.

На завершающем этапе работы оценили преимущества отечественного конструктора «УДОБА», интегрированного способа представления информации (тексты, карты фотографии, анимации, ссылки на внешние ресурсы, тестовые задания), опирающаяся на цифровые технологии.

Интерактивные электронные ресурсы на данном сайте не просто создаются, но и распространяются в открытом доступе. Ресурсы могут быть скачаны и загружены в H5P-совместимые системы Moodle и др. Именно этими возможностями сервиса мы воспользовались при создании виртуальной экскурсии по улицам нашего города.

Конечный результат исследовательской работы представлен на странице <https://udoba.org/node/203031>

Таким образом, в ходе исследования, стало ясно, что история Великой Отечественной войны увековечена не только в архивных документах, литературных и публицистических произведениях, в документальных и художественных фильмах, памятниках, но и в названиях улиц больших и малых городов нашей страны.

А виртуальная экскурсия с привлечением краеведческого материала – может стать не только одной из эффективных и актуальных форм патриотического воспитания молодежи, призванной не только восполнить пробелы в знаниях, но и сформировать устойчивую мотивацию к изучению культурного наследия через современные форматы коммуникации.

Таким образом, главная цель исследования достигнута и решены поставленные задачи.

Мы гордимся тем, что живем в городе, где помнят своих героев. Ведь без прошлого нет будущего.

Список используемой литературы и источников

1. Боевая слава Алтая. – Барнаул. – 316 с.
2. Бой за переправу. // Бийский рабочий, 1977, 18 мая – с. 2.
3. Василий Чечель. Погибшим и живым.// <https://stihi.ru/2019/12/15/1446?>
4. Герои страны. [сайт]. URL: <https://warheroes.ru>
5. Командир полка. // Бийский рабочий, 1974, 16 мая – с. 2.
6. Награды России (сайт) <https://ordenrf.ru/geroi-rossii/geroi-sssr/aleksandr-matrosov.php>
7. Недаром помнит вся Россия... // Бийский рабочий 1975, 7-8 февраля – с. 2.
8. Память народа. <https://pamyat-naroda.ru/?ysclid=m9il78pci4637174590>
9. Подвиг народа. <https://podvignaroda.ru/>
10. Цапко Ю.А. Бийск в лицах. – Барнаул: ОАО «ИПП «Алтай», 2009, - 240с.
11. Шмойлов Э.П. Очерки истории города. – Бийск: Научно-издательский центр Бийского пединститута, 1993. – 350 с.
12. Шмойлов Э.П. Достойные бийчане: исторические очерки. – Бийск: НИЦ БПГУ им.В.М.Шукшина, 2003. – 197 с.

ВЛИЯНИЕ ПРОВЕТРИВАНИЯ ПОМЕЩЕНИЯ НА ТЕМПЕРАТУРУ И ВЛАЖНОСТЬ ВОЗДУХА

Медведев Иван Юрьевич

*Руководитель: Толстых Анастасия Юрьевна
КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»*

Каждый из нас прекрасно понимает, насколько важен комфортный микроклимат в помещении, где мы находимся. А если быть еще точнее, то важен не умозрительный комфорт, которому нет определений, а отсутствие наших мыслей о том, что в помещении душно или холодно, что само по себе отвлекает наше внимание от эффективного выполнения работы. С научной точки зрения микроклимат – это совокупность физических факторов внутренней среды помещений, оказывающая влияние на терморегуляцию и здоровье человека. Микроклиматическими показателями являются: температура, влажность и скорость движения воздуха. Так как в течение учебного года студентам приходится больше времени проводить в колледже, то не маловажную роль играет состояние микроклимата в учебных кабинетах. Поэтому мы решили исследовать такие показатели микроклимата, как влажность и температура в учебных кабинетах колледжа.

Атмосферный воздух, который нас окружает представляет собой смесь различных газов и водяного пара. Важное значение для человека наряду с температурой и давлением атмосферы имеет количество в ней водяных паров.

От влажности зависит интенсивность испарения влаги с поверхности кожи человека. А испарение влаги имеет большое значение для поддержания температуры тела постоянной.

В зависимости от количества паров, находящихся при данной температуре в атмосфере, воздух бывает различной степени влажности. Абсолютная влажность воздуха (f) — это количество водяного пара, содержащегося в 1 м³ воздуха. Определяется как отношение массы содержащегося в воздухе водяного пара к объёму влажного воздуха.

С одной стороны, абсолютная влажность воздуха является понятной и удобной величиной, т. к. дает представление о конкретном содержании воды в воздухе по массе, с другой стороны, эта величина неудобна с точки зрения восприимчивости влажности живыми организмами. Оказывается, например, человек ощущает не массовое содержание воды в воздухе, а именно ее содержание относительно максимально возможного значения. Чтобы судить о степени влажности воздуха, важно знать, близок или далёк водяной пар, находящийся в воздухе, от состояния насыщения. Для этого вводят понятие относительной влажности. Относительная влажность воздуха (φ) — это отношение его текущей абсолютной влажности к максимальной абсолютной влажности при данной температуре. Она также определяется как отношение парциального давления водяного пара в газе к равновесному давлению насыщенного пара. Относительная влажность обычно выражается в процентах.

Не менее важна для человека и температура среды его обитания. Человек способен продолжительно и эффективно функционировать лишь в довольно узком диапазоне температур окружающей среды. Средняя температура тела человека - 36,5 °С. Даже незначительные отклонения от этой температуры в ту или другую сторону приводят к ухудшению самочувствия человека.

Обмен веществ, постоянно происходящий в теле человека, приводит к выделению тепла. Процессы регулирования тепловыделений для поддержания постоянной температуры тела человека называются терморегуляцией. Для нормального теплообмена, выделяемая организмом теплота должна полностью отводиться в окружающую среду. Нарушение теплового баланса может привести к перегреву либо к переохлаждению организма и, как следствие, к потере трудоспособности, быстрой утомляемости. Если температура окружающей среды высокая, возникает риск гипертермии (перегрева). В таких случаях система терморегуляции человека увеличивает теплоотдачу за счет испарения влаги, вырабатываемой потовыми железами. Кроме этого осуществляется перераспределение кровотока от внутренних органов к внешней поверхности тела. И наоборот, когда температура окружающей среды заметно и продолжительно опускается,

организм включает механизмы терморегуляции, которые уменьшают потери тепла и увеличивают теплопродукцию.

К таким механизмам относятся:

Дрожание — быстрое непроизвольное сокращение мышц, в процессе которого выделяется тепло для согрева внутренних органов.

Отток крови от внешней, охлажденной поверхности тела. Такой отток не позволяет крови отдавать тепло, необходимое для работы внутренних органов. Этот эффект проявляется, в частности, как замерзание пальцев рук и ног.

Гусиная кожа — мурашки, которые вызываются напряжением микромышц, отвечающих за положение волосков на коже. У человека это наследие предков является классическим атавизмом, но у наших прародителей эти мышцы поднимали шерсть, увеличивая высоту волосного покрова. Это удерживало воздух у кожи, который как теплоизолятор уменьшал тепловые потери.

Однако возможности терморегуляции не безграничны, и при дальнейшем устойчивом понижении температуры среды возникает риск различных нарушений в функционировании организма, развиваются симптомы гипотермии (переохлаждения), появляется дискомфорт, чувство «замерзания».

Влияние температуры и влажности на здоровье человека

Тепловое ощущение и переносимость температур во внешней среде во многом зависит от влажности и скорости окружающего воздуха. При низком влагосодержании воздуха, характерном для холодного периода, возрастает отдача тепла человеком за счет интенсивного испарения влаги с поверхности тела, высыхают поверхности слизистых оболочек дыхательных путей, что способствует прониканию болезнетворных микроорганизмов в органы дыхания, восприимчивости организма к простуде и другим заболеваниям.

Воздух с очень низким содержанием водяного пара также оказывает неблагоприятное воздействие на кожу человека - она становится сухой, шероховатой и может растрескиваться от натяжения. Очень сухой воздух обычно бывает зимой в теплых помещениях. Нижняя граница влажности составляет около 20%. При более низких значениях влажности существенно возрастает дискомфорт и опасность заболевания ринитами и фарингитами у людей, постоянно находящихся в условиях пониженной влажности воздуха в помещении.

Чем больше влажность воздуха, тем меньше испаряется пота в единицу времени и тем быстрее наступает перегрев организма. Высокая влажность в сочетании с высокой температурой - более 30 градусов по Цельсию, имеет неблагоприятное воздействие на физиологические процессы теплообмена в организме, т.к. при этом почти вся выделяемая теплота отдается в окружающую среду при испарении пота. При повышении влажности пот не испаряется, а стекает каплями с поверхности кожного покрова, что не обеспечивает необходимой теплоотдачи, а изнуряет и обезвоживает организм. Вместе с потом организм теряет значительное количество минеральных солей, микроэлементов и водорастворимых витаминов. Установлено, что при температуре воздуха более +25 °C работоспособность человека начинает падать. Длительное воздействие высокой температуры особенно в сочетании с повышенной влажностью может привести к значительному накоплению теплоты в организме и развитию перегревания организма выше допустимого уровня – гипертермии – состоянию, при котором температура тела поднимается до 38-39°C°. Возникает так называемый тепловой удар, требующий медицинского вмешательства.

При наружной температуре, приближенной к температуре человеческого тела (около 36,6 градусов), организм предпринимает целый ряд изменений, чтобы помочь себе сохранить здоровье. Это и повышенное потоотделение, изменение частоты и глубины кровообращения, дыхания, а также повышение других показателей, с помощью которых организм предпринимает попытки охладить себя. Однако потоотделение помогает понизить температуру тела только в том случае, если влага, которая выделяется через кожу, активно испаряется, что при повышенной влажности затруднительно.

Эксперимент

Согласно данным GISMETEO: на 11.04.2025 температура за окном 23°C. Мы измерили относительную влажность воздуха в аудитории 130 до проветривания и после. Результаты измерений занесем в таблицу.

Цель эксперимента: исследовать влияние проветривания на микроклимат внутри помещения.

Порядок проведения эксперимента:

	До проветривания		После проветривания	
	Сухой	Влажный	Сухой	Влажный
Температура °C	25	20	20	16,5
Влажность, %	60		67	

Вывод: в результате эксперимента температура в аудитории незначительно понизилась, влажность увеличивается. Опытным путем мы убедились в том, что микроклимат улучшается. Хотя во время морозов воздух становится более сухим, тем не менее, проветривание выполняет еще одну важную функцию. За счет поступления свежего воздуха внутри помещения существенно снижается концентрация вредных веществ, что благотворно влияет на наше здоровье.

Определение влажности и температуры воздуха в аудиториях колледжа

Цель: Определить температуру и влажность воздуха в разных учебных аудиториях в начале дня и после занятий, и исходя из полученных данных, выяснить, отвечает ли санитарным нормам условия наших кабинетов. Измерения проводились в учебных аудиториях: 129, 132, 317, 203. Дата: 11.04.2025 г.

Каб инет	В начале учебного дня			После занятий		
	Температура, °C		Влажность, %	Температура, °C		Влаж ность, %
	Сухой	Влаж ный		Сух ой	Влаж ный	
129	22	17	56	26	17,5	39
132	20	15	54	25	17	38
317	23	18	58	28	18,5	35
203	20	15	54	24	18	54

По результатам работы были сделаны основные выводы:

1. Во всех кабинетах влажность воздуха в начале дня соответствует нормам СанПина.
2. К концу смены влажность воздуха в кабинетах понижается, за исключением аудитории 203.
3. Средняя температура воздуха в начале и в конце учебного дня не соответствует норме.
4. С началом отопительного сезона относительная влажность значительно понижается до недопустимых значений, что в целом способствует обезвоживанию организма в результате теплоотдачи способом испарения. У людей, находящихся в таких условиях, будет ощущаться повышенная жажда и сухость слизистых оболочек, а значит, увеличивается риск простудных и других заболеваний.

Способы увеличения влажности

Для улучшения состояния влажности в кабинетах я рекомендую:

1. Опрыскивание. С помощью этого простого и действенного метода можно увеличить влажность воздуха.
2. Увеличить в кабинетах количество зеленых насаждений. Листья зеленых растений испаряют воду и способствуют повышению влажности воздуха, а это улучшает самочувствие людей.
3. Чаще делать влажную уборку.

Рассмотрев поставленные мною вопросы, мы пришли к выводу, что для оптимального теплообмена человеческого организма при температуре 20-25°C наиболее благоприятна относительная влажность порядка 50%. При более высокой температуре

предпочтительна влажность около 25%. Поэтому, вооружившись знаниями, в наших силах создать комфортную и здоровую обстановку в колледже.

Использование данного оборудования при исследованиях в данном проекте позволило мне получить не только знания в области естественных наук, но и опыт работы с приспособлениями для измерения микроклимата в помещении. Возможности исследований по теме исследовательской работы не ограничиваются экспериментами, предложенными и выбранными в работе.

В дальнейшем можно изучить относительную влажность и измерить температуру воздуха в разные времена года и т.д.

Список использованных источников

1. Элементарный учебник физики: Учебное пособие. В 3-х т. Под ред. Г.С.Ландсберга. Т.1. Механика. Теплота. Молекулярная физика. М.: Наука. 2003.
1. Курс общей физики, ч.2. Г.А.Зисман, О.М.Тодес, М. «Наука», 1965г.
2. Л.С.Жданов, Г.Л.Жданов. Физика для средних специальных учебных заведений. М. «Наука», 2000.
3. Физика: Учеб. Пособие для 10кл.шк. и классов с углубленным изучением физики. Под ред. А.А.Пинского. – М.: Просвещение, 1983.
4. Мякишев Г.Я. Физика: Учеб. Для 10кл. общеобразоват. Учреждений. М.: Просвещение, 2002
5. http://www.axiomaj.ru/svoboda_zdravo_zhit/komfortnyj_mikroklimat.html
6. <http://membra.ru/science/homeostasis/>
7. <http://www.polymedia.ru/oborudovanie/tsifrovye-laboratorii/>
8. <http://physbook.ru/>

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В МЕДИЦИНЕ ПРИ ПОМОЩИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

*Несененко Юлия Вячеславовна
Ольшанская Маргарита Владимировна
Руководитель: Фадеева Ирина Михайловна
КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум»*

На сегодняшний день наблюдается широкое внедрение компьютерных технологий в медицину. Искусственный интеллект (ИИ), и особенно искусственные нейронные сети (ИНС), стремительно развиваются и находят применение во многих областях науки и медицины. Анализ и применение в медицине искусственного интеллекта (ИИ) является перспективной областью развития медицинской науки.

Каждый день врачи получают огромный объем данных в виде рентгеновских снимков, результатов кардиограмм и множество других снимков и заключений, которые необходимо правильно проанализировать и обработать для постановки диагноза. Всё это занимает довольно большое количество времени и сил, что может привести как к ошибкам постановки диагноза, так и к увеличению времени постановки диагноза, следствием которого может быть смерть человека. Применение ИНС в медицине открывает новые перспективы для диагностики заболеваний, разработки персонализированных методов лечения и оптимизации медицинских процессов. Благодаря развитию искусственных нейронных сетей, есть возможность уменьшить время ожидания диагноза, а также уменьшить количество врачебных ошибок.

Актуальность применения искусственных нейронных сетей объясняется их востребованностью и практичностью в использовании. С помощью таких продуктов уменьшаются временные и технические затраты на получение результатов.

Медицина постоянно сталкивается с необходимостью обработки огромных массивов данных: от результатов лабораторных исследований до изображений и сигналов. Традиционные методы анализа часто оказываются недостаточно эффективными, поскольку требуют

значительных временных затрат и подвержены субъективной оценке. Искусственные нейронные сети позволяют автоматизировать процесс анализа, повысить точность диагностики и прогнозирования исхода заболевания. Таким образом, использование ИНС становится важным инструментом для улучшения качества медицинской помощи.

Объект исследования: искусственные нейронные сети в медицине.

Предмет исследования: применение искусственных нейронных сетей в медицине при помощи искусственного интеллекта.

Цель исследовательской работы: повышение уровня осведомленности респондентов о возможностях применения искусственных нейронных сетей (ИНС) с использованием технологий искусственного интеллекта (ИИ) в медицине.

Задачи:

1. Проанализировать литературные и интернет источники по теме исследования.
2. Провести обзор существующих исследований и разработок в области применения ИНС и ИИ в медицине.
3. Разработать анкету и провести исследование уровня осведомленности респондентов о возможностях применения искусственных нейронных сетей в медицине.
4. Разработать информационные материалы (провести мастер-класс) по теме работы.
5. Провести повторное исследование уровня осведомленности респондентов о возможностях применения искусственных нейронных сетей в медицине

Гипотеза: если провести информационную работу со студентами и медицинскими и работниками о возможностях использования искусственных нейронных сетей в медицине, то уровень осведомленности респондентов повысится.

Методы исследования:

- анализ литературы и интернет источников;
- систематизация;
- анкетирование и обработка полученных результатов.

Искусственный интеллект (ИИ) простыми словами — это метод, позволяющий компьютеру, управляемому компьютером роботу или программному обеспечению мыслить разумно, подобно человеку.

Нейросеть (нейронная сеть) – это подвид машинного обучения, который имитирует работу человеческого мозга. Под нейросетью понимается скопление нейронов, способное в совокупности распознавать какие-либо явления или объекты. Это скопление обучается, действует последовательно, запоминает данные, умеет обрабатывать запросы и выдавать информацию.

Принцип работы нейросети основан на алгоритмах работы биологических нейронных сетей [1]. Поступающие в искусственные нейроны сигналы суммируются, преобразуются и выдают нужный результат. Каждый нейрон выполняет простую операцию над полученными данными, используя функцию активации, которая определяет, нужно ли передавать сигнал дальше.

Преимущества нейросетей: самообучение; быстрый анализ большого количества данных; возможность анализа нескольких параметров одновременно.

Применение нейросетей в медицинской сфере

Основное преимущество нейросетей – быстрая обработка большого количества входных данных. В медицинской сфере основными направлениями для внедрения нейросетей являются диагностика, прогноз, разработка лекарственных средств. Благодаря быстрому анализу сразу множества параметров, нейросети можно научить писать заключение к МРТ или КТ, обобщать результаты исследований, проведенных пациенту, анализировать элементы на коже человека и т.д. Внедрение нейросетей в различные методы визуализации, такие как рентген, МРТ, ПЭТ и другие, может значительно повысить качество диагностики.

Существуют разные типы ИНС, каждый из которых подходит для определенных задач:

- **Сверточные нейронные сети (CNN)** — отлично справляются с обработкой изображений, таких как медицинские снимки.

– **Рекуррентные нейронные сети (RNN)** — эффективны для анализа последовательных данных, например, временных рядов ЭКГ.

– **Генеративные модели** — создают новые данные, подобные обучающим, что полезно в биомедицинских исследованиях.

Применение ИНС в диагностике

Одним из наиболее успешных примеров использования ИНС в медицине является диагностика заболеваний. Нейронные сети способны анализировать медицинские изображения, такие как МРТ, КТ и рентгенограммы, с высокой точностью. Например, система Google Brain показала результаты, сравнимые с опытными радиологами, при обнаружении опухолей легких на КТ-снимках. В кардиологии ИНС используются для анализа ЭКГ и прогнозирования рисков сердечных приступов. В офтальмологии ИНС помогают диагностировать заболевания сетчатки, такие как диабетическая ретинопатия, анализируя изображения глазного дна.

Сервисы с применением технологии компьютерного зрения разрабатываются по всему миру и помогают врачам выявлять признаки различных заболеваний, в том числе онкологии. Один из таких проектов - Цельс, разработка российской компании «Медицинские скрининг системы».

Система для анализа медицинских изображений Цельс, на данный момент работает по четырём направлениям диагностики — маммография, флюорография, компьютерной томография лёгких и гистология. Врач загружает в систему изображения. Дальше система ранжирует список исследований по приоритетности — от наибольшей вероятности наличия патологии до наименьшей. Таким образом врач в первую очередь просмотрит снимки тех пациентов, у которых система заподозрила наличие новообразования. Это позволит оперативно провести до обследования, поставить диагноз и начать лечение.

Врач открывает конкретное исследование из списка и видит изображение, на котором система маркером выделила именно те области, на которых предположительно визуализируются признаки патологии. Затем врач просматривает описание снимка, автоматически сформированной системой, и при необходимости вносит в него свои замечания. ИНС могут сегментировать органы и ткани на снимках, что помогает планировать операции и оценивать динамику лечения. В сочетании с методами компьютерного зрения, ИНС позволяют автоматически обнаруживать патологии на рентгенограммах, маммографиях и ультразвуковых снимках. Такие инструменты повышают точность диагностики и снижают нагрузку на врачей.

Таким образом, основные задачи сервисов на основе технологий компьютерного зрения — облегчение рутинной работы врача, сокращение времени на исследование и как следствие более оперативная помощь пациенту.

Персонализированная медицина

ИНС играют важную роль в развитии персонализированного подхода к лечению. Они позволяют учитывать уникальные особенности каждого пациента, такие как генетический профиль, история болезни и реакция на предыдущие лечения. Например, проект IBM Watson Oncology помогает врачам разрабатывать индивидуальные планы лечения онкологических больных на основе анализа огромных массивов данных.

Заполнение и ведение медицинской документации

Информация о пациенте (результаты анализов, назначенное лечение, данные прошлых госпитализаций, заключение от других специалистов) часто представляет собой довольно большой объем данных, которые врач должен проанализировать. Искусственный интеллект Watson for Oncology от компании IBM мог моментально выдать лечащему врачу историю болезни пациента, членов его семьи, структурировать генетическую предрасположенность к тем или иным патологиям, а также предложить свои рекомендации по лечению заболеваний.

Разработка лекарственных препаратов

Фармацевтическая индустрия также активно использует ИНС для ускорения процесса открытия новых лекарств. Нейронные сети могут моделировать взаимодействие молекул с биологическими мишенями, что сокращает время и затраты на лабораторные испытания.

Например, компания BenevolentAI использовала ИНС для быстрого поиска потенциальных препаратов против COVID-19. Моделирование молекулярных взаимодействий позволяет оптимизировать структуру лекарств, улучшая их эффективность и снижая токсичность.

Разработка новых лекарственных средств требует большого количества времени и средств, однако нейросети, обрабатывая большое количество имеющихся данных, могут значительно сократить это время. Использование нейросетей для интеграции разнообразных омиксных данных (геном, транскриптом, метаболом) позволяет составить лучшее понимание механизмов болезней и определить потенциальные лекарственные мишени.

Разработка лекарства DSP-1181 (агонист 5-HT_{1A} рецептора серотонина, предназначенный для лечения обсессивно-компульсивного расстройства) с использованием нейросети заняла 12 месяцев вместо обычных 4 лет.

Нейросети помогли найти новый антибиотик галицин, а также группы других веществ, которые потенциально обладают антибактериальными свойствами.

Нейросеть GENTRL, способна находить перспективные молекулы лекарств в течение 3 недель, а суммарно разработка лекарства, по заявлениям разработчиков, будет занимать 46 дней.

Прогнозирование заболеваний

В конце декабря 2021 года эпидемиологический искусственный интеллект BlueDot предсказал вспышку коронавируса в Китае на основе сводки новостей и постов в соцсетях на неделю раньше, чем о ней сообщила ВОЗ, а до этого – вспышку вируса Зика во Флориде в 2016 году, за шесть месяцев до того, как это произошло. Еще раньше BlueDot предсказал вспышку лихорадки Эбола в 2014 году и ее распространение за пределами Африки.

Это не все возможные направления применения нейросетей в медицине. Сфера искусственного интеллекта активно развивается, и, вероятно, нас ждут еще более фантастические разработки.

Этика и безопасность

Несмотря на очевидные преимущества, внедрение ИНС в медицину сталкивается с рядом этических и правовых вопросов. Один из них связан с конфиденциальностью данных пациентов. Необходимо разработать строгие стандарты защиты информации, чтобы избежать утечек и злоупотреблений. Другой важный аспект — интерпретируемость решений ИНС. Большинство моделей представляют собой "черные ящики", и врачи зачастую не понимают, почему алгоритм сделал тот или иной вывод. Это требует разработки методов объяснения решений ИНС. Наконец, безопасность ИНС вызывает беспокойство: ошибочные диагнозы или рекомендации могут иметь серьезные последствия для здоровья пациентов. Поэтому необходима тщательная проверка и сертификация всех ИНС-систем перед их применением в клинической практике.

Нами был проведен опрос среди медицинских работников КГБУЗ «АМРБ» и студентов КГБПОУ АМТ. В исследовании принимали участие 32 человека, возраст которых от 18 до 35 лет. Для выявления осведомленности по использованию искусственных нейронных сетей в медицине, была составлена Анкета для опроса. Испытуемым предлагалось ответить на 13 вопросов. Исходя из проведенного исследования, мы получили следующие результаты:

- Почти половина респондентов достаточно осведомлены об искусственном интеллекте (48 %);
- Считают, что искусственные нейронные сети – это продвинутые компьютерные алгоритмы для анализа данных и программы, имитирующие работу мозга человека;
- Частично уверены в том, какие области медицины уже используют искусственные нейронные сети (41 %);
- Знают, где применятся ИНС в медицине, это диагностика заболеваний (например, анализ рентгеновских снимков), прогнозирование рисков заболеваний, управление данными пациента, анализ генетической информации, роботизированная хирургия;
- Подавляющее большинство считают, что возможно в некоторых случаях ИНС могут заменить врачей в будущем (48 %);

–Считают преимуществами использования ИНС в медицине: сокращение времени на обработку данных; повышение точности диагностики, экономия ресурсов, увеличение доступности медицинской помощи;

–Риски или недостатки в использовании ИНС в медицине, это: возможные ошибки в диагнозах, эмоциональная связь между врачом и пациентом теряется, высокие затраты на внедрение технологий, замещение специалистов искусственным интеллектом;

– Считают, что медицинские учреждения в нашей стране не достаточно готовы к внедрению ИНС (38 %);

– Почти все респонденты лишь иногда интересуются новыми технологиями в медицине (94 %);

–Чаще всего получают информацию о новых технологиях в медицине – на первом месте Интернет-ресурсы (сайты, блоги), затем социальные сети, от коллег и друзей.

Затем нами был проведён мастер-класс по теме «Применение искусственных нейронных сетей в медицине». После проведения мастер-класса, было проведено повторное анкетирование, изучили ответы респондентов и установили, что уровень осведомленности участников относительно применения искусственных нейронных сетей в медицине повысился. Результаты показали, что респонденты стали лучше понимать принципы работы ИНС, их потенциальные возможности и ограничения в различных областях медицинского обслуживания. Большинство участников отметили улучшение своих знаний о диагностических возможностях ИНС, а также осознали важность этического подхода к использованию технологий ИНС в здравоохранении.

Особенно ценным стало обсуждение конкретных примеров успешных внедрений ИНС в медицинскую практику, что позволило участникам глубже понять практическое применение этих технологий. Более половины, опрошенных выразили желание получить дополнительную информацию о развитии и перспективах использования ИНС в медицине, что свидетельствует о возросшем интересе к данной теме.

На основании вышеизложенного, считаем, что уже в недалеком будущем в здравоохранении при помощи ИИ будут применяться следующие инновационные процессы.

1. Автоматизированные методы диагностики, например, анализ рентгенологических или МРТ-снимков на предмет автоматического выявления патологии, микроскопический анализ биологического материала, автоматическое кодирование ЭКГ, электроэнцефалограмм.

2. Системы анализа и предсказания событий также являются вполне решаемыми уже сейчас задачами ИИ, и они могут дать существенный эффект.

3. Системы автоматической классификации и сверки информации помогают связать информацию о пациенте, находящуюся в различных формах в различных информационных системах.

4. Автоматические чат-боты для поддержки пациентов могут оказать существенную помощь в приобщении пациентов к здоровому образу жизни и следовании назначенному лечению. Уже сейчас чат-боты могут научиться отвечать на рутинные вопросы, подсказывать тактику поведения пациентов в простых ситуациях, соединять пациента с нужным врачом средствами телемедицины, давать рекомендации по диете.

ИНС предлагают огромный потенциал для улучшения качества медицинского обслуживания и повышения точности диагностики. Они уже доказали свою эффективность в различных областях здравоохранения, от ранней диагностики до разработки новых лекарств. Ожидается, что в будущем ИНС станут основой для автоматизированных диагностических систем, которые будут помогать врачам в принятии клинических решений. Телемедицина получит мощный импульс благодаря ИНС, позволяя проводить удаленные консультации и диагностику в режиме реального времени.

В образовании ИНС будут использоваться для симуляции хирургических операций и обучения студентов новым методикам.

Нужно сказать, что для успешного внедрения этих технологий необходимо решить ряд этических и технических проблем, а также правовые вопросы, которые требуют внимания и проработки. Совместные усилия ученых, врачей и разработчиков помогут сделать ИНС

надежными и полезными инструментами в повседневной медицинской практике.

Список использованных источников:

1. Алексеева, М.Г., Zubov, A.I., Новиков, М.Ю. Искусственный интеллект в медицине, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, Екатеринбург, РФ, 2022. <https://research-journal.org/archive/7-121-2022-july/artificial-intelligence-in-medicine>
2. Гривков, А.В., Смирнов, А.А. применение искусственных нейронных сетей для диагностики заболеваний сердца. Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург, РФ, 2019. – 1 с. https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/98784/1/978-5-8295-0640-7_2019_594.pdf
3. Гусев, А.В. (к.н.т. заместитель директора по развитию, компания «Комплексные медицинские информационные системы»). Перспективы нейронных сетей и глубокого машинного обучения в создании решений для здравоохранения, Москва, РФ, 2017. – 4 с.

ПРОБЛЕМА ЭВОЛЮЦИИ БЕЛОГО ХАЛАТА В РОССИИ

Никифорова Наталья Вячеславовна

Теплова Наталья Евгеньевна

Фролкина Светлана Алексеевна

Черепова Татьяна Леонидовна

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

Аннотация: Эволюция белого халата в России имеет сложную историю. Впервые атрибуты одежды медиков, похожей на современную, появляются в XIX в. Это белый халат или фартук. Среди студентов Барнаульского базового медицинского колледжа был проведен опрос с целью выяснения знания истории белого халата. Большинство ее не знают, но готовы помогать анализировать источники и искать информацию.

Ключевые слова: белый халат, сестры милосердия, медицинский работник, анкетирование, опрос.

В современной истории медицины не хватает обработанного материала о том, откуда возникло появление белого халата в медицинских организациях России и что могло послужить причиной необходимости носить белый халат врачам в России. Белый халат имеет сложную историю появления и необходим в работе медиков.

Целью работы является анализ истории белого халата в России.

Объектом исследования является белый халат, а **предметом** – его внешний вид, изменяющееся под влиянием времени.

При изучении вопроса об эволюции белого халата в России были использованы следующие **методы и подходы:**

- проблемно–хронологический подход, позволяющий оценить явление во времени и пространстве, требующий понимания истории белого халата на протяжении многих лет;
- конфликтологический подход, концентрирующий свое внимание на столкновение противоречий в мышлении людей, принимающих белый халат и разных точек зрения исследователей по этому вопросу.
- функциональный подход, требующий изучения зависимости между белым халатом и психологическим спокойствием больного.

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

В литературе можно найти сведения о том, что белый халат стал спецодеждой врачей на фронте. Врачи впервые были замечены в белой военной форме при обороне Севастополя во время Крымской войны. Люди в белых халатах лечили раненных во время русско-турецкой

войны 1787-1791 годов [1].

Хирург Н.И. Пирогов, величайший ученый XIX века, принимал участие в четырех войнах: Кавказской, Крымской, франко-прусской и русско-турецкой. После Крымской войны (1853-1856) Пирогов писал: «Можно сказать, что большинство раненых умерло не от самой раны, а от госпитальных инфекций». Будучи хирургом, Н.И. Пирогов использовал для дезинфекции спирт, ляпис и йод. В своих воспоминаниях о Крымской войне Н.И. Пирогов не упоминает о применении медицинских халатов. Ни на одной из картин, изображающих этого великого хирурга за работой, он не носит белого халата. Однако Пирогов всегда носит фартук из водонепроницаемого материала высокой плотности.

Врачи во время Крымской войны носили белые халаты неофициально. Приказа так одеваться не было. Исторические источники того времени, отражающие ход событий во время войны, в том числе медицинское обслуживание и процессы работы медицинского персонала, не допускают существования и использования медицинских халатов как элемента специальной одежды медицинского персонала. Это подтверждает молодой хирург того времени Н.А. Вельяминов (1855-1920), свидетель и участник военных событий, ставший впоследствии известным и авторитетным военным врачом и ученым. Он прибыл в Тифлис в 1878 году и был направлен в медицинское учреждение для изучения методов дезинфекции под руководством врача К. Листера.

Вельяминов пришел на хирургический перевязочный пункт и увидел, что все медицинские работники были одеты в чистые белые фартуки с высоко засученными рукавами. Между операцией и перевязкой они интенсивно мыли руки щеткой и окунали их в карболовую жидкость, прежде чем прикоснуться к ранам. Всем пациентам, находящимся на операционном столе, давали хлороформ. Но и в этом случае белый халат не стал особым элементом одежды для медицинского персонала. Изображения исторических военных событий, в которых принимали участие медицинские работники, а также воспоминания очевидцев и участников событий середины XIX века показывают, что медицинские халаты еще не появились в обиходе русского медицинского персонала. Хирурги в операционной носили фартуки поверх обычной одежды, высоко поднимали рукава рубашек и использовали методы дезинфекции.

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

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

Эскизы для униформы были нарисованы художником М.Нестеровым. Одежда, состоящая из бежевых нарядов с белыми, строго выглаженными манжетами, дополненными головным убором, щедро спускающимся на плечи и в рамках очертившим лица носительниц, заявляла о высоком статусе и значимости профессии сестринского труда. Это была значительная эволюция в сравнении с белым халатом, к которому мы привыкли в наше время, хотя до его введения в медицинскую практику ещё предстояло пройти долгий путь.

Медицинские работники, как и представители иных профессий, желают в рабочем пространстве выглядеть безупречно. Несмотря на то, что природа их профессии накладывает строгие нормы на аспекты экстерьера, образование докторов синтезирует эстетику, функционал и последние веяния моды. Стремление к поддержанию собственной элегантности и опрятности не утрачивает своей актуальности.

Каждое сестринское общество создавало свою собственную форму для работы в госпиталях. Монахини из московской Марфо-Мариинской обители, заботящиеся о раненых и больных из самых низших слоев общества, предпочитали носить специальную форму, которая разработанную для них по просьбе великой княгини Елизаветы Федоровны, основательницы монастыря. Эскизы для этой одежды выполнил Нестеров. Это показывает, насколько

серьезным было отношение к работе медсестер в то время – одежду для них разрабатывал не обычный портной, а художник-живописец!

Сестры, проживающие в Марфо-Мариинской обители, были одеты в бежевые платья с белыми накрахмаленными манжетами. Они также носили белые головные уборы, которые покрывали их голову и плечи. Хотя эти наряды не совсем походили на современные медицинские халаты, они все же являлись первым шагом вперед в этом направлении. Вскоре мужчины-врачи также получили свою собственную форму одежды, хотя они в основном использовали ее только во время хирургических операций. Хирургический халат представлял собой закрытое спереди платье с длинными рукавами. Надеть ее самостоятельно было невозможно – требовалась помощь медсестры. Затем для удобства застежка переместилась на переднюю часть халата – появился тот облик врача, который мы существуем в настоящее время.

Данные описания позволяют предположить, что именно сестры милосердия сыграли ключевую роль в появлении белого медицинского халата [2].

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

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

Для более точного проведения своего исследования было проведено анкетирование. Анкетирование проходило среди студентов первого курса «Барнаульского базового медицинского колледжа». В опросе приняли участие 50 учащихся отделений «Сестринское дело очно-заочная форма обучения» и Отделение «Стоматология ортопедическая».

Опрос состоял из четырех вопросов:

На вопрос «Знаете ли вы историю возникновения белого халата в России?». Ответы респондентов распределились следующим образом: 44 человека ответили «нет» - 88%, 6 человек ответили- «да» - 12%.

Большая часть студентов не знает историю возникновения белого халата, что указывает на узкую направленность темы и ее неизученность.

На вопрос «Знакомы ли вы с какой то иной формой медицинского работника?».

Ответы респондентов распределились следующим образом: 40 человек ответили «да» - 80%, 10 человек ответили- «нет» - 20%.

Основная часть респондентов знакомы с иными формами медицинских работников, помимо белого халата.

На вопрос «Как вы считаете, важен ли внешний облик медицинского персонала?». Ответы респондентов распределились следующим образом: 36 человек ответили «да» - 72%, 14 человек ответили- «нет» - 28%.

Внешний вид медицинского персонала может отражать культуру и ценности медицинского учреждения. Например, современная и стильная форма может свидетельствовать о прогрессивном подходе к медицине. Так же исследования показывают, что внешний вид медицинского персонала может влиять на восприятие пациентами качества лечения и удовлетворенности от полученных услуг.

На вопрос «Хотели бы вы ознакомиться с историей возникновения белого халата?». Ответы распределились следующим образом: 48 человек ответили «Да» - 96%, 2 человека ответили – «нет» - 4 %.

Большой части респондентов интересна данная тема. Студенты хотели бы знать историю возникновения белого халата. Участники опроса готовы анализировать источники и искать информацию по данной теме. Из этого можно сделать вывод о актуальности данной темы.

Белый халат символизирует этические обязательства медицинских работников. Понимание его истории может углубить осознание ответственности, которую несут врачи и медсестры перед пациентами.

Таким образом, знание истории возникновения белого халата не только обогащает понимание медицинской практики, но и подчеркивает важность профессионализма, этики и доверия в отношениях между медицинским персоналом и пациентами.

Исследование только начато и планируется опросить более 100 студентов разных возрастных групп и курсов не только в 2024-25 учебном году, но и на протяжении последующих трех лет обучения в ББМК.

Практическая значимость работы заключается в том, что она может быть использована на занятиях по дисциплине «Основы философии» в ББМК (специальность 33.02.01 Фармация Очная форма, тема «Философия и медицина: общие проблемы и ценности»), на классных часах из цикла «Разговоры о важном по темам, касающимся медицина и здоровья человека, а также всеми людьми, любящими историю и желающими углубить свой кругозор.

Таким образом, можно предположить, что точная дата появления белого медицинского халата в России отсутствует, но каждая вышеупомянутая версия имеет место быть в истории России, так как обосновывается историческими фактами. Вероятно, белый халат появился в России и стал официально одеждой медицинских работников в конце XIX века.

Список использованных источников

1. Байков В.М., Ефимова Т.Р. Откуда взялся белый халат? // Фундаментальные исследования. 2022. № 12. С. 337-341.
2. Николаев В.А. Возникновение и символика медицинского халата // Медицина и образование в Сибири. 2023. № 4. С. 80-82.
3. Петрова Н.Б., Руднев В.Ю., Авилова А.А. Белый халат: символ и развитие // Научно-практический журнал «Архив внутренней медицины». 2021. Т. 8. № 4. С. 79-84.
4. Халмиров С.И., Михеева О.В. Эволюция формы и символика медицинского халата // Вестник Российской академии медицинских наук. 2023. Т. 71. № 5. С. 404-408.
5. Исакова Е.В. Белый халат как символ врача. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 346 с.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИННОВАЦИИ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ЗДОРОВОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

*Полозкова Александра Александровна
Руководитель: Масловская Елена Сергеевна
КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум»*

С каждым годом, развиваясь, медицина открывает новые горизонты в лечении заболеваний и продлении жизни. В последние десятилетия мы наблюдаем стремительный прогресс в различных областях, таких, как генетика, наномедицина, искусственный интеллект и регенеративная медицина. Эти технологии не только позволяют нам более эффективно бороться с болезнями, но и открывают возможности для улучшения качества жизни и замедления процессов старения.

Одним из самых многообещающих направлений медицины будущего является генетическая терапия. Используя технологии редактирования генов, таких, как CRISPR, ученые могут исправлять дефекты в ДНК, которые приводят к наследственным заболеваниям. Например, уже проводятся клинические испытания по лечению муковисцидоза и других

генетических расстройств. В будущем возможно использование генетической терапии для замедления старения клеток, что может значительно продлить активное долголетие.

Нанотехнологии открывают новые горизонты в диагностике и лечении заболеваний. Наночастицы могут быть использованы для целевой доставки лекарств непосредственно к пораженным клеткам, минимизируя побочные эффекты и увеличивая эффективность терапии. Например, нанороботы могут выполнять сложные операции на клеточном уровне, что позволит лечить болезни, которые сегодня считаются неизлечимыми. Это направление имеет огромный потенциал в борьбе с раком и другими тяжелыми заболеваниями.

В связи с актуальностью данного вопроса была определена тема научно-практической работы: «Новые технологии и инновации в области медицины, направленные на здоровое долголетие».

Объект исследования: Новые технологии и инновации в области медицины, направленные на здоровое долголетие

Предмет исследования: Наиболее эффективные новые технологии для здорового долголетия.

Цель исследования: повышение уровня знаний о новых технологиях и инновациях в области медицины, направленные на здоровое долголетие

В соответствии с целью были определены следующие задачи:

1. Изучить и проанализировать литературу по данной теме.
2. Выявить сущность понятий «здоровье», «долголетие», дать им характеристику.
3. Выявить технологии и инновации, направленные на здоровое долголетие.
4. Подобрать материал и выявить самые эффективные новые технологии и инновации для здорового долголетия.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что если повысить уровень знаний о новых технологиях и инновациях в области медицины, направленные на здоровое долголетие, то это повысит уровень осведомленности и повысит эффективность в развитии технологий.

Методы исследования:

1. Анализ литературы по проблеме исследования.
2. Метод количественной обработки информации.

На I этапе (теоретический) проанализирована литература по теме исследования, дана характеристика понятиям «здоровье», «долголетие».

На II этапе проведен анализ самых эффективных новых технологий и инноваций, направленных на здоровое долголетие.

Глава 1. Теоретические аспекты изучения здорового долголетия

Задачи 1 главы:

1. Изучить и проанализировать литературу по данной теме.
2. Выявить сущность понятий «здоровье», «долголетие», дать им характеристику.

§ 1. Сущность понятий «здоровье», «долголетие». Характеристика принципов здорового долголетия.

Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Долголетие — социально-биологическое явление, характеризующееся доживаемостью человека до возраста, значительно превышающего среднюю продолжительность жизни. Долгожителем считается человек старше 90 лет.

Здоровое долголетие подразумевает не только продолжительность жизни, но и её качество — физическое, психическое и эмоциональное здоровье.

Некоторые рекомендации, которые помогают достичь здорового долголетия:

Правильное питание. Нужно питаться не менее 5 раз в день, исключить из рациона острую, жирную, солёную пищу. Сократить до минимума сладкое, употреблять в день не менее 500 г свежих фруктов и овощей.

Физическая активность. Необходимый минимум физической активности для взрослого человека — полчаса в день. Пешие и лыжные прогулки на свежем воздухе, езда на велосипеде, плавание помогут сохранить здоровье многих органов и систем организма.

Тренировка мозга. Рекомендовано решение задач на логику, разгадывание кроссвордов, чтение и пересказывание, обучение чему-то новому.

Соблюдение режима. Необходимо в одно и то же время просыпаться, делать зарядку, принимать пищу и ложиться спать. Уделять сну не менее 8 часов в сутки.

Социальная активность. Общение и поддержание связей с родственниками, друзьями и просто знакомыми, посещение интересных мероприятий, выставок, театров — обязательная составляющая здорового долголетия. Одиночество может негативно сказаться на самочувствии.

Оптимистичный взгляд. Позитивное отношение к жизни увеличивает её продолжительность и снижает уровень стресса, помогая сохранить здоровье.

Увлечения. Нужно уделять время любимому делу, например, садоводству, чтению книг, рукоделию, прослушиванию приятной музыки.

Отказ от вредных привычек. С курением связаны самые серьёзные болезни сердца, сосудов, лёгких, а алкоголь разрушает все системы и органы.

Периодический контроль состояния здоровья. Нужно следить за весом и окружностью талии, контролировать артериальное давление, уровень холестерина и сахара в крови.

Термин «новые технологии» звучит весьма интригующе и позитивно, создавая ощущение прекрасного будущего. Но чаще всего данные технологии не слишком волнуют самих людей, оставаясь для них непонятными и далёкими. К чему это совершенно точно не относится, так это к медицинской сфере: новые медицинские технологии интересуют почти всех людей. Рано или поздно каждый человек понимает, что здоровье не безгранично и не вечно. Так что новые технологии в медицине – это в высшей степени актуально.

Выводы по главе:

Нами проведен анализ литературы по проблеме исследования, в ходе которого рассмотрены такие понятия как «здоровье», «долголетие».

Глава 2. Формирование знаний о новых технологиях и инновациях в области медицины, направленные на здоровое долголетие

§1. Какие технологии и инновации в медицине приобрели успех для здорового долголетия

Искусственный интеллект (ИИ) уже активно внедряется в медицину. Он способен анализировать большие объемы данных, выявлять закономерности и делать прогнозы, что значительно повышает точность диагностики. В будущем ИИ может стать незаменимым помощником врачей, позволяя им принимать более обоснованные решения. Например, алгоритмы могут помочь в раннем обнаружении рака, анализируя медицинские изображения и выявляя аномалии, которые могут быть упущены человеческим глазом.

Регенеративная медицина, использующая стволовые клетки и тканевую инженерию, также имеет огромный потенциал. Эта область науки направлена на восстановление поврежденных органов и тканей. В будущем возможно создание искусственных органов для трансплантации, что решит проблему нехватки донорских органов. Исследования показывают, что стволовые клетки могут использоваться для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и даже нейродегенеративных расстройств, таких, как болезнь Альцгеймера.

Телемедицина и цифровые технологии меняют подход к оказанию медицинской помощи. Удаленные консультации с врачами становятся все более доступными, что позволяет пациентам получать помощь в любое время и в любом месте. Умные устройства для мониторинга здоровья, такие, как фитнес-трекеры и носимые медицинские устройства, позволяют людям контролировать свое состояние в реальном времени. Это не только способствует профилактике заболеваний, но и улучшает качество жизни. Новым и перспективным направлением в области медицины является биопечать. Принтеры способны печатать такие органы, как сердце, почки и печень. Уже сегодня эти приборы могут

напечатать костные и хрящевые импланты, создать продукты питания, содержащие жиры, белки, углеводы и витамины.

Новая разработка «электромагнитный шлем» также поможет, по мнению ученых, многим людям с депрессией, с которой не справляются антидепрессанты. Суть метода заключается в воздействии импульсов магнитного поля на префронтальную зону коры головного мозга, которая влияет на наше настроение.

А вот недавно небольшая группа ученых потрясла мир науки инновационным открытием: был создан гель, останавливающий кровотечение любой сложности и герметично закупоривающий любую рану. Если эту разработку в скором будущем начнут использовать в хирургической медицине, она сможет сохранить жизни многим людям.

Но чем же помочь человеку, который лишился слуха или даже самого уха в результате травмы или болезни? Этот вопрос также волнует ученых всего мира. Недавно пластические хирурги создали орган «искусственное ухо». Глухим пациентам вместо нервов вживили в улитку внутреннего уха одноканальные электроды, что позволило им слышать, например, звуки телефонного или дверного звонка.

Следует отметить также, что недавно изобретенный экзоскелет ReWalk позволяет людям с повреждениями спинного мозга начать ходить вновь, подниматься по лестнице, передвигаться в любом направлении. Эти факторы учли специалисты, соединив экзоскелет с нервной системой пациента. Другими словами, разум будет воспринимать новую форму как самого себя. Хотя устройство совсем недавно появилось на рынке, но оно уже обрело широкую популярность среди людей с ограниченными возможностями.

Вывод по главе:

Таким образом, медицина будущего обещает не только продление жизни, но и улучшение ее качества. Новые технологии, такие, как генетическая терапия, наномедицина, искусственный интеллект, регенеративная медицина и телемедицина, открывают перед нами невероятные возможности. Однако с этими достижениями также возникают этические вопросы и риски, которые необходимо учитывать. Будущее медицины зависит от нашего выбора и ответственности, и именно от нас зависит, как мы будем использовать эти технологии для блага человечества. В конечном итоге, медицина будущего может стать ключом к победе над старостью, болезнями и даже смертью, открывая новые горизонты для всех нас.

Заключение

Современные технологии и инновации в медицине совершают настоящую революцию, переопределяя само понятие человеческого долголетия. Больше не фантастика, а реальность: генная терапия (CRISPR-Cas9, эпигенетическое перепрограммирование), искусственный интеллект, предсказывающий болезни до их появления, биотехнологии, способные восстанавливать органы и ткани, нанороботы, очищающие сосуды от атеросклеротических бляшек, и цифровые "двойники" пациентов, позволяющие подбирать идеальное лечение.

Мы стоим на пороге эры, когда старение перестанет быть неизбежным процессом, а превратится в управляемую биологическую программу, которую можно замедлить, остановить или даже обратить вспять. Уже сегодня регенеративная медицина, теломераза-активирующая терапия, сенолитики (препараты, уничтожающие "стареющие" клетки) и другие прорывные методы доказывают, что биологический возраст – это не приговор, а переменная величина. Но технологии – лишь часть уравнения. Для достижения подлинного здорового долголетия критически важны глобальные изменения: Доступность инноваций – преодоление разрыва между передовыми разработками и их массовым внедрением в клиническую практику.

Персонализированная профилактика – переход от лечения болезней к их упреждающему предупреждению с помощью big data и предиктивной аналитики.

Системный подход – интеграция достижений медицины, нутрициологии, биотехнологий, нейронаук и цифрового здоровья.

Образование и осознанность – мотивация общества к активному участию в продлении здоровья через ЗОЖ, раннюю диагностику и использование современных медицинских

сервисов. В ближайшие десятилетия медицина перестанет быть просто "отраслью помощи больным" – она станет индустрией оптимизации здоровья, где главная цель – не дожить до 100 лет, а прожить их в полной физической, когнитивной и эмоциональной активности. Это не просто научный прогресс – это трансформация человеческой природы. И мы становимся первым поколением, которое сможет воспользоваться ее плодами. Остается лишь сделать правильный выбор: не бояться будущего, а формировать его, инвестируя в здоровье, науку и технологии, которые превратят долголетие из мечты в новую реальность. Цель и задачи учебно-исследовательской работы достигнуты.

Список использованных источников

1. https://promo.vsh25.net/?utm_source=yandex&utm_medium=cpc&utm_campaign=promo_page&utm_content=dolgoletie&utm_term=%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%B5&yclid=1724567425255211007
2. <https://crbkor.gosuslugi.ru/informatsiya-dlya-patsientov/profilaktika/zdorovoe-dolgoletie/>
3. <https://dzhmao.ru/info/articles/zdorovoe-dolgoletie-kak-sokhranit-zdorove-do-glubokoy-starosti/?ysclid=mb12shm6dm3147411>
4. https://gp66dzm.ru/about/news/?ELEMENT_ID=6642&ysclid=mb12sszko1339199028
5. <https://soco2mp.sakhalin.gov.ru/%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B5-%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%B5-%D0%B2-%D0%B2%D0%B0%D1%88%D0%B8%D1%85-%D1%80%D1%83%D0%BA%D0%B0%D1%85-%D0%B4/>

СЛАВНЫЕ ИМЕНА ГОРОДА БИЙСКА

*Родионов Андрей Евгеньевич,
Руководитель: Клешина Наталья Ивановна
КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»*

В этом году исполняется 80 лет Победы в Великой Отечественной войне.

Особое внимание уделяется сохранению исторической правды. Отечественная война стала суровым испытанием для всего советского народа, медицинские работники внесли неоценимый вклад в Победу.

С началом войны советская система здравоохранения была переведена на военные рельсы. Произошла масштабная мобилизация медицинских работников: врачей, медсестер, санитаров, фельдшеров. Многие из них ушли на фронт добровольцами. Организовывались военно-санитарные поезда, госпитали, эвакуационные пункты, разворачивались полевые госпитали непосредственно вблизи линии фронта. Особую роль выполняли медсанбаты – медико-санитарные батальоны, входившие в состав дивизий и обеспечивавшие медицинскую помощь бойцам.

Наша работа посвящена изучению биографии фронтовика Гвардии майора медицинской службы, жительницы города Бийска, Форнель Людмилы Сергеевны, которая после войны работала начмедом 1 городской больницы г. Бийска.

Цель работы: описание военного периода биографии Людмилы Сергеевны Форнель, знакомство с периодом работы ее начмедом 1 городской больницы г. Бийска в послевоенное время.

Задачи:

1. По архивным источникам изучить биографию Гвардии майора медицинской службы Форнель Людмилы Сергеевны.
2. Описать военный период биографии Людмилы Сергеевны.
3. Описать участие в битве на Курской дуге в бою под Прохоровкой.
4. Провести встречу с Овчинниковой О.С., дочерью Л. С. Форнель. кандидатом филологических наук, почётным работником высшего профессионального образования, с тем,

чтобы в беседе познакомиться с периодом работы Л. С. Форнель в 1 городской больнице г. Бийска.

Объект исследования: комплекс архивных источников, посвященных Подвигу народа в Великой Отечественной войне: архив Память народа, архив Подвиг народа, архив Бийского краеведческого музея имени В.В. Бианки, материалы семейного архива, предоставленные Овчинниковой О.С., дочерью Л. С. Форнель.

Предмет исследования: ратный и трудовой путь Гвардии майора медицинской службы, жительницы города Бийска Форнель Людмилы Сергеевны.

Методы исследования:

библиографический: анализ литературы, архивных материалов сети Internet;

эмпирический: интервью, беседа.

В ходе исследовательской работы мы изучили Военный период биографии Людмилы Сергеевны Форнель (1). Начало боевого пути. Курская битва. Бой под Прохоровкой (1.1) Картотеку наградений Людмилы Сергеевны Крыга (1.2) Карту боевого пути Людмилы Сергеевны Крыга (1.4) Период работы в 1 городской больнице г. Бийска (2.1)

Форнель Людмила Сергеевна (в девичестве Крыга) родилась в городе Ачинск Красноярского края 25 сентября 1918 в семье Лесовенко-Крыга.

В 1937 году Людмила Сергеевна, окончив 7-ую школу Бийска, поступила в мединститут.

В 1941 году проходила практику, будучи студенткой 4 курса Томского мединститута, в 1-ой городской больнице г. Бийска. Здесь и услышала Правительственное сообщение о начале войны.

18 марта 1943 года Ойротским военкоматом Людмила Крыга была мобилизована в ряды действующей армии и направлена в город Саратов на курсы усовершенствования медсостава. Там из врачей разных профилей с 3 апреля по 25 июня подготовили военно-полевых хирургов - специалистов, которые были крайне необходимы фронту.

В Саратове она приняла военную присягу. Людмилу Сергеевну направили в 93-ю стрелковую дивизию. Из Омска отправилась на место службы, которое ко времени прибытия оказалось передовой линией фронта.

«Девушки услышали команду «Воздух!» и пережили бомбардировку с самолётов и обстрел из пулемётов со стороны железной дороги, что находилась в двухстах метрах от передовой и где хозяйничали немцы. Вот так начался её первый день в действующей армии: из тыла и вдруг в пекло войны». (Из статьи «Славная дочь Отчизны» Овчинниковой О.С кандидата филологических наук, почётного работника высшего профессионального образования, дочери Форнель Л.С.)

Людмилу Сергеевну зачислили в медсанбат в 99-ый медико-санитарный батальон госпитального взвода заместителем командира, врачом-ординатором. Так начался славный боевой путь на тот момент старшего лейтенанта Крыга Людмилы.

Через неделю после прибытия её к месту назначения началась битва на Курской дуге.



Рисунок 1 – Карта военных действий советских войск под Курском 1943 г. (Из архива Память народа)

Именно тут произошла настоящая встреча девушки - военврача с войной.

«Тяжелыми испытаниями для дивизии, в том числе для медсанбата, явилось танковое сражение под Прохоровкой, недалеко от которой стоял наш медсанбат, а также бои за Белгород и Харьков. Небывалое в истории величайшее танковое сражение потребовало от медиков самоотверженного тяжелого труда...Машины горели, как факелы...Стоял

несмолкаемый рёв моторов, лязг гусениц, тучи из дыма и пыли заволокли небо. Горела сама земля, на которой лежали раненные и убитые. Перевязки, операции проводились одна за другой, почти без перерывов, круглосуточно. ... Случалось так, что во время операции движок выходил из строя, тогда зажигали самодельные коптилки ...» (Из воспоминаний Форнель Л.С.. Семейный архив)

При работе с военными архивами мы нашли картотеку награждений Людмилы Сергеевны Крыга. (1.3 Картотека награждений Людмилы Сергеевны Крыга).

Людмила Сергеевна «За образцовое выполнение боевых заданий командования на фронте борьбы с немецкими захватчиками и проявленные при этом доблесть и мужество» была награждена боевыми орденами и медалями за период 1943-1945 гг.: 2 Ордена Красной Звезды, Орден Отечественной войны II степени, Медаль «За взятие Будапешта», Медаль «За освобождение Праги», Медаль «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.»



Рисунок 2 – Орден Красной Звезды (Из архива Память народа)

1. Наградной документ

Дата рождения: 25.09.1918

Наименование военкомата: Ойрот-Турский РВК, Ойротская АО, Ойрот-Турский р-н

Дата и место призыва: Ойрот-Турский РВК, Ойротская АО, Ойрот-Турский р-н

Дата поступления на службу: 18.03.1943

Воинское звание: гв. ст. лейтенант медслужбы

Воинская часть: 598 (99) медсб

Кто наградил: 93 гв. сд

Наименование награды: Орден Красной Звезды

Дата документа: 28.06.1944

2. Наградной документ

Дата рождения: 25.09.1918

Наименование военкомата: Ойрот-Турский РВК, Ойротская АО, Ойрот-Турский р-н

Дата и место призыва: Ойрот-Турский РВК, Ойротская АО, Ойрот-Турский р-н

Дата поступления на службу: 18.03.1943

Воинское звание: гв. ст. лейтенант медслужбы

Воинская часть: 598 (99) медсб

Кто наградил: 93 гв. сд

Наименование награды: Орден Красной Звезды

Номер документа: 51/н

Дата документа: 27.05.1945



Рисунок 3 – Орден Отечественной войны II степени (Из архива Память народа)

3. Наградной документ

Место рождения

Красноярский край, Ачинский р-н, г. Ачинск

Дата призыва

__ .03.1943

Воинское звание

гв. ст. лейтенант мед. сл.

Воинская часть

93 гвардейская стрелковая дивизия

598 (99) медико-санитарный батальон

Наименование награды Орден Отечественной войны II степени

В составе советских войск Второго Украинского фронта Людмила Сергеевна освобождала Молдавию, Румынию, Венгрию, Австрию, Чехословакию.



Рисунок 4 - Крыга (Форнель) Людмила Сергеевна, Чехословакия 1945 год (Из семейного архива)

В архиве «Память народа» в личном деле военврача Людмилы Сергеевны Крыга мы нашли отмеченный на карте ее боевой путь, проделанный в составе 93-й стрелковой дивизии, впоследствии переименованной в Гвардейскую Харьковскую дважды Краснознамённую орденов Суворова и Кутузова стрелковую дивизию.

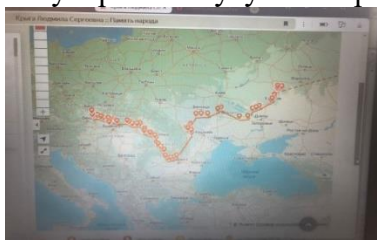


Рисунок 5 – Карта боевого пути Л.С. Крыга (Из архива Память народа)

Путь непрерывных тяжелейших боев мы нашли в архивах описания героического пути 93-й гвардейской стрелковой дивизии, в ее составе 598(99)-й медико-санитарного батальона, командиром которого впоследствии была Людмила Сергеевна Крыга. Общие сведения о 93-й гвардейской стрелковой дивизии.



Рисунок 6 - Из архива Память народа

93-я гвардейская стрелковая дивизия — формирование (соединение, стрелковая дивизия) РККА (ВС СССР) во время Великой Отечественной войны.

Участвовала:

- в Курской битве,
- в освобождении Левобережной и Правобережной Украины,
- в Яско-Кишинёвской,
- Дебреценской, Будапештской,
- Братиславско-Брновской,
- Пражской наступательных операциях.

В мирной жизни гвардии майор медицинской службы Людмила Сергеевна Форнель работала начмедом Городской больницы г.Бийска. Трудилась так же самоотверженно, творчески и с самоотдачей, была замечательным организатором и руководителем. О чем свидетельствуют награды, заслуженные в мирное время, Памятные знаки и медали. Об этом нам рассказала на встрече, посвященной теме: «Военврачи – участники битвы на Курской дуге», дочь Л.С.Форнель О.С. Овчинникова, кандидат филологических наук, почётный работник высшего профессионального образования.

В архиве Людмилы Сергеевны сохранилось поздравление президента России Путина В.В. с одним из прошлых юбилеев Великой победы. В нем выражается признание и глубокая

благодарность всего народа нашим фронтовикам, лично Людмиле Сергеевне – героическому поколению победителей.



Рисунок 7 – Встреча с О.С. Овчинниковой, дочерью Л.С.Форнель, кандидатом филологических наук, почётным работником высшего профессионального образования.



Рисунок 8 - поздравление президента России Путина В.В. (Из семейного архива)

Ольга Степановна рассказала нам, как однажды пришло ее маме письмо от нашего знаменитого земляка В. М. Шукшина, в котором он благодарит Людмилу Сергеевну за внимательное, профессиональное отношение к его матери - Марии Сергеевне Куксиной.

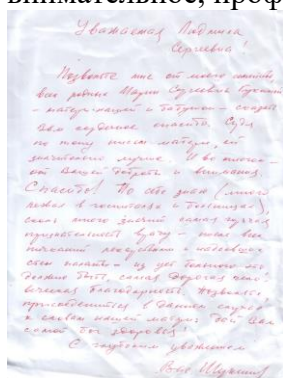


Рисунок 9 – Текст письма В. М. Шукшина (Из семейного архива)

В процессе нашего исследования, изучая архивы на порталах Подвиг народа, Память народа, Бийский краеведческий музей имени В.В. Бианки, Бессмертный полк. Бийск, семейные архивные материалы, мы поэтапно проследили направление славного, героического военного пути Гвардии майора медицинской службы Форнель Людмилы Сергеевны.

Ее «боевое крещение» состоялось в одной из самых жесточайших битв Великой Отечественной войны – на Курской дуге, в бою под Прохоровкой. Это испытание закалило молодого военврача и осветило весь дальнейший путь.

Подлинные документы военных лет, фотографии из семейного архива, живые воспоминания дочери нашей героини позволили нам не только изучить, но и прочувствовать атмосферу жестоких боев, в которых так полно раскрылись лучшие качества характера молодого врача, вчерашней студентки, сумевшей преодолеть страх, и каждый день войны со своим 598(99)-м медико-санитарным батальоном 93-й гвардейской стрелковой дивизии неуклонно двигаться на Запад, к Победе, сражаться за жизнь каждого солдата.

Из рассказа О.С. Овчинниковой, мы поняли, что война не только сформировала великолепные организаторские способности Л. С. Форнель, но проявила такие необходимые для медроботника качества и в мирное время, как глубокая забота о больном, милосердие.

Список использованных источников

1. Архив Память народа // pamyat-naroda.ru / (дата обращения: 18.01.2025).
2. Архив Подвиг народа // podvignaroda.ru / (дата обращения: 14.02.2025)
3. Архив Бийского краеведческого музея имени В.В. Бианки // biyskmuseum.ru / (дата обращения: 11.03.2025).
4. Овчинникова О.С., Две женщины. Отрывки из маминых дневников о встречах с М.С.Куксиной (матерью В. М. Шукшина) // Вестник университета. 2009. № 20.С.7-10
5. Овчинникова О.С., Незабываемая встреча// Бийский рабочий. 2012. № 20.С.2-7
6. Овчинникова О.С., Верность клятве Гиппократ (памяти врача Л.С. Форнель)// Мир Евразии. 2016. №1. С. 53-58
7. Овчинникова О.С., Гвардии майор медицинской службы //Наш Бийск. 2020. № 20.С.14-15

ПАТРИОТИЗМ. СОЦИАЛЬНАЯ СОЛИДАРНОСТЬ

Саая Байыр-Белек Омакович

Руководитель: Лама Чимис Даниловна

ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»

В современном обществе патриотизм и социальная солидарность становятся все более актуальными темами. Социальная солидарность играет ключевую роль в формировании патриотических чувств у граждан. Учитывая это, исследование взаимосвязи между этими двумя явлениями представляет собой важный шаг в понимании механизмов, способствующих сплочению общества.

Актуальность исследования: необходимость укрепления патриотических чувств и социальной ответственности у молодежи.

Цель исследования: анализ влияния уровня социальной солидарности на патриотические чувства студентов.

Задачи исследования включают:

- Оценку уровня социальной солидарности среди студентов.
- Анализ патриотических инициатив, реализуемых в образовательных учреждениях.
- Изучение мнений преподавателей о связи между социальной солидарностью и патриотизмом.
- Разработка рекомендаций по повышению уровня социальной солидарности и патриотизма среди студентов.

Объектом исследования являются преподаватели учебного заведения.

Предмет исследования — взаимосвязь между социальной солидарностью и патриотическими чувствами.

Гипотеза: "Уровень социальной солидарности в обществе напрямую влияет на чувство патриотизма у граждан".

Методы исследования:

- Теоретический
- Статистический
- Социологический
- Аналитический

Новизна данного исследования заключается в комплексном подходе к анализу влияния социальной солидарности на патриотизм, а также в разработке практических рекомендаций для образовательных учреждений. Мы надеемся, что результаты нашего исследования смогут способствовать формированию более сплоченного и ответственного общества, где патриотизм станет неотъемлемой частью социальной жизни.

Глава 1. Теоретическая часть

1.1 Патриотизм: понятие и значение. Патриотизм - это сложное социально-психологическое явление, которое включает в себя любовь к своей стране, гордость за её

достижения и готовность защищать её интересы. Патриотические чувства формируются под воздействием различных факторов, включая культуру, историю, образование и социальные условия. Важным аспектом патриотизма является его связь с идентичностью, которая помогает людям осознавать свою принадлежность к определенной нации или сообществу.

Исследования показывают, что патриотизм может проявляться в различных формах, таких как активное участие в общественной жизни, волонтерство, поддержка национальных инициатив и участие в культурных мероприятиях. Патриотизм также может служить основой для социальной сплоченности, что особенно важно в условиях глобальных вызовов и социальных изменений.

1.2 Социальная солидарность: концепция и компоненты

Социальная солидарность — это чувство единства и взаимопомощи между членами общества, которое способствует формированию устойчивых социальных связей. Она основывается на принципах взаимного уважения, доверия и поддержки, что позволяет людям объединяться ради достижения общих целей. Данная концепция включает несколько компонентов, таких как:

- Социальная ответственность: готовность индивидов помогать друг другу и принимать участие в жизни сообщества.
- Взаимопомощь: практическое выражение солидарности через участие в благотворительных и волонтерских проектах.
- Социальные сети: создание и поддержание связей между людьми, что способствует формированию чувства принадлежности и единства.

1.3 Взаимосвязь между социальной солидарностью и патриотизмом

Существует множество исследований, подтверждающих взаимосвязь между социальной солидарностью и патриотизмом. Высокий уровень социальной солидарности может способствовать укреплению патриотических чувств, поскольку активное участие в жизни общества формирует у людей чувство гордости за свою страну и её достижения. В свою очередь, патриотизм может усиливать социальную солидарность, так как общие ценности и цели способствуют объединению людей. В образовательной среде эта взаимосвязь особенно важна. Студенты, вовлеченные в социальные инициативы и волонтерские проекты, не только развивают свои навыки и компетенции, но и формируют более глубокое понимание своей роли в обществе. Это, в свою очередь, способствует укреплению их патриотических чувств и социальной ответственности.

1.4 Роль образовательных учреждений в формировании социальной солидарности и патриотизма. Образовательные учреждения играют ключевую роль в формировании социальной солидарности и патриотизма среди молодежи. Они могут способствовать этому через:

- внедрение программ
- организацию мероприятий
- преподавание предметов

1.5 Патриотизм и солидарность во время военных действий. Патриотизм часто проявляется в желании защищать свою страну, её ценности и людей. Это может побуждать людей участвовать в военных действиях или поддерживать армию. Патриотизм не ограничивается только военной службой. Он также включает в себя поддержку гражданских инициатив, помощь жертвам конфликта и участие в восстановлении общества. Он может быть связан с чувством гордости за свою культуру и историю, что помогает укрепить единство народа в трудные времена.

Во время военных действий солидарность между гражданами, армией и правительством становится особенно важной. Она помогает создать чувство единства и поддержки, что может повысить моральный дух. Солидарность проявляется в помощи тем, кто пострадал от войны — будь то военнослужащие, их семьи или гражданские лица. Это может включать в себя волонтерскую работу, пожертвования и организацию гуманитарной помощи. Во время конфликтов солидарность может укрепить дух сопротивления и стойкость

общества.

1.6 Социальное давление и культурные факторы. В некоторых обществах участие в военных действиях может рассматриваться как норма или даже обязательство, что может повлиять на решение людей стать добровольцами. Культурные и социальные факторы могут усиливать патриотические чувства и желание участвовать в защите страны. Влияние западной культуры, популярной музыки, кино и других форм массовой культуры может сделать национальные традиции и искусство менее привлекательными для молодого поколения.

1.7 Социальная солидарность среди народов одной страны. Рассмотрим несколько ключевых моментов, связанных с этой темой:

- **общие ценности и цели.** Разные народы могут объединяться вокруг общих ценностей.
- **культурное разнообразие.** Многообразие культур может обогащать общество, способствуя обмену идеями и традициями.
- **взаимная поддержка.** Солидарность проявляется в поддержке друг друга в трудные времена.
- **образование и просвещение.** Образование играет ключевую роль в формировании социальной солидарности.
- **социальные инициативы.** Совместные социальные проекты и инициативы могут помочь создать связи между различными этническими группами.
- **преодоление стереотипов.** Стереотипы и предвзятости могут подрывать солидарность.
- **политическая поддержка.** Государственная политика, направленная на защиту прав меньшинств и поддержку многообразия, может укрепить социальную солидарность.
- **экономические связи.** Экономическое сотрудничество между различными народами может также способствовать социальной солидарности.

Таким образом, республиканская форма правления создаёт условия для формирования солидарного общества.

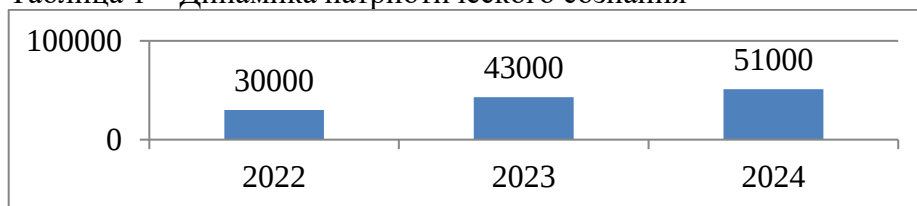
1.8 Социальная солидарность как цель номер один в стране. Цель социальной поддержки в стране - повышение уровня доступности социального обслуживания граждан и создание оптимальных условий для роста их благосостояния. Вот несколько причин, почему это так важно:

- **единство и сплочённость:** социальная солидарность объединяет людей разных культур, национальностей и вероисповеданий, создавая чувство принадлежности к единой нации.
- **поддержка в трудные времена:** в условиях кризиса, будь то экономический спад или природные катастрофы, социальная солидарность позволяет людям объединяться и поддерживать друг друга.
- **улучшение качества жизни:** социальная поддержка, направленная на помощь уязвимым группам населения, способствует повышению общего уровня жизни.
- **снижение социального неравенства:** социальная поддержка помогает уменьшить разрыв между различными слоями населения, обеспечивая равные возможности для всех.
- **экономическое развитие:** инвестиции в социальную поддержку могут привести к экономическому росту. Образованные и здоровые граждане более продуктивны и способны вносить вклад в экономику страны, что способствует созданию новых рабочих мест и инициатив.
- **взаимосвязь патриотизма и социальной поддержки:** патриотизм и социальная поддержка взаимодополняют друг друга.

Глава 2. Практическая часть

По данным ВЦИОМ в России наблюдается взаимосвязь между патриотизмом и социальной солидарностью. Патриотические чувства могут усиливать желание людей помогать друг другу, особенно в условиях кризисов, национальных или международных праздников.

Таблица 1 – Динамика патриотического сознания

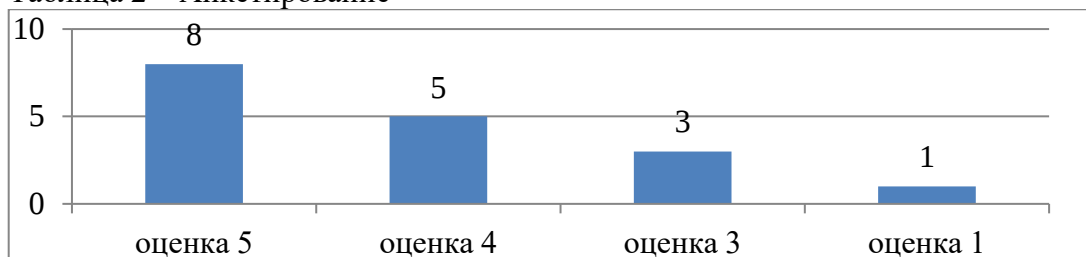


Например, если брать условия кризиса, то можно взять пример по СВО, с каждым годом увеличивается число добровольцев, это свидетельствует о растущем патриотическом сознании и социальной ответственности граждан.

2.1 Анкетирование

Я провёл анкетирование среди преподавателей в РМК, с целью того, чтобы исследовать связь между социальной солидарностью и патриотизмом.

Таблица 2 – Анкетирование



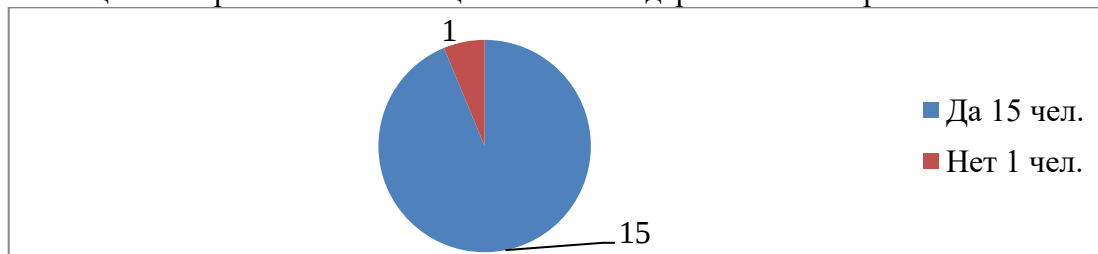
По проведенному анкетированию можно сказать, что оценка социальной солидарности среди студентов, по мнению преподавателей, составляет в среднем 4 балла из 5. Можно сделать вывод, что уровень социальной солидарности среди студентов находится в районе выше нормы.

Таблица 3 – Формы социальной активности



В основном студенты и любые желающие люди выбирают быть волонтерами по многим причинам, но самые основные мотивы – это желание помогать людям, возможность попробовать себя в разных сферах или найти единомышленников.

Таблица 4 - Опрос о влиянии социальной солидарности на патриотизм



По небольшому опросу среди преподавателей учебного заведения РМК, большинство считает, что социальная солидарность влияет на патриотизм среди общества.

Таблица 5 - сочетание социальной солидарности и патриотизма



По данным анкетирования были выявлены самые успешные виды сочетания социальной солидарности и патриотизма. Ими являются волонтерство, Зарница 2.0 и РОВО. Зарница 2.0 и разговоры о важном (РОВО) были внедрены относительно недавно, поэтому интерес к ним ниже чем к волонтерству. Они набирают популярность только как первые года

По данным проведенного анкетирования можно сказать, что уровень социальной солидарности влияет на уровень патриотизма у студентов, при этом они активно участвуют в социальных инициативах волонтерство, Зарница 2.0, РОВО которые способствуют укреплению патриотических чувств и единства. Гипотеза доказана

Заключение

Социальная солидарность и патриотизм взаимосвязаны, поскольку оба понятия основываются на единстве и поддержке между людьми. Социальная солидарность предполагает чувство ответственности за благополучие других, что может укреплять патриотические чувства, направленные на защиту и развитие своей страны.

Патриотизм, в свою очередь, может способствовать социальной солидарности, вдохновляя граждан на совместные действия ради общего блага. В условиях кризиса или вызовов, как экономических, так и социальных, именно солидарность помогает объединить людей, укрепляя патриотические настроения.

Таким образом, социальная солидарность и патриотизм дополняют друг друга, создавая основу для гармоничного и устойчивого общества, где каждый гражданин чувствует свою значимость и готов вносить вклад в общее дело. Это взаимодействие важно для формирования гражданской идентичности и укрепления национального единства.

Рекомендации

1. Разработка и внедрение образовательных программ.
2. Вовлечение в общественные инициативы.
3. Культурные мероприятия.
4. Поддержка инициатив студентов.
5. Привлечение экспертов и лидеров общественного мнения.
6. Использование цифровых технологий
7. Оценка и обратная связь

Список литературы

1. Патриотизм: идеология и практика Н. Н. Михайлов. Издательство "Наука", 2015.
2. "Социальная солидарность: теория и практика" Автор: В. И. Громов. Издательство "Просвещение", 2018.
3. "Национальная идентичность и патриотизм А. А. Кузнецов. Издательство "Мир", 2020.
4. "Социальные движения и солидарность" М. С. Иванов. Издательство "Гуманитарные знания", 2019.
5. "Патриотизм как фактор социальной сплоченности" Е. В. Сидорова. Журнал: Социология и общество, 2021.
6. "Социальная поддержка и её влияние на патриотические настроения"
7. Автор: А. В. Петров. Журнал: Общество и политика, 2022.
8. "Патриотизм и социальная солидарность: современный взгляд" И. Н. Федоров. Журнал: Вестник социологии, 2020.

Интернет-ресурсы:

9. "Патриотизм и социальная солидарность: вызовы современности"

10. URL: www.example.com
11. "Социальная солидарность: теория и практика"
12. URL: www.example.org
13. Документы и отчёты
14. "Отчёт о состоянии социальной поддержки в стране"
15. Организация: Министерство труда и социальной защиты

К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИИ НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕГО ВОСТОКА

*Фещенко Ксения Андреевна
Сидорова Анастасия Александровна
Шендрик Виктория Евгеньевна*

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

Тема «История нетрадиционной медицина Древнего Востока» актуальна в настоящее время, так как медицина античности была основой для появления современных методов лечения. В ней ценились не только знахарские умения, но и духовные знания.

Целью данной работы является изучение истории нетрадиционной медицины Древнего Востока.

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

– конфликтологический подход, концентрирующий свое внимание на столкновение противоречий в мышлении людей, исследующих нетрадиционную медицину Древнего Востока.

– проблемно–хронологический подход, позволяющий оценить явление во времени и пространстве, требующий понимания ослабления внимания к нетрадиционной медицине в современном обществе;

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

В античном мире около трех тысячелетий до нашей эры в Китае, Японии, Тибете, Корее и Индии возникла нетрадиционная медицина (парамедицина). Это нетрадиционное обобщенное наименование методов, которые допускались для врачевания или устранения недугов, но не были подтверждены научным доказательством их результативности и безопасности [1.С.401].

Легендарный Конфуций лечил с помощью нетрадиционной медицины. Он иногда применял камни. Например, китайские императоры спали на подушках из нефрита, чтобы сохранить здоровье и душевное спокойствие. На Востоке подход к изучению тех или иных болезней кардинально отличается от европейских и западных идей о здоровье человека. Восточные традиции рассматривают человека как гармоничное существо, в организме которого все взаимосвязано.

Основой всех построений восточной медицинской идеи является понятие об энергии. Здоровье напрямую зависело от главной жизненной энергии – Ци, а так же мужской (Ян) и женской (Инь).

Все 12 основных органов были сгруппированы в две системы (иньская и янская), в которых было понятие первоэлемента. Он был разным у разных мудрецов (земля, металл, вода, дерево, огонь). Элемент «земля» содержал систему селезенки, поджелудочной железы и желудка; «металл» – легких и толстого кишечника; «вода» – систему почек и мочевого пузыря; «дерево» – желчного пузыря и печени; элемент «огонь» же включал 2 структуры – тонкого кишечника и сердца с системой трех обогревателей и перикарда.

В индуизме и буддизме нетрадиционная медицина опиралась на взаимосвязь человека

и космической энергии (Шакти, Прана). Для полнейшего выздоровления необходимо было возобновить гармонию и баланс в организме человека.

По сведениям античных историков, нетрадиционная медицина буддизма появилась в VII-IV вв. до нашей эры и получила широкое распространение в Тибете, Древней Индии, в Древнем Китае.

Одна из историй о выявлении психических болезней у пациента Авиценны (Абу Али ибн Сины) рассказывает о брате эмира Исфагана, который сошёл с ума. Он представлял себя коровой, мычал, бодался, отказывался есть нормальную человеческую пищу и требовал, чтобы его зарезали для мяса на суп. Ни лекари, ни священники помочь ему не могли. Со временем больной стал быстро худеть и терять силы.

Прослышав об удивительном даре Авиценны, эмир попросил его осмотреть больного. Ибн Сина выслушал рассказ врачей о болезни, поговорил со слугами, а потом приказал сообщить больному, что для него вызвали мясника и тот скоро придёт. Больного эти новости очень обрадовали, и он даже смог сам выйти во двор и лечь на бок, как и полагается животному перед убоем. Но изображавший мясника заявил, что корова слишком тощая и есть её никто не будет. С того дня больной накинудся на пищу и ел всё подряд. Во все блюда, которые ему подавали, по совету Авиценны домешивали лекарства. Со временем брату эмира стало легче — он поправился, стал меньше мычать. Однажды утром он проснулся, позвал слугу и сказал ему: «Станный мне сон приснился: как будто я вообразил себя коровой. Я даже испугался: вдруг проснусь и окажусь коровой на самом деле. Но, слава Аллаху, проснулся, смотрю — я человек». Болезнь была побеждена.

Также существует предание о том, как Авиценне удалось определить душевную причину телесного истощения одного юноши. Произнося ряд слов, по изменению пульса он зафиксировал, какие из них провоцируют аффект (сильное и относительно кратковременное эмоциональное переживание, которое может сопровождаться резкими двигательными и внутренними психическими проявлениями).

В тибетской альтернативной медицине существует мысль о том, что всё болезни вытекают из-за незнания, которое характерно людям с самого рождения, а часто вообще возникает из прошлых жизней. Незнание обусловлено в непонимании своего единства с Вселенной, взаимосвязи со всем мирозданием и в непросвещенности, что каждому человеку свойственна природа Будды. Незнание порождает Страсть, она, в свою очередь, рождает гнев и омраченность, которая разрушает гармонию трех Доши, трех жизненных начал: Ветра, Слизи и Желчи. На современном этапе восточная медицина находится в свободном доступе для всего мира и широко применяется в других странах, она интегрирует западной, дополняя ее своими уникальными методами.

Исходя из этого, можно выделить принципы медицины Древнего Востока:

- профилактика — лучше, чем лечение;
- исцелять надо органическими биологическими средствами;
- необходимость персонального подхода;
- пользование скрытыми резервами;
- задеиствие биоритмов;
- необходимость лечения причины, а не их симптомов.

Восточные доктора при диагностике заболеваний пользовались необычными для нас способами. Они могли лишь по дыханию и темпу речи разобраться, с чем пациент явился на прием. При осмотре пациента медик принимал к сведению все: состояние волос и кожи, цвет ногтей, языка и белков глаз и т.д. Также лекарь расспрашивал пациента о психическом состоянии.

Восточные доктора были убеждены в том, что если внутри человека нет единства с самим собой, то баланс энергий нарушено и организм больше восприимчиво посягательству вирусов и болезней. Кроме того, нестабильный душевно человек не сможет выздороветь до конца — Ци будет слишком слаба, чтобы выселить болезнь из организма. Восточная медицина утверждает, что жизненную энергию нужно беречь, а поэтому, нужно не допустить, чтобы недуг перешел внутрь организма (оставался на поверхности, не затрагивал органы — не

образуя патологий) [4.С.19].

Кроме неординарного осмотра и сути лечения, также оригинальны и методы восточной медицины, среди которых иглоукалывание (акупунктура). Это целая область в восточной народной медицине, смысл которого заключается во влиянии на организм человека через особые точки на теле при помощи миниатюрных игл (~300шт).

Кроме того, большой интерес и популяризации достигла такая лечебная гимнастика как цигун, принципы которой довольно схожи с йогой — она также рассчитывает медленные, плавные движения и контроль над дыханием. Если же переводить, то это уметь создавать энергию. Цигун помогает балансировать состояние тела и духа и способствует энергии Ци течь свободно.

Еще не менее интересно мастерство цзяньфэй, которое переводиться как «сбрось жир». Это – дыхательная аэробика, с помощью которой восстанавливаются обменные процессы в организме, осуществляется потеря веса.

Также восточными массажными техниками являются гуаша — массаж определенным скребком, сделанным из нефрита, и туйна — техника массажа, близкая к акупрессуре. Во время массажа лекарь сосредотачивается на так называемых меридианах (линиях), по которым энергия Ци передвигается по телу.

Методы лечения, применяемы Буддой и Конфуцием, не ушли в прошлое. В настоящее время активно употребляется вакуумный массаж в западной медицине и косметологии, но его основы пришли к нам из Древнего Китая. В нём задействованы банки различного диаметра. Лекарь осуществляет активный массаж, передвигая банки по телу и влияя на особые точки. Вакуум-терапия упрочивает защитные силы организма и часто применяется для профилактики инфекционных заболеваний.

Не забыта и моксотерапия. Она сводится в прогревании все тех же особых точек при помощи тлеющей сигары из полыни. Сигара не касается тела пациента, и он чувствует только тепло.

Античные медики Древнего Востока в своих методах лечения наряду с мистическими формами врачевания использовали рациональные лечебные приёмы и целебные средства народной медицины [3. С. 64].

Философ и врачеватель древности Авиценна считал чеснок едва ли не панацеей от всех болезней. Известный ученый, который ценил не только лечебные, но и вкусовые качества, советовал использовать корнеплод как можно чаще. Его рецепты, доставшиеся в наследство, используют и в наши дни, в современной народной и классической медицине.

В Индии отцом-основателем медицины считается хирург Сушрута, который жил около 500 г. до н. э. Он описал, как вытаскивать зубы, вправить сломанные кости и побороть болезни кишечника — всего около 1200 заболеваний.

В Китае основателями трех великих учений являются три человека – Конфуций, Будда и ЛаоЦзы. Конфуций являлся древнекитайским философом и мыслителем. Его идеи легли в основу философской системы, получившей название конфуцианство. Будда Шакьямуни являлся духовным учителем, основателем и центральной фигурой буддизма. Лао-цзы (VI век до н. э.) — древнекитайский философ, основоположник одного из главных китайских философских учений — даосизма. Автор классического даосского философского трактата «Дао Дэ Цзин».

В нашей стране в настоящее время взято из восточной медицины использование трав для лечения самых разных заболеваний (фитотерапия) [2.С. 39].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что нетрадиционная медицина очень важна и нужна. Когда человеку не может помочь классическая медицина (к примеру, лекарственные препараты), то на помощь приходит альтернативная медицина, которая способна в нужный и в отчаянный момент спасти человека и подарить ему надежду и веру на это спасение. Она не имеет научно-доказательной базы, но только из-за этого её не стоит отменять и критиковать, записывая в чёрную магию. Самое главное — здоровье и жизнь человека, а какой медициной воспользоваться — это второстепенно, поэтому нетрадиционная медицина важная и неотъемлемая часть всей медицины, про которую не следует забывать.

Среди студентов Барнаульского базового медицинского колледжа было проведено анкетирование по теме «История нетрадиционной медицины Древнего Востока». После этого проводилось исследование проблемы путем анализа полученных результатов.

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

Группа респондентов – студенты ББМК очной формы обучения. Специально был осуществлен поиск одинакового количества респондентов по полу, так как первоначально преобладало количество опрошенных девушек. Респонденты являлись обучающимися второго курса отделений «Сестринское дело». Количество - 17 человек, из них 8 юношей и 9 девушек. Средний возраст от 18 до 25 лет.

Анкетирование было добровольным.

Параметры анкетирования на тему «История нетрадиционной медицины Древнего Востока»

1. Знаете ли вы, что в античности в Индии и Китае была нетрадиционная медицина?

2. Согласны ли вы с тем, что неофициально нетрадиционная медицина Древнего Востока возникла 4веках до н. э. ?

3. Как вы считаете, важна ли нетрадиционная медицина в нынешние время ?

4. Согласны ли вы с тем, что иглоукалывание, массаж и лечение травами являлись популярными методами медицины Древнего Востока?

5. Знаете ли вы, что Конфуций лечил камнями, а Авиценна чесноком?

В результате анкетирования студенты ответили следующим образом:

1. Восемь студентов ответили (да), так как эти студенты, вероятно, испытывают интерес к истории медицины и традициям различных культур. Три студента ответили (не знаю), так как эти студенты могли не иметь достаточной информации о медицине той эпохи; 6 студентов ответили (нет), так как эти студенты могли не интересоваться историей медицины или культурами Востока, что объясняет их незнание о существовании нетрадиционной медицины.

2. Девять студентов ответили, что не знают вопрос о времени возникновения нетрадиционной медицины. Это требует более специализированных знаний, которые могли отсутствовать у студентов

Семь студентов ответили положительно. Они могли опираться на мнения авторитетных источников или лекции, которые утверждали, что основы традиционной медицины были заложены именно в указанный период. Один 1 студент ответил 2нет2. Этот человек мог иметь свои убеждения, основанные на альтернативных источниках, которые утверждают, что медицина возникла позже.

3. Пятнадцать студентов ответили «да». Они считают, что сочетание традиционной и нетрадиционной медицины может привести к более эффективным результатам. Два студента ответили «не знаю». Возможно, они могут быть не уверены в эффективности методов нетрадиционной медицины.

4. Семнадцать студентов ответили «да». Они считают, что эти методы были широко распространены и пользуются популярностью до сих пор благодаря своей эффективности в лечении различных заболеваний и поддержании здоровья.

5. Одиннадцать студентов ответили «нет». Эти люди студенты, наверное, не знакомы с историей медициной древнего Востока. Четыре студента ответили «да». Вероятно эти студенты имеют более широкий кругозор или интерес к древней медицины. Два студента ответили «не знаю». Эти студенты возможно скептически настроены к данным методом лечения.

Практическая значимость работы заключается в том, что она может быть использована на занятиях по дисциплине «Основы философии» в ББМК (специальность 33.02.01 Фармация Очная форма, тема «Философия и медицина: общие проблемы и ценности»), на классных часах из цикла «Разговоры о важном по темам, касающихся медицина и здоровья человека, а также всеми людям, любящими историю и желающими углубить свой кругозор.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что традиционная медицина играла большую роль в Древнем мире и ее актуальность не потеряна.

Список использованных источников

1. Клаус, К. Шнорренбергер Учебник китайской медицины для западных врачей / Клаус К. Шнорренбергер. - М.: Balbe, 2021. - 560 с.
2. Оди, Пенелопа Китайская медицина. Справочник по холистической медицине - Москва: Мир, 2020. - 400 с.
3. Системы оздоровления Востока и Запада. Энциклопедия / Под редакцией А.А. Левшинова. - Москва: СИНТЕГ, 2020. - 608 с.
4. Смолькова О. Н. Домашняя медицинская энциклопедия; АСТ - М., 2022. - 576 с
5. Стурчак, Софья Возвращение весны. Как вернуть облик юности с помощью традиционной восточной медицины / Софья Стурчак. - Москва: Машиностроение, 2021. - 256
6. Редактор, Дуо Гао Секреты китайской медицины / Редактор Дуо Гао. - М.: Контэнт, 2020. - 208 с.
7. Тарнуев В.А., Николаев С.М., Кожевников В.В., Бальхаев И.М., Есаулова И.Н. ВОСТОЧНАЯ МЕДИЦИНА (УЧЕБНИК) // Международный журнал экспериментального образования. – 2023. – № 3-2. – С. 197-199; URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=6780> (дата обращения: 22.02.2025).

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА XX - НАЧАЛА XXI ВВ: СПОСОБЫ СПАСЕНИЯ РАНЕННЫХ ОТ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ДО СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

Филимонова Василиса Владиславовна
Руководитель: Тютюник Наталия Николаевна
КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»

Изучая исторические данные, фильмы, письма, рассказы близких о пережитых войнах, мы приходим к выводу, что оказание первой медицинской помощи на поле боя это один из важнейших аспектов в будущей победе. Ещё в 18 веке зарождается военная медицина, наибольшее развитие которой в императорской России приходится на конец 19 века. Москва, Петербург, Севастополь – эти города становятся центрами военно-медицинских учреждений. Оружие модернизируется и травмы становятся все более опасными и смертельными, если не оказать своевременно медицинскую помощь. Особенно актуально это сейчас – ведь мы современники крупнейшего военного конфликта после Второй мировой войны.

Цель работы: проанализировать эволюцию способов оказания первой медицинской помощи в боевых условиях от Первой мировой войны до СВО (специальной военной операции).

Объект изучения: военная медицина 20 – начала 21 вв. Предмет: оказание медицинской помощи в боевых условиях.

Задачи:

1. Рассмотреть материалы об оказании помощи на поле боя в 20 – начале 21 вв.
2. Изучить состояние и готовность медицинских работников, учреждений к оказанию необходимой помощи раненым от Первой мировой войны до СВО.

Гипотеза: эффективность оказания медицинской помощи на поле боя влияет не только на исход каких-либо сражений, но и приближает победу в войне.

Метод исследования: анализ исторических источников, а также использование интернет-ресурсов – видео и фотоматериалов военных телеграмм – каналов.

Эвакуационная доктрина русской армии в 1907–1914 гг. строилась на опыте русско-японской войны: превалировал принцип «эвакуация прежде всего». Даже при проникающих ранениях живота хирурги предпочитали воздерживаться от операций, а помощь раненым была сведена к перевязкам, что давало высокий процент летальности и осложнений. Нет опыта и кадров, сложного хирургического оборудования, а также рентгеновских аппаратов и

медикаментов, а между тем скопление «увечных воинов» снижало маневренность войск. Выделение эвакуации раненых и больных воинов в самостоятельную отрасль военной медицины фактически завершилось только во второй половине XIX в., причиной чего стали потребности войн индустриального типа: минимизация санитарных потерь и скорейшее возвращение военных кадров в строй.



Рисунок 1 – Эвакуация раненых солдат в Первой мировой войне

Эвакуация раненых во время Великой Отечественной войны осуществлялась с помощью различных видов санитарного транспорта. Постоянные военно-санитарные поезда предназначались для перевозки раненых и больных из госпитальных баз армий в госпитальные базы фронтовых и внутренних районов. В составе было минимум 12 вагонов, обычно 17–18. В них были специализированные вагоны для раненых в голову, челюсти, грудную клетку, глаза и другие, а также вагоны-изоляторы для инфекционных больных и для лиц с психическими расстройствами. Во время Великой Отечественной войны во избежание заражения на раны накладывалась повязка, смоченная в растворе соли. При нагноении рана обрабатывалась расплавленным парафином - он выполнял роль пластыря. Широкое распространение получил метод местного обезболивания (инфильтрационная анестезия), разработанный А.В. Вишневским — он применялся в 85—90% случаев. Кировская областная станция переливания крови полностью удовлетворяла потребности госпиталей и стала одной из самых крупных в Советском Союзе, занимаясь поставкой консервированной крови в прифронтовые районы.



Рисунок 2 – Санитарные поезда передвижных больниц

В стране во время Великой Отечественной войны на уровнях армий, фронтов и нескольких внутренних регионов были созданы так называемые госпитальные базы - совокупности госпиталей и обслуживающих их военно-медицинских частей и учреждений. Эвакогоспитали имели коечный фонд от 200 до 2000 единиц в каждом. При их размещении использовались общественные здания, школы, дома отдыха, санатории и другие емкие помещения. Госпитали имели следующие профили: нейрохирургический, торакоабдоминальный, бедренно-суставной, для лечения раненных в конечности, терапевтический, психоневрологический, инфекционный и др.

Из-за хаоса войны огромным массам населения стало невозможно соблюдать даже

элементарные санитарные нормы, сразу ухудшилась эпидемическая обстановка: стали распространяться острые кишечные заболевания и дизентерия, сыпной тиф, малярия, вирусный гепатит, туляремия и другие инфекции. Допустить распространение болезней было нельзя. Наркомздрав и Народный комиссариат путей сообщения СССР через неделю после начала войны издали "Положение о медико-санитарном обслуживании населения, эвакуируемого из угрожаемых районов", в котором были расписаны действия территориальных органов здравоохранения и врачебно-санитарной службы транспорта. Постановление предписывало: поголовно привить против острых кишечных инфекций "призывной контингент" и население крупных городов. Все мы помним подвиг врача Зинаиды Ермолевой, собственными усилиями спасшей осажденный фашистами Сталинград от холеры.



Рисунок 3 - Полевые лазареты и госпитали во время Великой Отечественной войны

С началом войны нового типа в 21-ом веке первая помощь военнослужащим при выполнении задач на СВО в области обороны оказывается при следующих состояниях: отсутствие сознания; остановка дыхания и кровообращения; наружные кровотечения; инородные тела верхних дыхательных путей; травмы различных областей тела; ожоги; отравления; воздействие факторов радиационной, химической и биологической природы; острые психогенные реакции на стресс и многое другое. Для медика на фронте существует три зоны: красная, желтая, зеленая. Красная зона: огневой контакт с противником. Верные действия в этой зоне: обеспечить собственную безопасность; подавить противника огнем; установить голосовой контакт с раненым; проверить свой-чужой; корректировать его действия (Ползи сюда! Не двигайся! Наложил жгут!). Перенести раненого в желтую зону. Желтая зона: временное укрытие. Порядок действия: устранить критическую опасность здоровью; провести вторичный осмотр на наличие других повреждений; обезболить, перевязать; эвакуировать в зеленую зону. Зеленая зона: условная безопасность, зона эвакуации. Действия: контролировать состояние раненого; голосовой контакт; проверить действие, выполненные в «желтой зоне», исправить ошибки. Дополнительная помощь: инфузии, иммобилизация, тампонада раны, ослабление жгута и так далее. Передать раненого медикам. Сообщить его подразделение, позывной, характер и время ранения, какая помощь была оказана.



Рисунок 4 – Оказание помощи раненым в зоне проведения СВО

Российские медики демонстрируют на передовой профессионализм и мастерство. Наши врачи в сложнейших условиях провели операцию на открытом сердце, во время которой извлекли осколок – такие ранения еще несколько лет назад считались смертельными. Осколок от кассетного снаряда – прямо в сердце бойца. Неоднократно проводились и проводятся операции по извлечению неразорвавшихся боеприпасов из тел бойцов.



Рисунок 5 – Операции в бронежилетах: извлечение боеприпасов и взрывателей из тел бойцов

Сегодня труд медиков облегчают компьютерные технологии, а тогда, в «сороковые-роковые», у военных врачей на передовой не было сложной техники, не было аппарата искусственного кровообращения. Сейчас на фронте существуют медвзводы эвакуации, активно используется мототехника, квадроциклы, бронированные автомобили, платформы-роботы для спасения жизни раненых.



Рисунок 6 – Эвакуационная техника в зоне проведения СВО

Техника дорабатывается и модернизируется с учетом фронтового опыта и пожеланий медиков – тех, становится ангелом-хранителем воина, оберегая его жизнь от самой линии боестолкновения до тылового госпиталя. Военная хирургия пишется кровью наших бойцов, и врачи так же, как и солдаты, воюют за Родину. Стоит отметить, что медики на СВО оказывают помощь военным не только в случае ранения, но и борются с "мирными" заболеваниями: ОРЗ, ОРВИ, пневмония и другие. Кроме того необходимо держать под контролем профилактику эпидемий — делаются прививки против энцефалита, кишечных заболеваний.

В заключение можно сказать – цель работы достигнута: мы уверены в том, что отличительной чертой отечественной военной медицины на всем протяжении ее существования была разработка и внедрение новейших методов лечения, передовых технологий, таких как обезболивание, антисептика, асептика, рентгенодиагностика. С учетом того, что в настоящей войне 95% ранений минно-взрывного характера, особенную роль в реабилитации и ресоциализации бойцов играет развитие протезирования конечностей.

Гипотеза подтверждена: от профессионализма и личных качеств каждого медработника, спасающего жизни наших бойцов, зависит не только локальный успех в бою или сражении, но и приближение победы над врагом. Во время Великой Отечественной войны медики невероятными усилиями вернули на фронт 72% раненых и 90 % больных солдат и

офицеров. Сегодня, продолжая дело наших дедов и прадедов в войне с нацизмом, медработники возвращают в строй 97% бойцов, что дает возможность беспощадно громить врага. Каждый человек, проживающий на территории нашей большой и любимой Родины должен знать и помнить, что войны были выиграны в значительной степени солдатами и офицерами, возвращенными в строй медицинской службой.

Список использованных источников

1. Военно-медицинское обеспечение русской армии в Первую мировую войну. URL: <https://gb3zelao.ru/press-tsentr/istoriya/208-voenno-meditsinskoe-obespechenie-russkoj-armii-v-pervuyu-mirovuyu-voynu.html> (дата обращения: 18.02.2025)
2. Военная медицина императорской России в Первой мировой войне в 1914–1917 годы. URL: <https://mchsros.elpub.ru/jour/article/viewFile/288/291> (дата обращения: 27.12.2024)
3. Медицинская служба Красной армии в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. URL: <https://mchsros.elpub.ru/jour/article/viewFile/171/174> (дата обращения: 16.01.2025)
4. Стандарт оказания первой помощи военнослужащим и вооруженных сил Российской Федерации при выполнении задач в условиях военного времени, ведения военных (боевых) действий, выполнения боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оперативно-служебных) задач в области обороны. URL: <https://www.vmeda.org/wp-content/uploads/2023/09/standart.pdf> (дата обращения: 10.02.2025)
5. История развития военной медицины. URL: https://hroniki.org/articles/istorija_razvitija_voennoj_meditsiny (дата обращения: 14.03.2025)
6. Как работают военные медики в зоне спецоперации. URL: <https://tass.ru/armiya-i-opk/22775771> (дата обращения: 01.04.2025)
7. Как служба эвакуации спасает раненых на поле боя. URL: <https://rg.ru/2024/08/22/skoraia-pod-obstrelom.html> (дата обращения 25.03.2025)
8. Более 97 процентов раненых российских военных возвращаются в строй. URL: <https://ria.ru/20230816/voennye-1890458050.html> (дата обращения 17.03.2025)
9. Материалы ТГ-канала «Народный фронт» URL: https://t.me/onf_front (дата обращения 30.03.2025)

ЗНАЧЕНИЕ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРА: ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ПРАКТИЧЕСКАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

Хортова Анастасия Александровна
Руководитель: Жаркова Ольга Борисовна
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»

Современная медицина развивается в условиях глобализации, где английский язык служит основным средством международного общения. Для фельдшеров, которые часто оказывают первую помощь, работают в экстренных ситуациях и взаимодействуют с пациентами разных национальностей, владение английским становится критически важным навыком.

Данная работа рассматривает роль английского языка в профессиональной деятельности фельдшера, анализирует его применение в различных сферах медицины и доказывает, что языковая подготовка напрямую влияет на качество медицинской помощи.

Таким образом, объектом исследования является английский язык в профессиональной деятельности фельдшера

Предмет исследования: возможности практического применения английского языка в профессиональной деятельности фельдшера.

Цель работы: определить необходимость знания английского языка для фельдшеров.

Задачи:

1. Выявить основные направления применения английского языка в практике фельдшера.

2. Проанализировать мнения студентов колледжа о необходимости изучения английского языка.

3. Оценить преимущество знания английского языка для фельдшеров.

В новом XXI веке, провозглашённом Юнеско веком полиглотов, весь цивилизованный мир стремится к открытости и взаимопониманию. Всем известно, что распространение и изучение иностранных языков является одним из важнейших условий человеческого прогресса. Языки нужны для того, чтобы получать знание и уметь использовать их в профессиональном общении.

Медицина не имеет границ, и фельдшеры, владеющие английским, получают доступ к мировым знаниям:

- Научные публикации и исследования. Большинство медицинских журналов (The Lancet, BMJ) публикуются на английском. Фельдшер, способный читать оригинальные статьи, может оперативно узнавать о новых методах диагностики и лечения.

- Онлайн-курсы и вебинары. Платформы вроде Coursera и Medscape предлагают бесплатные курсы по неотложной помощи, но они требуют знания английского.

- Международные конференции. Участие в мероприятиях, таких как EMS World Expo, позволяет перенимать опыт зарубежных коллег.

В условиях мультикультурного общества фельдшер может столкнуться с:

- Туристами и экспатами, не владеющими русским.

- Беженцами и мигрантами, которым требуется срочная помощь.

- Иностранцами коллегами в совместных проектах.

Знание английского языка при работе с иностранными пациентами становится критически важным навыком для современного фельдшера, напрямую влияющим на качество и безопасность медицинской помощи. В условиях роста международной мобильности и мультикультурности общества медицинские работники все чаще сталкиваются с необходимостью общения на английском – языке, который служит универсальным средством коммуникации в медицине.

При оказании помощи иностранным пациентам владение английским позволяет точно собирать анамнез, избегая опасных ошибок в интерпретации жалоб. Особенно это важно при выявлении аллергических реакций, хронических заболеваний и принимаемых препаратов, где любая неточность перевода может иметь серьезные последствия. В экстренных ситуациях языковой барьер создает угрозу жизни пациента – каждая минута, потраченная на преодоление недопонимания, снижает шансы на успешный исход.

Помимо клинических аспектов, английский язык необходим для корректного оформления медицинской документации, получения информированного согласия и объяснения пациенту порядка проведения процедур. В условиях работы с современным оборудованием, инструкции к которому чаще всего составлены на английском, отсутствие языковых навыков может привести к неправильной эксплуатации аппаратуры.

Знание языка также способствует созданию комфортной психологической атмосферы, снижая стресс у пациента и повышая его доверие к медицинскому персоналу. Для самого фельдшера владение английским открывает возможности профессионального роста – от участия в международных образовательных программах до работы в зарубежных медицинских проектах.

Таким образом, в современной системе здравоохранения английский язык трансформировался из дополнительной компетенции в обязательный профессиональный стандарт, обеспечивающий безопасность пациентов и эффективность работы медицинских специалистов в поликультурной среде.

Руководства пользователя для медицинских устройств (таких как дефибрилляторы и аппараты искусственной вентиляции легких) нередко представлены на английском языке. Общепринятые мировые стандарты, например, алгоритмы расширенной сердечно-легочной реанимации (ACLS), используют англоязычную терминологию. В ряде государств (например, в Объединенных Арабских Эмиратах) вся медицинская документация ведется на английском языке.

Фельдшеры, работающие в зонах военных конфликтов, местах стихийных бедствий (землетрясения, цунами), лагерях беженцев сталкиваются с необходимостью:

- Координироваться с иностранными спасателями (МЧС, Красный Крест).
- Использовать стандартизированные англоязычные коды

Исходя из вышесказанного, знание английского языка крайне важно для медицинского работника в экстренных и чрезвычайных ситуациях, так как оно значительно расширяет возможности оказания помощи и взаимодействия с коллегами и пациентами.

Во-первых, английский является международным языком медицины, и в условиях гуманитарных миссий, катастроф или работы с иностранными пациентами он позволяет быстро обмениваться критически важной информацией. Например, при оказании помощи пострадавшим в авариях, стихийных бедствиях или военных конфликтах, где могут присутствовать зарубежные специалисты, владение английским упрощает координацию действий.

Во вторых, в условиях мультикультурной среды (например, при работе с беженцами или туристами) медицинский работник, говорящий на английском, сможет собрать анамнез, объяснить диагноз и порядок лечения, снижая риски ошибок из-за языкового барьера.

Наконец, участие в международных конференциях, обучение у зарубежных экспертов и доступ к англоязычным научным ресурсам помогают специалисту оставаться в курсе передовых методик, что особенно важно в экстренной медицине, где технологии и стандарты постоянно развиваются.

Таким образом, английский язык не просто расширяет профессиональные горизонты медика, но и напрямую влияет на эффективность помощи в критических и чрезвычайных ситуациях, где каждая минута на счету.

Знание английского языка существенно расширяет карьерные перспективы фельдшера, открывая доступ к международным возможностям профессионального роста. Владение английским позволяет российским специалистам рассматривать вакансии в зарубежных медицинских учреждениях – от европейских клиник до больниц Ближнего Востока, где особенно ценятся квалифицированные кадры со знанием языка. Фельдшеры с подтвержденным уровнем английского получают шанс работать в престижных международных организациях, таких как "Врачи без границ" или Красный Крест, участвуя в гуманитарных миссиях по всему миру. На родине такие специалисты востребованы в частных клиниках, обслуживающих иностранных пациентов, где уровень зарплат на 25-40% выше среднего по рынку.

Знание языка дает преимущество при трудоустройстве в медицинские центры при посольствах, на круизных лайнерах и в спортивных организациях, работающих с международными соревнованиями. Для амбициозных фельдшеров открывается путь к участию в зарубежных стажировках и образовательных программах, что значительно повышает профессиональную ценность специалиста. В перспективе свободное владение медицинским английским позволяет претендовать на руководящие должности в международных проектах или перейти на преподавательскую работу в медицинские учебные заведения.

Английский язык становится мощным карьерным лифтом для фельдшеров, желающих выйти за рамки стандартных возможностей российской системы здравоохранения и реализовать себя на международном профессиональном уровне. Инвестиции в изучение языка окупаются не только финансово, но и открывают доступ к уникальному опыту, передовым медицинским практикам и глобальному профессиональному сообществу.

Иностранный язык в медицинском колледже рассматривается как обязательный компонент профессиональной подготовки специалиста. С помощью опроса мы выяснили мнения студентов колледжа относительно роли и места иностранного языка в их будущей профессии.

В ходе исследования было опрошено 73 студента специальности «Лечебное дело». Сначала участникам было предложено ответить на вопрос: Необходимо ли современному среднему медицинскому работнику знание иностранного языка? На который 88% ответили

утвердительно и только 12% отрицательно.

Вопрос «Какие преимущества даёт среднему медицинскому работнику хорошее знание иностранного языка?» стал причиной активного обсуждения у студентов. 56% ответили, что знание иностранного языка поможет, если придётся общаться с иностранцами. 14% опрошенных отметили, что знание иностранного языка дает возможность быть в курсе актуальных тенденций в области медицины, помогает в изучении иностранной литературы в области медицины. По 8% голосов набрали варианты «знание иностранного языка поможет в понимании иностранных коллег, при обмене опытом и участии в конференциях» и «знание иностранного языка повышает общую эрудированность». 3% считают, что знание иностранного языка поможет в трудоустройстве за границей, а 10% студентов ответили, что знание иностранного языка не даёт никаких преимуществ.

Завершающий вопрос в анкете звучал так: Как вы считаете, нужно ли изучать иностранный язык в медицинском колледже? По результатам опроса большинство опрошенных (89%) считают, что изучать иностранный язык в колледже необходимо, и 11% - не нуждаются в изучении иностранного языка в колледже.

После проведенного исследования можно с уверенностью сказать, что студенты медицинского колледжа понимают важность знаний иностранных языков для будущей профессии. Анализ результатов проведенного анкетирования позволяет определить мотивы будущих медицинских работников при изучении иностранного языка (знание иностранного языка помогает в общении с иностранцами и в повседневной жизни), их цели (саморазвитие, получение более высокооплачиваемой работы), осознание ими роли иностранного языка в профессиональной информированности.

В современных условиях глобализации здравоохранения владение английским языком становится не просто полезным навыком, а профессиональной необходимостью для фельдшеров. Как показывает практика, специалисты, свободно владеющие медицинским английским, оказываются более востребованными на рынке труда, имеют значительные преимущества в карьерном росте и могут обеспечить более качественную помощь пациентам.

Особую важность английский язык приобретает в контексте расширения международного сотрудничества, развития медицинского туризма и участия российских специалистов в глобальных гуманитарных проектах. Фельдшер, владеющий английским, получает доступ к передовым медицинским знаниям, современным протоколам лечения и новейшим исследованиям, что напрямую влияет на качество оказываемой помощи.

Таким образом, инвестиции в изучение английского языка - это вложения в профессиональное будущее каждого фельдшера. В условиях стремительного развития медицины и усиления международных контактов, владение английским перестает быть конкурентным преимуществом и становится обязательным требованием к квалифицированному специалисту. Развитие языковых компетенций позволит фельдшерам не только повысить качество оказываемой помощи, но и выйти на принципиально новый уровень профессионального развития.

Список использованных источников

1. ВОЗ. Руководство по неотложной медицинской помощи для фельдшеров – Женева, 2022.
2. Громова Т.Н. Английский язык для медицинских колледжей и училищ – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023
3. Иванова А.Р. Лингвистические барьеры в скорой медицинской помощи // Журнал практической медицины. – 2023. – №4.
4. Петров М.К. Когнитивные преимущества билингвальных медицинских работников // Международный журнал парамедицины. – 2021. – Т. 11, №2.
5. Смирнова В.А. Медицинский английский: профессиональная коммуникация – СПб.: СпецЛит, 2022.

ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Воропаева Анастасия Алексеевна

Ненченко Эвелина Дмитриевна

Макаюва Анастасия Ерсаиновна

Руководитель: Метель Ульяна Валерьевна

Насонова Светлана Николаевна

КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»

В современное время многие задаются вопросом «что же такое плоскостопия?» Плоскостопия очень распространена и у неё широкий спектр действия среди населения. Кроме позвоночника, большую нагрузку испытывают ноги, а точнее стопы. При ходьбе на них воздействует вес всего тела. В современное время у большинства детей и подростков начинает развиваться плоскостопия, так как родители не смотрят - какую обувь носит ребёнок и как он учится ходить с ранних лет.

Детская стопа имеет ряд морфологических особенностей. Пяточная часть сужена, а передняя более широкая. Нарушений рессорной функции связана с деформацией стопы. Дети, страдающие плоскостопием, часто жалуются на быструю утомляемость, боль в голени, стопе. А в дальнейшем могут развиваться застойные явления в сосудах нижних конечностей.

Актуальность: заключается в высокой распространенности этого заболевания, его негативном влиянии на здоровье и физическую активность детей, а также важности раннего выявления и коррекции для предотвращения дальнейших осложнений. Образование и информирование родителей и педагогов о данной проблеме также играют ключевую роль в поддержании здоровья детей.

Цель: выявить плоскостопие у детей школьного возраста

Задачи:

1. Изучить литературу на тему плоскостопия
2. Провести исследование и анализ на выявления плоскостопии методом плантограммы
3. Разработать рекомендации детям школьного возраста

Гипотеза: если выявить раннее развитие плоскостопия, то достигнем информированности учащихся и их родителей о мерах профилактики и раннем лечении плоскостопия.

Методы:

1. Теоретические - анализ литературы, классификация, качественный анализ полученных результатов, сравнение.
2. Эмпирические - анкетирование, метод плантограммы.
3. Статистические - математическая обработка данных, количественный анализ полученных результатов.
4. Методы презентации данных: таблицы, диаграммы, фотографии.

Объект исследования: дети школьного возраста.

Предмет исследования: особенности и причины развития плоскостопия у школьников.

Практическая значимость: нашей работы заключается в ранней профилактике плоскостопия на основе обследования, разработки и использования рекомендаций.

Для объективной оценки состояния стоп мы использовали методику, разработанную известными специалистами С.Ф. Годуновым и Г.Г. Потихановой. Так как считается наиболее точным способом оценки плантограммы.

Степень изменений при плоскостопии оценивается по величине соотношения нагружаемой и ненагружаемой частей стопы (от 0 до 1 – нормальные показатели; от 1,1 до 2 – некоторое уплощение свода стопы; более 2 – клиника плоскостопия). При нормальной стопе закрашенная часть в среднем отделе не распространяется на рассекающую линию (рисунок 1).

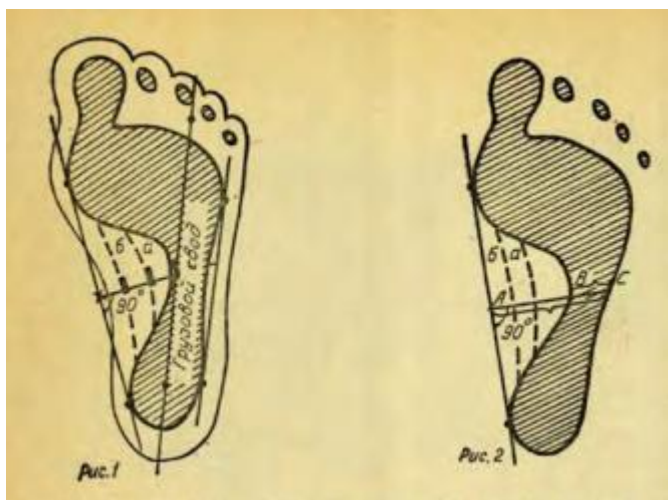


Рисунок 1 - Оценка плантограммы по методике С.Ф. Годунова и Г.Г. Потихановой

В нашем исследовании приняли участие ученики первых и пятых классов МБОУ СОШ №20 г.Бийск, СОШ Нижнекаменка. Всего было обследовано 110 учащихся 1 и 5 классов.

Таблица 1 - Выявляемость нарушений опорного свода стопы у школьников 1 класс по методике С.Ф. Годунова и Г.Г.Потихановой

1 класс		
	Правая стопа	Левая стопа
Мальчики	Норма- 20 Уплотнение стопы- 5 Плоскостопие-2	Норма- 20 Уплотнение стопы- 5 Плоскостопие- 2
Девочки	Норма- 25 Уплотнение стопы- 2 Плоскостопие- 1	Норма- 25 Уплотнение стопы- 2 Плоскостопие- 1

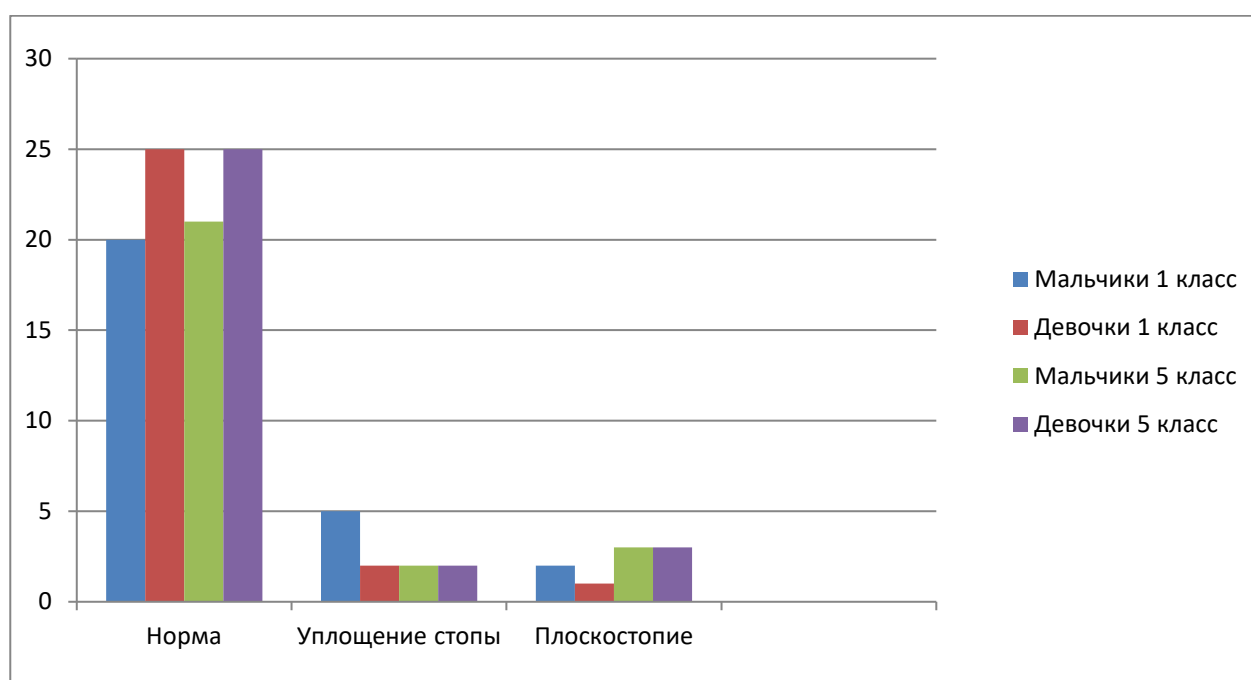
Таблица 2 - Выявляемость нарушений опорного свода стопы у школьников 5 класс по методике С.Ф. Годунова и Г.Г.Потихановой

5 класс		
	Правая стопа	Левая стопа
Мальчики	Норма- 21 Уплотнение стопы- 2 Плоскостопие- 3	Норма- 21 Уплотнение стопы- 2 Плоскостопие- 3
Девочки	Норма- 25 Уплотнение стопы- 2 Плоскостопие- 2	Норма- 25 Уплотнение стопы- 2 Плоскостопие- 2

Таблица 3 - Выявляемость нарушений опорного свода стопы у школьников по методике С.Ф. Годунова и Г.Г.Потихановой

Класс	Кол-во учащихся	Кол-во учащихся в обуви на плоской подошве	Кол-во учащихся в обуви на толстой подошве	Кол-во учащихся в спортивной обуви
1	55	20	10	25
5	55	17	12	26

Диаграмма 1 - Выявляемость нарушений опорного свода стопы у школьников по методике С.Ф. Годунова и Г.Г.Потихановой



В ходе проведенных исследований нами получены следующие результаты.

У учащихся 1 класса, у которых отмечены признаки плоскостопия- 6%, в основном у мальчиков. В 5 классах признаки плоскостопия (некоторое уплощение стопы) присутствует у 9 % учеников (таблица 1).

Максимальное количество учащихся, имеющих клиническое плоскостопия отмечено среди учащихся 5 классов (таблица 2). Мы связываем это в основном со значительным ухудшением качества обуви в последние годы.

Настораживает тот факт, что среди учащихся 1-х классов, у 3 учащихся (6-7 лет) наблюдается уже сформировавшееся плоскостопие, что в дальнейшем без необходимого лечения может привести к серьезным заболеваниям. Отмечено также значительное число учащихся с формирующимся плоскостопием, развитие которого необходимо профилактировать. У учащихся 5-х классов процент учащихся с плоскостопием незначительно выше, здесь плоскостопие отмечено у 4 учащихся (диаграмма 1).

С целью выявления причин развития плоскостопия мы провели анкетирование учащихся и их родителей.

Таблица 4 - Результаты анкетирования школьников

Девочки/ Мальчики	Результат
Я много двигаюсь	Да – 12 \ Нет - 0
Я хожу на танцы или в секцию	Да – 9 \ Нет - 3
Я делаю утреннюю гимнастику	Да – 7 \ Нет – 5
Я каждый день гуляю на улице	Да – 9 \ Нет - 3
Я ношу обувь на небольшом каблучке	Да – 6 \ Нет - 6
Я ем каждый день разнообразную пищу	Да – 11 \ Нет – 1
Мне дают витамины	Да – 8 \ Нет - 4
Я каждый день ем овощи и фрукты	Да – 7 \ Нет - 5
Я ем каждый день молочные продукты	Да – 10 \ Нет – 2
Я ем каждый день мясо и рыбу	Да – 5 \ Нет - 7
Я устаю при ходьбе	Да – 4 \ Нет - 8
У меня болят ноги в конце дня	Да – 5 \ Нет - 7
Я устаю в конце дня	Да – 5 \ Нет - 7
У меня появляется стоптанность обуви, а именно каблучка, с внутренней стороны	Да – 10 \ Нет - 2
Мои ноги внизу становятся толще	Да – 1 \ Нет - 11

Анализируя причины появления плоскостопия, мы выявили, что большинство учащихся не соблюдают режим дня, режим питания (не регулярно употребляют овощи, фрукты, молочные продукты, мясо, рыбу, витамины), ведут малоактивный образ жизни (не делают утреннюю гимнастику, не посещают спортивные секции, не регулярно гуляют), носят обувь на небольшом каблучке (таблица 4).

В рамках нашего исследования, посвященного распространенности плоскостопия среди школьников, мы провели углубленный анализ существующей литературы по данной проблеме.

Результаты исследования показали тревожную тенденцию. Абсолютное число детей 5 класса с клинически выраженным плоскостопием (5 человек из примерно 50 обследованных) было немного выше, чем у первоклассников, увеличение процента детей с признаками плоскостопия в старших классах требует отдельного рассмотрения и анализа причин. Мы предполагаем, что одной из главных причин увеличения случаев плоскостопия в старших классах является ухудшение качества детской обуви. Современная мода на "модную" обувь, нередко не соответствующую ортопедическим требованиям, может играть значительную роль в развитии данной патологии. Неудобная обувь, плоскостопная подошва, отсутствие необходимой поддержки свода стопы - все это создает предпосылки для формирования и прогрессирования плоскостопия. Для более полного понимания причин развития плоскостопия мы провели анкетирование учащихся и их родителей. Анализ полученных данных показал печальную картину. Большинство детей не придерживаются правильного режима дня, не получают сбалансированное питание, недостаточно употребляют фрукты, овощи, молочные продукты, мясо, рыбу и витамины, ведут малоподвижный образ жизни.

Отсутствие регулярных физических нагрузок, отказ от утренней зарядки и посещения спортивных секций, недостаток времени, проведенного на свежем воздухе - все эти факторы создают благоприятную среду для развития плоскостопия. Кроме того, многие дети носят обувь на низком каблуке или без каблука, что не способствует поддержанию естественного свода стопы. Результаты статистической обработки анкет, полученных от родителей, подтвердили наши опасения. Родители в большинстве своем недостаточно осведомлены о профилактике плоскостопия, не уделяют должного внимания правильному выбору обуви для своих детей, не контролируют режим дня и питание, не поощряют физическую активность. Многие родители считают, что плоскостопие – это несерьезная проблема, не требующая внимания, что является крайне ошибочным мнением. Наши данные наглядно демонстрируют взаимосвязь между образом жизни ребенка, его питанием, физической активностью и риском развития плоскостопия.

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают высокий уровень распространенности плоскостопия среди школьников, особенно в старших классах. Мы выявили ряд факторов риска, включающих неправильный режим дня, недостаточное питание, малоподвижный образ жизни и неправильный выбор обуви. Для снижения распространенности плоскостопия необходимо проводить профилактические мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у детей, просвещение родителей по вопросам профилактики плоскостопия, а также организацию специализированных программ по лечебной физкультуре и подбору ортопедической обуви. Нами было разработано комплекс простых упражнений, которые ребенок может выполнять для укрепления мышц, связок стоп и профилактики плоскостопия. Только комплексный подход к проблеме плоскостопия позволит снизить его распространенность и предотвратить развитие серьезных осложнений.

Список использованных источников

1. Александров Г. Н. Эволюция свода стопы человека и вопросы плоскостопия: Автореферат дис. на соискание учен. степени доктора мед. наук / доц. Г. Н. Александров; Каз. гос. мед. ин-т им. В. М. Молотова, 1953. – 16 с.
2. Буянова Н. Ю. Я познаю мир: Детская энциклопедия: Медицина. – М.: АСТ, 1999. – С. 26.
3. Величко Т. И., Лоскутов В. А., Лоскутова И. В. ЛФК и лечебное плавание в ортопедии: учебно-методическое пособие для студентов высших учебных заведений / Т. И. Величко, В. А. Лоскутов, И. В. Лоскутова ; Российская акад. Естествознания, Изд. дом Акад. Естествознания. – М.: Изд. дом Акад. Естествознания, 2014. – 119 с.
4. Гедроец Е. С. Деформация стопы: выявление у школьников. Плоскостопие как наиболее распространенная деформация стопы. – 2024.
5. Годунов С.Ф. О плоскостопии у детей // Ортопед. Травматол. 1968. №1. с.48.
6. Красикова А. С. Профилактика лечения плоскостопия. М.: Корона-Принт, 2002.
7. Мошков В. Н. Общие основы лечебной физкультуры.– М. : Медгиз, 2004.
8. Полухин С. А., Санникова Л. Г. Причины, следствие и профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата. Понятие гиподинамии, гипердинамии //Вестник науки. – 2024. – Т. 1. – №. 11 (80). – С. 1153-1160.
9. Популярная медицинская энциклопедия. / гл .ред. В. И. Покровский– 3-изд. перераб. и доп. – Москва : Сов. энцикл., 1991. – 687[1] с.
10. Ситель А. Соло для позвоночника. – М : Издательство АСТ, 2019. 3. <http://www.pozvonochnik.org/structure>
11. Смирнова Н. А., Исупова О. С. Профилактика плоскостопия детей младшего школьного возраста средствами физической культуры //ББК 72я43 16+ П 26. – 2025. – С. 247.

РОЛЬ ДИЕТЫ И ВИТАМИННОЙ ПОДГОТОВКИ К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ТЕХНИКУМА

Громова Светлана Александровна

Аркатова Арина Максимовна

*Руководитель: Колесникова Светлана Борисовна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»*

Актуальной проблемой здорового образа жизни среди студентов является влияние образовательного процесса на их здоровье. В процессе адаптации первокурсников, в организме могут происходить многоплановые физиологические и биохимические изменения.

Преподаватели техникума, все чаще сталкиваются с такими симптомами у студентов как: вялость, сонливость, отсутствие внимания и головные боли. Так же отмечается тенденция к повышению заболеваемости студентов. Самочувствие учащихся представляется не только медицинской и педагогической проблемой, но и социальной, так как это будущие профессионалы и родители.

Укрепление здоровья студентов и повышение их трудоспособности – одна из важных тем в наше время. У этой категории молодежи в силу высокой образовательной нагрузки, подготовки к экзаменам, психоэмоциональному напряжению, создаются неблагоприятные воздействия на организм, что проявляется снижением устойчивости иммунных сил организма.

Возможности витаминной подготовки и поддерживающей диеты в течение учебного года недостаточно изучены у студентов. Особый интерес в связи с этим представляют на сколько студенты медицинского техникума осведомлены в этом вопросе и как эти знания применяют на практике.

Для достижения этой цели нами были изучены литературные источники по данной теме и выявлено, что потребление диет с высоким содержанием жиров, сахара и низким содержанием витаминов в сочетании с перееданием и малоподвижным образом жизни привело не только к росту случаев ожирения, но и связано с немедленным изменением когнитивных функций, включая нарушение вербального обучения, рабочей памяти, адаптации к новым ситуациям, когнитивной гибкости, концентрации внимания, планирования и суждения.

Следует отметить, что эта связь была продемонстрирована в исследованиях на людях и в экспериментальных подходах на животных моделях. Такие эффекты коррелируют с нарушениями синаптической и нейропластической функций в гиппокампе. Кроме того, затрагиваются и другие механизмы, связанные с передачей сигналов инсулина и проницаемостью гематоэнцефалического барьера.

К счастью, снижение когнитивных функций обратимо, как показали исследования, при переходе с высокожировой диеты на более сбалансированную и витаминизированную контрольную диету.

Так же согласно научным данным, целенаправленное употребление различных витаминов, макро- и микроэлементов нормализует метаболические процессы в организме, обеспечивает адекватную адаптацию к окружающей среде, а также оказывают большое влияние на многие жизненные функции организма человека.

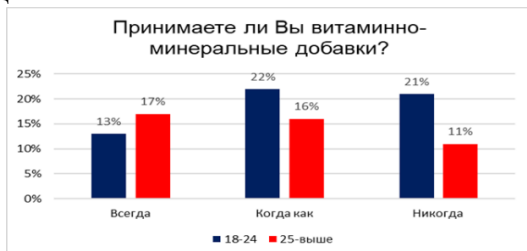
Возможности витаминной подготовки и поддержания витаминизации организма в течение учебного года недостаточно изучены у студентов. Особый интерес в связи с этим представляют на сколько студенты медицинского техникума осведомлены в этом вопросе и как эти знания применяют на практике.

Витамины — низкомолекулярное соединение, абсолютно необходимое для жизнедеятельности человека, поступающее в организм извне или синтезируемое микрофлорой кишечника; органическое соединение различной химической природы, оказывающее в очень низких дозах (от нескольких мкг до нескольких мг в сутки) сильное и разнообразное биологическое действие.

Большинство витаминов не синтезируются в организме человека, поэтому они должны

студентов с более взрослой.

На вопрос «Проводили ли студенты витаминную подготовку к учебному году?» получили следующие данные. Примерно одинаковое количество в обеих группах более осознано отнеслись к подготовке к учебному году и это составило 14-15 %. Остальные не проводили ее.



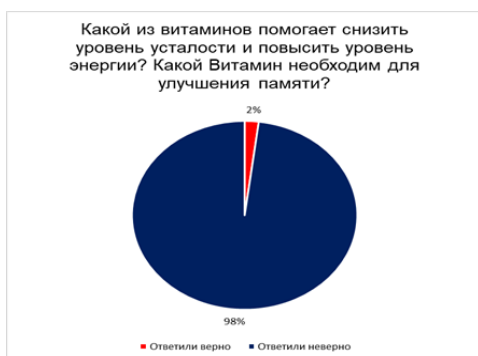
Так же был задан уточняющий вопрос «Принимают ли студенты в данный момент витаминные и минеральные добавки?».

Из полученных ответов мы видим, что «вторая» возрастная группа к этому вопросу относится более ответственно, чем «первая».

Группа вопросов в анкете была направлена на выяснение рационального питания студентов, которое поддерживает иммунитет, когнитивные функции, необходимые для образовательного процесса. Какие продукты питания включены в их рацион, соблюдают ли студенты режим питания и т.д. Примеры приведены в диаграммах.



Другая группа вопросов была направлена на выяснение знаний о витаминах, в которых нуждается организм студента во время учебного года, для хорошего самочувствия и продуктивного обучения. Респондентам также было предложено отметить симптомы, которые они наблюдают у себя в течении учебного года. (примеры приведены ниже).



функций. 2016, 3, 53–64.

4) Сбитнева О.А. Воздействие учебного процесса на организм студентов // *Universum : электрон. науч. журнал* 2020г

5) Савченко А.А. Витамины как основа иммунометаболической терапии /А.А. Савченко, Е.Н. Анисимова, А.Г. Борисов, А.Е. Кондаков. – Красноярск: Издательство КрасГМУ, 2011 – 213 с.

6) Хасаева Е. И., Деулина Л. Е. Витамины в организме человека // *Инновации. Наука. Образование*. — 2021. — № 46. — С. 2161–2165.

7) Бекетова Н. А. Оценка витаминного статуса студентов Московского вуза по данным о поступлении витаминов с пищей и их уровню в крови // *Вопр. питания*. 2019. Т. 84.

8) Коденцова В. М., Бекетова Н. А., Никитюк Д. Б., Тутельян В. А. Характеристика обеспеченности витаминами взрослого населения Российской Федерации // *Профилактическая медицина*. — 2018. — № 4. — С. 32–37

9) Экстранд Б., Ширс Н., Расмуссен М.Л., Янг Дж.Ф., Росс А.Б., Ландбберг Р. «Продукты для мозга- роль диеты в работе мозга и здоровье.» *Nutr/Rev/* 2021 от 12мая;79(6):693-708.

10) Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: методические рекомендации МР 2.3.1.0253-21 от 22.07.2021.

11) Меркулова М. Д. Распространённость клинических симптомов проявлений гиповитаминоза среди студентов // *Молодёжный инновационный вестник*. — 2023. — Том 12. — С. 558–561.

12) Антонова А. А., Курбанова Г. Ф., Загибов А. М. и др. Исследование эффективности применения витаминов у городского населения // *Международный научно-исследовательский журнал*. — 2023. — № 7. — С. 1–4.

VR-ТЕРАПИЯ

Груздева Дарина Владимировна

Наумова Диана Валерьевна

Руководитель: Гулидова Ольга Петровна

КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»

Виртуальная реальность (VR) как технологическое достижение современности находит все большее применение в различных областях, включая медицину и психотерапию. Современное общество сталкивается с растущим числом психических расстройств, требующих инновационных подходов к диагностике и лечению. VR-терапия представляет собой новый метод, который позволяет создавать безопасные и контролируемые условия для работы с пациентами, что делает её актуальной темой для исследования.

Целью данной работы является изучение возможности применения VR-технологий в психотерапии и реабилитации, а также оценка их эффективности в сравнении с традиционными методами. Для достижения этой цели необходимо решить следующие задачи: рассмотреть основные принципы VR-терапии, проанализировать её использование в лечении различных психических расстройств и исследовать этические аспекты применения данной технологии.

Основная проблематика исследования заключается в недостаточной изученности VR-терапии как метода лечения психических расстройств, в сравнении с традиционными подходами. Предметом данного исследования является использование технологий виртуальной реальности в психотерапии, их влияние на процесс лечения и реабилитации пациентов – [1].

Методологической основой исследования является анализ научной литературы, посвященной VR-терапии, а также изучение клинических исследований и статистических

данных, подтверждающих её эффективность. Используемый подход позволяет объективно оценить возможности и ограничения данной технологии в психотерапии.

VR-терапия представляет собой метод психотерапевтического воздействия, основанный на использовании технологий виртуальной реальности для создания контролируемой и безопасной среды, где пациенты могут взаимодействовать с элементами, имитирующими реальные ситуации. Термин виртуальная реальность был впервые введен в 1987 году Джароном Ланьером, который также разработал первые прототипы VR-устройств, включая шлем виртуальной реальности. Эти технологии позволяют погружать пользователей в искусственно созданные миры, что делает их эффективным инструментом для терапии различных психических расстройств, таких как фобии и посттравматическое стрессовое расстройство.

Основные принципы VR-терапии заключаются в создании реалистичных и адаптируемых виртуальных сред, отвечающих терапевтическим целям. Ключевым аспектом является возможность постепенного и контролируемого воздействия на пациента, что особенно актуально при лечении фобий и тревожных расстройств. Исследования показывают, что около 87% пациентов с фобиями, прошедших курс VR-терапии, демонстрируют значительное снижение симптомов. Это подтверждает высокую эффективность метода, основанного на постепенной экспозиции пациента к вызывающим тревогу стимулам в безопасной виртуальной среде. Виртуальная реальность также находит применение в других областях медицины, что подчеркивает её универсальность, как отмечает Филиппов: «Одной из особенно интересных областей медицины, в которых используется виртуальная реальность, является психотерапия».

VR-терапия активно применяется для лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Была разработана программа, использующая виртуальную реальность для помощи ветеранам в переживании травматических событий в контролируемой обстановке. Эта методика способствует постепенной адаптации пациентов к воспоминаниям о травме, что, в свою очередь, снижает симптомы ПТСР. В 2020 году 70% участников программы продемонстрировали улучшение состояния, что подчеркивает потенциал VR-технологий в терапии ПТСР. Виртуальная реальность создается с помощью визуализации трехмерных объектов, используя методы компьютерной графики, анимации и программирования, и является продуктом новых технологий, которые активно внедряются в психотерапию.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) успешно интегрирует VR-технологии, что позволяет моделировать различные социальные ситуации. Это особенно полезно для пациентов с социальной тревожностью. Использование виртуальной реальности в КПТ продемонстрировало эффективность в 75% случаев, что подчеркивает ее значимость как инструмента для тренировки навыков общения и преодоления тревожности в безопасной и контролируемой среде. В своей работе В. Зборовский и А. Стойко описывают применение технологии виртуальной реальности в психотерапии – [3].

Одним из наиболее известных примеров применения VR-терапии является лечение аэрофобии. Согласно исследованию, VR-терапия показала эффективность в 80% случаев лечения этого расстройства. Пациенты, используя VR-гарнитуры, проходят через симуляции полёта, начиная с посадки в самолёт и заканчивая реальным полётом, что позволяет им постепенно привыкнуть к ситуации и снизить уровень тревожности. Этот подход также применяется при лечении других фобий, таких как страх высоты или боязнь публичных выступлений, где виртуальная среда используется для создания безопасного пространства для тренировки.

Одним из ключевых преимуществ VR-терапии является её безопасность и контролируемость. Пациенты могут сталкиваться с пугающими ситуациями в виртуальной реальности, не подвергаясь реальной угрозе. Этот метод также позволяет индивидуализировать терапию, адаптируя её под конкретные потребности пациента. «При определенных расстройствах такой вид помощи может заменить таблетки». С другой стороны, существуют и ограничения. Высокая стоимость оборудования и необходимость специальной подготовки терапевтов могут ограничивать доступность этого метода. Кроме того, некоторые

пациенты могут испытывать дискомфорт от использования VR-устройств, включая головокружение или тошноту, что требует особого внимания в процессе терапии.

VR-терапия представляет собой инновационный подход в лечении депрессии, позволяя пациентам погружаться в специально созданные виртуальные среды, что способствует улучшению их эмоционального состояния. Исследование, проведенное в 2020 году, показало, что использование VR-терапии в течение шести недель помогло снизить симптомы депрессии на 30% у пациентов. Это достигается за счёт воздействия на эмоциональную сферу, предоставления возможностей для саморефлексии и обучения новым способам реагирования на стрессовые ситуации. Важно отметить, что «современные технологии, включая виртуальную реальность, открывают новые горизонты в психотерапии, позволяя пациентам безопасно взаимодействовать с их страхами и фобиями» (Киселева, 2018. 196 с.). Таким образом, VR-терапия становится перспективным инструментом в комплексной терапии депрессивных расстройств, учитывая её способность интегрировать различные подходы и методы лечения.

Расстройства пищевого поведения, такие как анорексия и булимия, часто сопровождаются искажённым восприятием собственного тела и высоким уровнем тревожности. Виртуальная реальность предоставляет уникальную возможность для пациентов исследовать свои ощущения и восприятие в контролируемой среде. Исследование 2019 года продемонстрировало, что использование VR в терапии расстройств пищевого поведения способствует улучшению восприятия тела и снижению тревожности, что является важным шагом на пути к выздоровлению. Виртуальная реальность также показала свою эффективность в лечении других расстройств, таких как аутизм. Симуляция различных социальных ситуаций помогает развивать у пациентов адекватные реакции поведения в обществе. Применение VR-технологий в терапии может значительно расширить возможности лечения и реабилитации различных категорий пациентов.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) проявляется в виде навязчивых мыслей и повторяющегося поведения, что может значительно ухудшать качество жизни пациентов. VR-терапия предоставляет возможность безопасно моделировать ситуации, вызывающие тревогу, и обучать пациентов справляться с ними через экспозиционную терапию. Регулярное применение VR-терапии, согласно данным, опубликованным в журналах, позволяет снизить обсессивно-компульсивные симптомы на 25%. Это подчеркивает эффективность VR-терапии как дополнения к традиционным методам лечения ОКР.

Виртуальная реальность (VR) и когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) представляют собой два различных подхода к лечению психических расстройств, каждый из которых имеет свои уникальные особенности и методы. VR-терапия основывается на использовании технологий виртуальной реальности для создания контролируемых и реалистичных сред, которые позволяют пациентам взаимодействовать с различными ситуациями и объектами в безопасной обстановке. Это особенно полезно для лечения фобий, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и тревожных расстройств. КПТ, в свою очередь, является одной из наиболее широко используемых и исследованных форм психотерапии, направленной на изменение негативных мыслительных паттернов и связанных с ними поведенческих реакций. КПТ уже давно признана золотым стандартом в лечении депрессии и тревожных расстройств, с эффективностью до 70%. Введение VR-терапии как нового метода лечения открывает возможности для сравнения её эффективности с традиционными подходами, такими как КПТ – [5].

Сравнение эффективности VR-терапии и КПТ показывает, что оба метода имеют свои сильные стороны в лечении различных психических расстройств. Согласно метаанализу 2019 года, VR-терапия обладает сопоставимой эффективностью с КПТ при лечении посттравматического стрессового расстройства, что подтверждает её потенциал как альтернативного метода. Кроме того, исследование 2020 года выявило, что VR-терапия помогает снизить уровень тревожности у пациентов с фобиями на 30% быстрее, чем традиционные методы, включая КПТ. Эти данные свидетельствуют о том, что VR-терапия может быть особенно эффективной в случаях, когда требуется быстрое снижение симптомов

тревожности. Однако КПТ остаётся предпочтительным методом для лечения депрессии и хронических тревожных расстройств благодаря своей доказанной долгосрочной эффективности. В клинической практике VR-терапия и КПТ часто используются как взаимодополняющие методы. Согласно данным психологической ассоциации, VR-терапия может применяться как дополнение к КПТ, увеличивая общую эффективность терапии. Например, VR-технологии позволяют моделировать ситуации, которые сложно воспроизвести в реальной жизни, такие как полёты на самолёте или публичные выступления, что делает её незаменимой при лечении специфических фобий. КПТ, в свою очередь, предоставляет пациентам когнитивные и поведенческие стратегии, которые они могут использовать вне терапевтических сессий. Таким образом, сочетание этих методов может обеспечить более комплексный подход к лечению – [3].

На основании проведённого анализа можно сделать вывод, что VR-терапия является перспективным методом лечения психических расстройств, особенно в сочетании с КПТ. Её эффективность в лечении фобий и ПТСР, а также возможность быстрого снижения тревожности делают её ценным инструментом в арсенале психотерапевтов. Однако для широкого внедрения VR-терапии необходимо преодолеть такие ограничения, как высокая стоимость оборудования и необходимость обучения специалистов. В будущем исследования должны сосредоточиться на изучении долгосрочной эффективности VR-терапии и её применении для лечения более широкого спектра расстройств.

Одним из ключевых преимуществ VR-терапии является создание контролируемой и безопасной среды для пациентов. Это особенно актуально при лечении фобий и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), где постепенное воздействие на пациента может существенно улучшить результаты терапии. Виртуальная реальность предоставляет возможность столкнуться с объектом или ситуацией, вызывающей страх, в условиях, полностью адаптированных под индивидуальные потребности и уровень психологического комфорта. Такой подход снижает риск нежелательных реакций и обеспечивает более плавное привыкание к стрессовым ситуациям. Акарачкова, Вершинина, Котова и Рябоконт отмечают, что использование виртуальной реальности в психотерапии позволяет эффективно регулировать и оптимизировать критические состояния, что особенно важно для специалистов профессий особого риска – [7].

Несмотря на свои преимущества, VR-терапия имеет и определённые недостатки. Одним из них является высокая стоимость оборудования и программного обеспечения, необходимых для проведения терапии. Это ограничивает её доступность для широкого круга пациентов и медицинских учреждений, что может стать препятствием для её массового внедрения. Кроме того, использование VR-технологий требует специализированных знаний и навыков от терапевтов, что также увеличивает расходы на обучение персонала и организацию процесса лечения.

Сравнительный анализ преимуществ и недостатков VR-терапии показывает, что её эффективность и инновационность могут компенсировать некоторые сложности, связанные с её внедрением. Например, исследования демонстрируют, что VR-терапия может быть на 30% эффективнее традиционных методов в лечении определённых психических расстройств. Однако её высокая стоимость и необходимость в специальном оборудовании остаются серьёзными вызовами. Таким образом, дальнейшее развитие технологий и снижение затрат на их производство могут сделать VR-терапию более доступной и популярной в ближайшем будущем. Клинические исследования в области VR-терапии демонстрируют её высокую эффективность при лечении различных психических расстройств. Например, исследование, проведенное в 2018 году, показало, что 87% пациентов с фобиями отметили значительное улучшение своего состояния после прохождения VR-терапии. Это свидетельствует о том, что виртуальная реальность может быть мощным инструментом для создания контролируемой среды, где пациенты могут безопасно прорабатывать свои страхи. Такие результаты подтверждают потенциал VR-технологий в психотерапии и реабилитации.

Статистические данные подтверждают эффективность VR-терапии в лечении психических расстройств. Исследование, проведенное в Великобритании в 2021 году,

показало снижение уровня тревожности у 80% пациентов с социальной фобией после применения VR-технологий. Эти результаты подчеркивают значимость виртуальной реальности как инструмента терапии, который позволяет улучшать психологическое состояние пациентов в короткие сроки. Вместе с тем, исследования также указывают на то, что такая терапия способствует снижению уровня самокритики и повышению самосострадания у пациентов. Это особенно важно, поскольку чрезмерная самокритика является значительным фактором, способствующим поддержанию и усугублению депрессивных симптомов.

В последние годы VR-терапия демонстрирует значительные успехи в области психотерапии и реабилитации. Например, исследование 2020 года показало, что использование виртуальной реальности позволило снизить симптомы посттравматического стрессового расстройства на 30% у ветеранов, участвовавших в программе лечения. Это свидетельствует о высокой эффективности технологии в работе с тяжелыми психическими состояниями. Кроме того, развитие технологий VR открывает новые возможности для персонализации терапии, что может значительно повысить её эффективность. Эти достижения подчеркивают потенциал VR-терапии для дальнейшего развития и её интеграции в стандартные методы лечения – [4].

Будущие исследования в области VR-терапии должны быть направлены на изучение её долгосрочного воздействия на пациентов, а также на разработку методов, позволяющих минимизировать возможные риски, такие как киберболезнь – [6]. Также необходимо исследовать возможности расширения применения VR-технологий в других областях медицины. Согласно отчету компаний, прогнозируется значительный рост рынка VR в здравоохранении, что подчеркивает актуальность изучения этой темы. Эти направления исследований помогут определить наиболее эффективные способы использования VR-терапии, а также обеспечить её безопасность и доступность для пациентов.

В ходе исследования были рассмотрены современные подходы к VR-терапии, включая её основные принципы и историческое развитие. Было выявлено, что виртуальная реальность представляет собой эффективный инструмент в психотерапии, позволяя создать контролируемую и безопасную среду для пациентов. Анализ методов лечения, таких как использование VR-терапии при фобиях и посттравматическом стрессовом расстройстве, подтвердил её высокую эффективность по сравнению с традиционными подходами. Кроме того, сравнительный анализ VR-терапии и когнитивно-поведенческой терапии продемонстрировал, что VR-технологии могут служить как дополнением, так и полноценной альтернативой традиционным методам – [2].

Перспективы дальнейших исследований в области VR-терапии включают разработку новых технологий, направленных на повышение доступности и эффективности терапии. Будущие исследования могут сосредоточиться на расширении применения VR-технологий в лечении различных психических расстройств, таких как депрессия и обсессивно-компульсивное расстройство. Также важным направлением является изучение долгосрочных эффектов VR-терапии и её интеграции в систему здравоохранения. Практическое применение VR-терапии может быть расширено за счёт снижения стоимости оборудования и разработки стандартов для её использования в клинической практике.

Список используемых источников

1. Бехтерев В. М. и современная психология личности // Сборник статей VI Всероссийской научно-практической конференции. Казань: Казанский (Приволжский) федеральный университет, 2020.
2. Лагутин М.Д., Тюфилин Д.С., Кобякова О.С., Деев И.А. Метавселенные в медицине: оценка перспектив применения для практического здравоохранения // Врач и информационные технологии. 2023. № 2. С. 4-15.
3. Москвитина У.С., Зверева А.А. Некоторые аспекты восприятия использования технологий виртуальной реальности для лечения ментальных расстройств с позиций пациентов психиатрического стационара // Психиатрия. 2022. Т. 20, № 3.

4. От идеи к воплощению – создание будущего через науку и практику: Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции / под ред. АМИ, 2024. 106 с.
5. Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение): Материалы X Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 8–9 декабря 2023 г. / под ред. Б.Б. Айсмонтаса, Л.А. Александровой, В.В. Барцалкиной, Е.В. Гуровой. М.: МГППУ, 2024. 447 с.
6. Филиппов М. М. Журнал «Научное обозрение» // Научное обозрение. Технические науки. 2019. № 1.
7. Человек в условиях неопределенности: Сборник научных трудов / Самарский государственный технический университет. Самара: Самарский государственный технический университет, 2021. 334 с.

ПРОБЛЕМА ПРИМЕНЕНИЯ НЕНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

*Дамс Алена Анатольевна
Поляков Антон Валерьевич*

*Руководитель: Киселева Светлана Владимировна
КГБПОУ «Дивногорский медицинский техникум»*

Самолечение, распространенное повсеместно, имеет много преимуществ, в частности экономию времени на посещениях врачей, позволяет снизить нагрузки на медицинскую помощь в условиях, когда заболевание или преходящее расстройство не рассматривается как достаточно серьезное и пациент в значительной степени может самостоятельно контролировать свое состояние. Большинство современных безрецептурных средств отвечают всем возможным требованиям потребителя, находящегося в условиях занятости, ведущего активный образ жизни. Эти лекарства могут использоваться в любое время в любом месте, и их принято покупать впрок и иметь при себе «на всякий случай». Несомненно, самолечение позволяет облегчить доступ к медицинским средствам и снизить бремя стоимости медицинских услуг. В связи с этим, начиная с 1970-х гг., во многих странах большая часть лекарственных препаратов, в том числе с анальгетическими свойствами, были реклассифицированы из статуса рецептурных в класс безрецептурных средств [1].

В условиях нарастания тенденции к самоназначению лекарственных средств часто пациенты, самостоятельно использующие рецептурные препараты, не обеспечиваются необходимой информацией о порядке их применения (дозы, кратность и длительность применения), наличии противопоказаний и особых указаний, совместимости с другими лекарственными средствами и продуктами нелекарственного назначения. Как правило, лица, принимающие лекарственные средства самостоятельно, не находятся под медицинским наблюдением, и у них не проводится оценка возможных побочных эффектов и осложнений [2].

Актуальность: болевые синдромы занимают ведущее место среди самых частых проблем, с которыми сталкивается практически каждый человек. Независимо от типа, локализации боли, острая она или хроническая, для каждого наиболее простым и доступным, а, соответственно, и самым распространенным способом борьбы с ней является использование ненаркотических анальгетиков (НА). По данным различных исследований, потребление этих лекарственных средств неуклонно растет как в России, так и за рубежом и происходит это в основном за счет средств рецептурного и безрецептурного отпуска [1]. Однако, практически все НА имеют ряд нежелательных побочных эффектов, которые необходимо учитывать при подборе препарата конкретному пациенту. И несоблюдение этого условия зачастую приводит к тем или иным последствиям. Так, парацетамол, кеторолак и нмесулид являются гепатотоксичными препаратами, а ацетилсалициловая кислота, диклофенак, ибупрофен- обладают ulcerогенным действием, метамизол натрия – приводит к

агранулоцитозу [3].

Цель исследования: провести анализ применения ненаркотических анальгетиков среди населения.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретический материал по данной теме.
2. Провести опрос пациентов среди населения города Дивногорска по применению ненаркотических анальгетиков.
3. Провести анализ результатов данного исследования и на основе полученных выводов создать видеоролик для потенциальных пациентов.

Практическая значимость: проведенное исследование позволит выявить наиболее часто встречающиеся ошибки при самолечении НА и на основании этих данных составить видеоролик для пациентов.

Методы исследования:

1. Теоретический: анализ научной и медицинской литературы по теме исследования.
2. Эмпирический: проведение опроса, анализ полученных результатов.

Боль как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание связана, как правило, с повреждением ткани или воспалительным процессом. Ощущение боли формирует целый комплекс универсальных защитных реакций, направленных на устранение данного повреждения. Чрезмерно сильная и длительная боль влечет за собой поломку компенсаторно-защитных механизмов и становится источником страданий, а в некоторых случаях и причиной нетрудоспособности. Правильная и своевременная терапия заболевания в большинстве случаев способна устранить болевой синдром, облегчить страдания и улучшить качество жизни пациента [4].

НА по своим фармакологическим свойствам существенно отличаются от анальгетиков группы морфина. Эти препараты по силе анальгетического действия значительно уступают наркотическим болеутоляющим средствам. Их эффект проявляется, главным образом, при болях воспалительного характера (артриты, миозиты, невралгии и др.).

НА не угнетают дыхания, не вызывают эйфории и лекарственной зависимости, не обладают снотворным эффектом, не влияют на кашлевой центр. У данной группы препаратов отчетливо проявляются противовоспалительный и жаропонижающий эффекты, которых нет у наркотических анальгетиков.

Достоинством этих препаратов является отсутствие наркотического эффекта, что дало основание широко применять их в амбулаторной практике.

Классифицируются НА по химической структуре:

1. Производные салициловой кислоты: кислота ацетилсалициловая (аспирин), ацетилсалицилат лизина (ацелизин), натрия салицилат, метилсалицилат салициламид.
2. Производные пиразолона: амидопирин, метамизол натрия (анальгин), фенилбутазон (бутадион).
3. Производные анилина: парацетамол.
4. Производные органических кислот: фенилпропионовой – ибупрофен, напроксен, кетопрофен; фенилуксусной – диклофенак натрия (ортофен, вольтарен); индолуксусной – индометацин (метиндол), сулиндак; антралиновой -мефенамовая кислота.
5. Оксикамы: пироксикам, теноксикам.

Некоторые НА часто называют анальгетиками-антипиретиками, так как они имеют не только болеутоляющее, но и жаропонижающее действие. К ним относятся производные пиразолона (анальгин), салициловой кислоты (кислота ацетилсалициловая) и анилина (парацетамол, фенацетин). У этих препаратов слабо выражено противовоспалительное свойство. Однако широкое применение в последнее время получили ненаркотические анальгетики, обладающие болеутоляющим, жаропонижающим, противовоспалительным и десенсибилизирующим эффектами. Эти препараты в результате выраженного противовоспалительного действия называются "нестероидные противовоспалительные средства" (НПВС). Они нашли не только применение как анальгезирующие и жаропонижающие средства, но и широко используются при лечении разных воспалительных

заболеваний. К нестероидным противовоспалительным средствам относятся препараты, производные органических кислот (ибупрофен, диклофенак, индометацин, мефенамовая кислота); оксикамы (пироксикам), производные салициловой кислоты и некоторые препараты пиразолонового ряда (бутадион). НПВС, несмотря на различия химического строения, имеют общий механизм действия всех эффектов (болеутоляющего, противовоспалительного, жаропонижающего, десенсибилизирующего), в основе которого лежит угнетающее влияние на биосинтез простагландинов [5].

В ходе данного исследования нами был проведен опрос покупателей в магазинах «Хороший» и «Командор». Для опроса был разработан опросный лист, который включал следующие графы:

- пол;
- возраст;
- укажите «обезболивающие» препараты, которые Вы принимаете;
- укажите при каких болях Вы их принимаете;
- укажите способ подбора препарата: врачом/фельдшером, реклама, посоветовали в аптеке, посоветовали родственники (друзья, соседи) и другие варианты;
- укажите частоту приема данных препаратов.

Всего было опрошено 60 человек. По результатам опроса мы получили следующие данные:

1. Все участники опроса когда-либо принимали НА внутрь или инъекционно.
2. По популярности НА располагаются в следующем порядке (рис. 1):

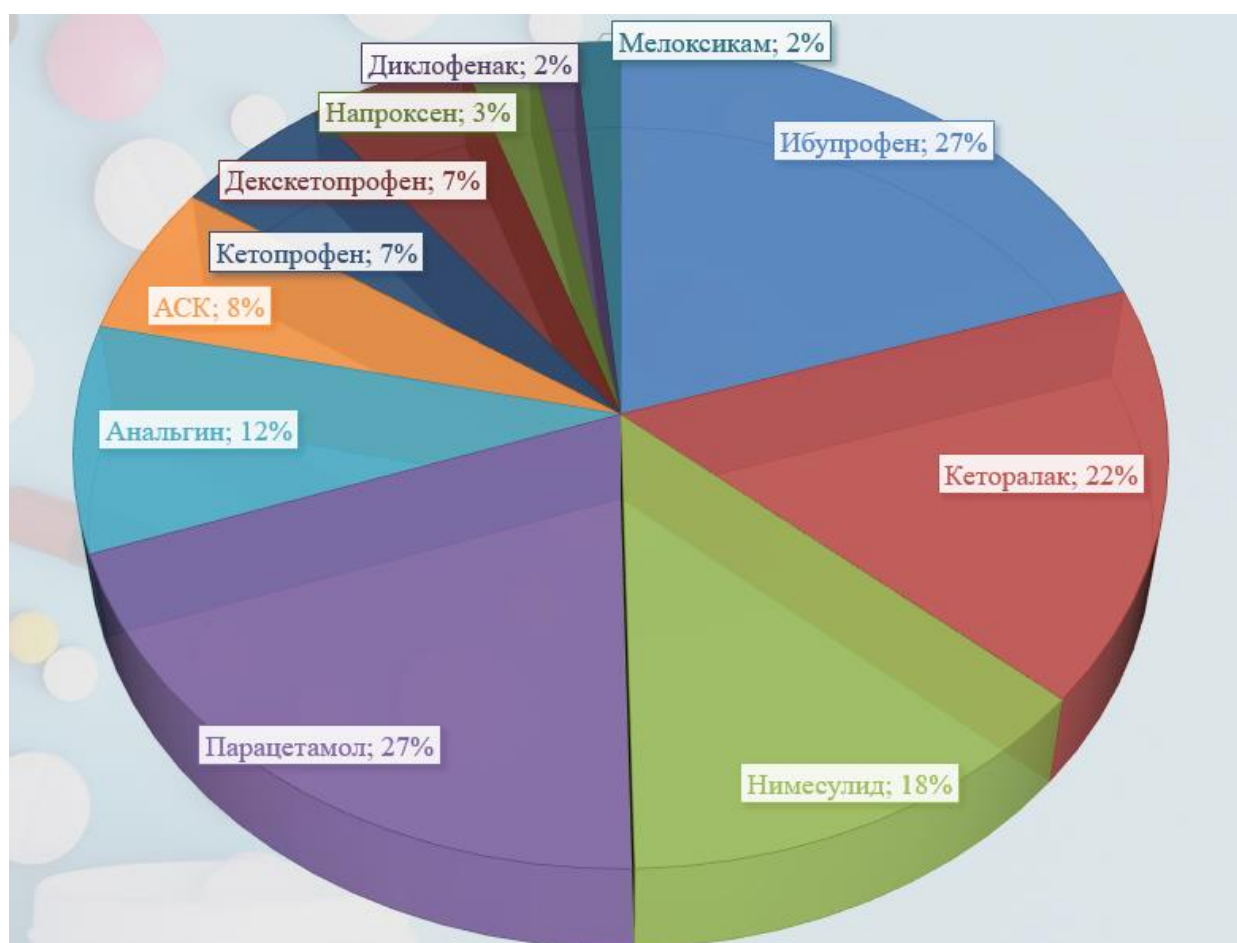


Рисунок 1 – Выбор ненаркотических анальгетиков респондентами

Как видно из рисунка 1, наиболее популярными ненаркотическими анальгетиками у респондентов являются ибупрофен (27 %), а также парацетамол и его содержащие препараты (27 %). Немного уступают лидерам кеторалак (22 %) и нимесулид (18 %). Анальгин и

содержащие его препараты выбрали 12 % опрошенных. 8 % респондентов предпочитают ацетилсалициловую кислоту и препараты, в которые она входит. Для 7 % анкетированных наиболее комфортно применение кетопрофена и декскетопрофена. Наименьшее количество опрошенных указали на использование в качестве ненаркотического анальгетика напроксена (3 %), диклофенака и мелоксикама (по 2 % респондентов).

Сравнительный анализ полученных данных со статистикой из литературных источников [6] показал лишь частичное совпадение: по результатам исследования, проведенного в 1999 году, наибольшей популярностью среди ненаркотических анальгетиков пользовался метамизол (78 % опрошенных), далее, значительно уступая, следовал парацетамол, АСК и диклофенак.

3. Подбор препарата врачом – необходимое условие для продуктивного лечения и минимизации побочных эффектов от лекарственных средств. Распределение анкетированных по способу назначения лекарственного препарата показано на рисунке 2.

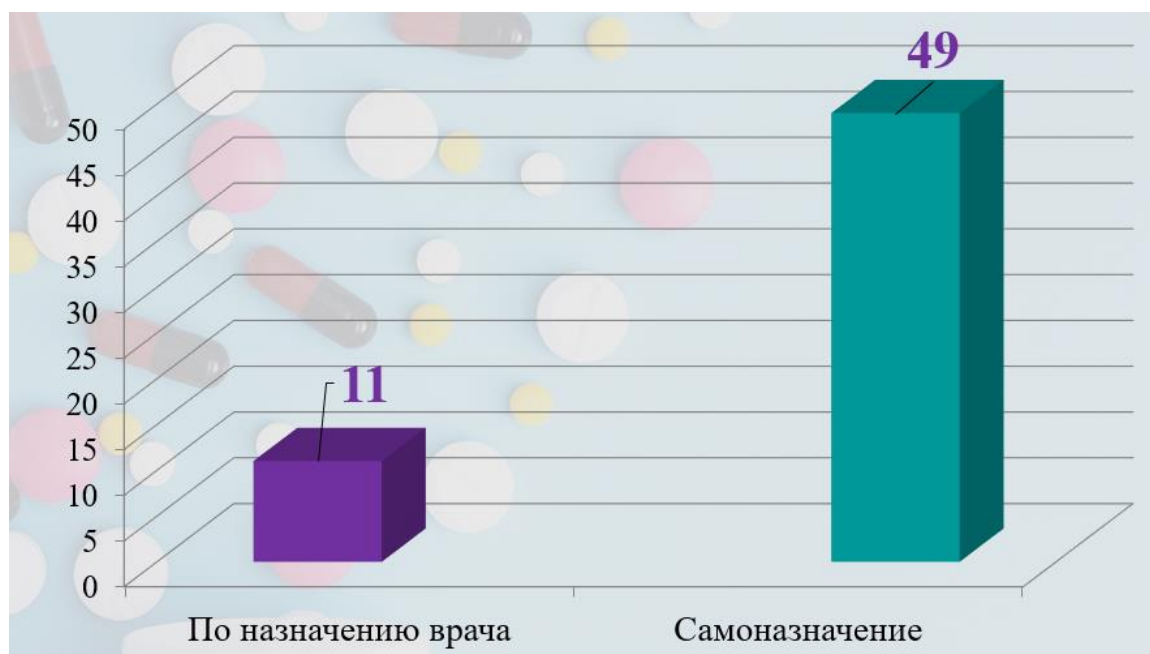


Рисунок 2 – Метод подбора принимаемого ненаркотического анальгетика

Как видно из рисунка 2, по назначению врача принимают НА всего лишь 18 % опрошенных (11 человек), остальные 82 % (49 человек) подобрали препарат самостоятельно при помощи рекламы, интернета, родственников.

4. Основными причинами для принятия НА анкетированными были указаны следующие

- головная боль (96 %),
- суставные боли (15 %),
- менструальные боли (7 %).

5. При анализе опроса мы выявили ошибки при самоназначении НА:

- длительное применение препарата дексалгин при предположительных «почечных болях» без дополнительных обследований и посещений специалистов (1 человек).
- частое использование препарат кеторолак, не обладающего противовоспалительным действием, при болях в спине (2 человека). При этом респонденты отметили, что боль купируется лишь временно, но замену препарата не проводят.

6. Анализ частоты приема показал,

- 15 % опрошенных (9 человек) принимают НА 5 и более дней каждый месяц;
- 10 % респондентов (6 человек) принимают НА не более 4-х раз в месяц;
- 75 % опрошенных принимают НА редко, только при необходимости купировать острую боль.

Таким образом, проведенное исследование еще раз подтвердило наличие проблемы бесконтрольного применения ненаркотических анальгетиков среди населения. Усугубляет данную ситуацию факт самостоятельного подбора лекарственного препарата без учета его особенностей, а также наличия возможных сопутствующих патологий у человека. Для решения данной проблемы необходимо проводить мероприятия по информированию населения, что возможно осуществлять через показ коротких видеороликов в социальных сетях, в учреждениях здравоохранения, в средствах массовой информации. Пример такого видеоролика был разработан авторами данного исследования.

Список использованных источников:

1. Табеева, Г.Р. Непростые простые анальгетики, или о чем надо помнить при выборе анальгетика/ [Электронный ресурс] / Г.Р. Табеева. – URL: https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/Neprostyle_prostyle_analygetiki_ili_o_chem_nado_pomnity_pri_vybore_analygetika/ (дата обращения 04.03.2024)
2. Matzke, G.R. Клинические последствия применения ненаркотических анальгетиков. [Электронный ресурс] / G.R. Matzke.– URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9034429/> (дата обращения 03.03.2024)
3. Кукес, В. Г. Клиническая фармакология и фармакотерапия: учебник / под ред. В. Г. Кукеса, А. К. Стародубцева, Е. В. Ших. - 4-е изд. ,перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 880 с.
4. Преферанская, Н.Г. О ненаркотических анальгетиках. [Электронный ресурс] / Н.Г. Преферанская.. – URL: <https://mosapteki.ru/material/o-nenarkoticheskix-analgetikaxantipiretikax-ch-1-10559> (дата обращения 01.03.2024)
5. Регистр лекарственных средств России. Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты. [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.rlsnet.ru/library/books/farmakologiya-pod-red-yu-f-krylova-i-v-m-bobyreva-moskva-1999/51-2.1.3.4.2.-nenarkoticheskie-analgetiki-i-nesteroidnye-protivovospalitelnye-preparaty> (дата обращения 02.03.2024)
6. В. Догузова. Каждый россиянин в прошлом году приобрел хотя бы одну упаковку НПВС. [Электронный ресурс]. – URL: <https://pharmvestnik.ru/content/articles/Kajdyi-rossiyanin-v-proshlom-godu-priobrel-hotya-by-odnu-upakovku-NPVS.html> (дата обращения 05.03.2024)

ИССЛЕДОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

Дембирель Артыш Дмитриевич

*Руководитель: Иргит Шолбана Чичин-ооловна,
ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж»*

Цель: Изучить индекс массы тела и рациональное питание

Задачи: 1. Ознакомиться с режимом питания 2. Рассчитать индекс массы тела и калории 3. Проанализировать данные и сделать выводы

Методы исследования: 1.Теоретический 2.Статистический

Я выбрал тему пищевой рацион, потому что она показалась мне интересной и актуальной в наше время. Организм человека истощен большим количеством негативной информации, электромагнитным излучением и неполноценным питанием, отсутствием витаминов и минеральных веществ. Потому необходимо придерживаться здорового питания. Оно даст возможность стабилизировать вес, поможет избавиться от заболеваний и предотвратить их развитие, будет содействовать восстановлению интеллектуальной и физической энергии. Правильное питание – это один из главных путей, который приведет нас к здоровью. А здоровье, в свою очередь, даст, прежде всего, хорошее самочувствие, а также прекрасный внешний вид и время для того, чтобы мы могли достичь тех целей, которые ставим перед собой в жизни.

Питание обеспечивает важнейшую функцию организма человека, поставляя ему энергию, необходимую для осуществления процессов жизнедеятельности. Обновление клеток и тканей также происходит благодаря поступлению в организм с пищей «пластических» веществ – белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных солей. Пища – источник образования ферментов, гормонов и других регуляторов обмена веществ в организме.

Первые шаги к правильному питанию.

Интерес к питанию и его влияние на здоровье человека существует уже долгое время. Однако первые серьезные научные исследования в этой области появились только в конце XIX – начале XX веков. Это был период, когда медицина начала все больше обращать внимание на связь между питанием и состоянием здоровья. Со временем понятие “правильное питание” начало эволюционировать под воздействием экономических и социальных факторов. Развитие промышленности и сельского хозяйства привело к увеличению разнообразия продуктов питания на рынке. Однако наряду с этим возникла проблема переизбытка и потребления некачественной пищи, что отрицательно сказывается на здоровье.

Рациональное питание - это питание, которое обеспечивает нормальную жизнедеятельность организма. Рациональное питание способно подарить нам здоровье, долголетие и красоту.

Основные типы питательных веществ, необходимых организму:

1. Углеводы - органические соединения, состоящие из углерода, водорода и кислорода. Они содержатся во всех пищевых продуктах, но особенно много их в крупах, фруктах и овощах.
2. Белки – высокомолекулярные органические соединения, состоящие из аминокислот. Главный составной компонент пищи. Необходим клетке для роста и восстановления своего строения. Белки делятся на две группы: полноценные (животные – молоко, мясо); неполноценные (растительные – пшеница).
3. Витамины - это органические химические соединения, необходимые организму для нормального роста, развития и обмена веществ. Витамины не относятся ни к углеводам, ни к белкам, ни к жирам. Они состоят из других химических элементов и не обеспечивают организм энергией. Необходимо употреблять витамины А, D, E, K, C, витамины группы B. Эти витамины содержат: морковь, яйца, творог, мясо, пшеница, растительное масло, морская капуста, лук, цитрусовые, красные фрукты.
4. Минеральные вещества - неорганические соединения, служащие структурными компонентами зубов, мышц, клеток крови и костей. Они необходимы для мышечного сокращения, свертывания крови. Минеральные вещества организм получает с пищей.
5. Вода - это один из наиболее важных компонентов организма, составляющий 2/3 его массы. Она служит растворителем питательных веществ и шлаков. Велика роль воды в регуляции температуры тела и поддержания кислотно-щелочного равновесия; вода участвует во всех протекающих в организме химических реакциях.

Неправильное питание значительно снижает защитные силы организма и работоспособность, нарушает процессы обмена веществ, ведет к преждевременному старению и может способствовать возникновению многих заболеваний, в том числе и инфекционного происхождения, так как ослабленный организм подвержен любому отрицательному воздействию.

Главные правила здорового и правильного питания

1. Сократить жиры.
2. Увеличить в рационе продукты, богатые насыщенными жирными кислотами, такими как Омега 3 (красная рыба, растительные масла, орехи).
3. Употреблять овощи, фрукты, сухофрукты.
4. Употреблять в пищу свежеприготовленные блюда.
5. Отказаться от чрезмерно соленых продуктов.
6. Каждый день употреблять свежие овощи и фрукты.

Наиболее благоприятно четырехразовое питание. При этом на завтрак приходится 25% энергоценности суточного рациона, на обед – 35%, на полдник (или второй завтрак) – 15%, на ужин – 25%.

В понятие режима питания входят кратность и время приема пищи в течение дня, распределение её по энергоценности и объёму. Режим питания зависит от распорядка дня, характера трудовой деятельности и климатических условий. Для нормального пищеварения большое значение имеет регулярность приёма пищи. Если человек принимает пищу всегда в одно и то же время, то у него вырабатывается рефлекс на выделение в это время желудочного сока и создаются условия для лучшего переваривания её. Необходимо, чтобы промежутки между приемами пищи не превышали 4-5 часов.

Сбалансированное питание - питание, характеризующееся оптимальным соотношением пищевых веществ. Как посчитать КБЖУ (калории, белки, жиры, углеводы)?

1 грамм белка содержит 4 калории, 1 грамм жира - 9 калорий и 1 грамм углеводов - 4 калории. Количество белка должно быть в пределах 30%. Жиров - 20%; углеводов - 50%.

Соотношение белков, жиров, углеводов: 0,3/0,2/0,5. Как посчитать количество употребленных калорий в день?

1. Женщины. При средней активности нормой являются следующие показатели:

- от 18 до 25 лет — до 2200 ккал;
- от 26 до 50 лет — около 2000 ккал;
- после 50 лет — 1800 ккал.

Норма калорий в сутки для женщин рассчитывается по формуле **Миффлина - Сан Жеора**:

$$10 * \text{вес (кг)} + 6,25 * \text{рост (см)} - 5 * \text{возраст (лет)} - 161$$

► $(10*58)+(6,25*177)-(5*24)+5=580+1106-120=1566*1,9=2975,4$ калорий мне надо при средней физ. нагрузке

Результат также необходимо умножить на коэффициент активности.

Незначительная физ.нагрузка 1,4-1,6

Легкая физ.нагрузка 1,6-1,9

Средняя физ.нагрузка 1,9-2,0

Выраженная физ.нагрузка 2,0-2,2

2. Мужчины. При средней активности нормой являются следующие показатели:

- от 18 до 30 лет — 2600-2800 ккал;
- от 31 до 50 лет — 2400-2600 ккал;
- после 50 лет — 1800 ккал.

Норма калорий в сутки для мужчин рассчитывается по формуле:

$$10 * \text{вес (кг)} + 6,25 * \text{высоту (см)} - 5 * \text{возраст (лет)} + 5$$

► $(10*58)+(6,25*177)-(5*24)+5=580+1106-120=1566*1,9=2975,4$ калорий мне надо при средней физ. нагрузке

Здесь также результат умножается на коэффициент активности.

Незначительная физ.нагрузка 1,4-1,6

Легкая физ.нагрузка 1,6-1,9

Средняя физ.нагрузка 1,9-2,0

Выраженная физ.нагрузка 2,0-2,2

Для рассчитывания калорий в современное время есть калькуляторы, они рассчитывают готовые блюда и отдельные продукты в режиме онлайн. Калькулятор станет незаменимым помощником для похудения и набора веса и поможет составить сбалансированный рацион.

Рисунок 1 – Калькулятор подсчета калорий

Продукт	Вес, г	Кал	Б	Ж	У
Каша Манная [Ма... x ▼	400	696.0	14.4	28.4	96.0
Хлеб [Vaasan] x ▼	70	148.4	10.5	3.4	15.4
Чай с молоком ил... x ▼	200	52.9	0.9	0.8	11.3
Яйцо [SPAR] x ▼	55	86.4	7.0	6.3	0.4
Введите название ... ▼	0	0.0	0.0	0.0	0.0
Итог:	725.0	983.7	32.8	38.9	123.1
Итог (на 100гр.):	100	135.7	4.5	5.4	17.0

Добавить продукт

Рисунок 2 – Результат опроса респондентов

№ студента	Режим питания	блюдо	масса	Содержание во взятом количестве продукта			калорийность
				белки	жиры	углеводы	
1. муж	завтрак	Каша манная, чай, хлеб	725гр	32,8	38,9	123,1	983,7
	обед	Пельмени, хлеб, компот, салат	550	38,7	17,1	105,9	744
	ужин	Рис с курицей, хлеб, чай с молоком, булочки	500	21,4	31,1	70,6	656,4
2. муж.	завтрак	Бутерброд с колбасой, чай	270	6,7	10,7	40,8	280,8
	обед	Пюре с тефтелем, компот, хлеб	400	19,2	18,5	55,8	472,7
	ужин	Пицца, кока кола, роллы	708	62,0	55,6	147,0	1371
3 жен.	завтрак	Не завтракал	-	-	-	-	-
	обед	Шаурма, сок	530,0	28,2	19,8	72,6	594
	ужин	Суп сырный, сок, хлеб	500	19,3	19,8	34,0	399,5

№ студента	Режим питания	блюдо	масса	Содержание во взятом количестве продукта			калорийность
				белки	жиры	углеводы	
4 жен.	завтрак	Каша овсянная, чай, хлеб	390гр	23,5	10,4	155,4	814,4
	обед	буузы, хлеб, сок	670	51,3	31,8	108,0	936,4
	ужин	Суп борщ, хлеб, чай с молоком	570	22,8	12,9	39,6	374,4
5 муж.	завтрак	Не завтракал	-	-	-	-	-
	обед	Рис, чай, хлеб	370	18,5	4,5	109,2	562,3
	ужин	Суп мясной, хлеб, чай	590	41,8	20,2	205,9	590,0
6 жен.	завтрак	Не завтракал	-	-	-	-	-
	обед	макаронны с рыбой, суп гороховый, компот, хлеб	860	54,1	19,6	199,6	1250
	ужин	Буузы, хлеб, чай	570	42,0	25,5	84,9	743

Результат опроса:

Студент 1 муж- 2384,1 калорий (норма)

Студент 2 муж- 2124,5 калорий (нехватка калорий для нормы)

Студент 3 жен- 993,5 калорий (нехватка калорий для нормы)

Студент 4 жен- 2125,2 калорий (норма)

Студент 5 жен- 1152,3 калорий (нехватка калорий для нормы)

Студент 6 муж- 1993 калорий (нехватка калорий для нормы)

Вывод: Из 6-ти студентов достаточно питаются и набирают норму калорий в сутки 2 студента.

Людам, не добирающим суточные калории, надо знать, что при дефиците калорий организм начинает использовать запасы энергии. Считается, что это приводит к расходу жировой массы и похудению. Однако при длительном дефиците калорий организм может начать снижать скорость метаболизма, чтобы экономить энергию. В результате способность сжигать калории ухудшается.

Также дефицит калорий, вызванный слишком жёсткими диетами, может привести к постоянному ощущению голода и перееданиям, когда человек попытается вернуться к более сбалансированному рациону. Кроме того, в условиях недостаточного поступления в организм продуктов (а вместе с ними - энергии), организм будет стремиться все ресурсы переработать именно в жир.

Индекс массы тела (ИМТ) - это величина, позволяющая вычислить соответствие веса человека его росту. Этот расчёт даёт возможность определить наличие чрезмерного веса или,

наоборот, его дефицит. Как посчитать индекс массы тела? Показатель индекса массы тела разработан бельгийским социологом и статистиком Адольфом Кетле в 1869 году:

$ИМТ = m/58/h^{1,77}$ (измеряется в кг/м²) $58:(1,77*1,77)=3,1$ $58:3,1=18,7$ норма,

где m - масса тела в килограммах, h - рост в метрах.

ИМТ меньше 18,5 - дефицит массы тела.

ИМТ в пределах от 18,5 до 25 - вес в норме. Вы потребляете достаточно калорий.

ИМТ от 25 до 30 - лишний вес. Срочно уменьшите порции и увеличьте физические нагрузки.

ИМТ более 30 - ожирение. Посоветуйтесь с врачом и немедленно измените свой рацион и займитесь подходящим для Вас видом спорта.

Индекс массы тела студентов-респондентов.

Студент №1 муж., рост 1,73, вес 68кг $68:(1,73*1,73)=23,4$ вес в норме

Студент №2 муж., рост 1,79, вес 90кг $90:(1,79*1,79)=28,1$ лишний вес

Студент №3 муж., рост 1,77, вес 58кг $58:(1,77*1,77)=18,7$ вес в норме

Студент №4 жен., рост 1,53, вес 53кг $53:(1,53*1,53)=23$ вес в норме

Студент №5 жен., рост 1,60, вес 45кг $45:(1,60*1,60)=18$ дефицит массы тела

Вывод

Благодаря этой работе я получил представление о режиме рационального питания, сбалансированного по составу белков, жиров, углеводов, определил роль питания в поддержании здоровья, изучил значение белков, жиров, углеводов, а также энергетическую ценность еды. Научился рассчитывать индекс массы тела, находить количество калорий.

Здоровое питание на каждый день – это реальный способ добиться фигуры своей мечты без вреда для здоровья. Наиболее правильным питанием будет то, которое подобрано индивидуально для человека с учетом его возраста, конституции, основных заболеваний и других факторов. Но для того, чтобы улучшить свое здоровье, хорошо себя чувствовать, сохранить молодость, красоту – необходимо задумываться над тем, что мы едим и интересоваться, что сделать, чтобы знать сегодня больше и быть лучше, чем вчера.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА В В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ

Дорофеева Полина Сергеевна

Кудашова Софья Евгеньевна

Руководитель: Гребенюк Наталья Ивановна

КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум»

Витамины (от лат. *vita* – жизнь) – это группа органических соединений химической природы, образующиеся в организме человека или поступающие с пищей в очень незначительных количествах, но абсолютно необходимые для нормального обмена веществ и жизнедеятельности.

По своему составу и механизму действия витамины отличаются большим разнообразием строения и биологической активностью.

В человеческом организме витамины практически не синтезируются или синтезируют в недостаточном количестве, поэтому они должны в достаточном количестве поступать в организм извне. Необходимо отметить, что, несмотря на то, что суточная потребность в витаминах невелика, при недостаточном их поступлении наступают характерные и опасные для человека патологические изменения.

Тема исследования является актуальной на сегодняшний день, так как витамин С играет в организме человека фундаментальную биохимическую и физиологическую роль. Витамин С укрепляет иммунную систему организма, повышает его сопротивляемость вирусным и бактериальным инфекциям, активно используется для профилактики этих болезней. Аскорбиновая кислота является злейшим врагом всех возбудителей болезней, паразитов и в первую очередь – свободных радикалов. Поскольку они несут человеку старость и, в конечном итоге, смерть, витамин С представляет собой лучшее средство для сохранения

жизненной силы.

Целью работы стало количественное определение витамина С в продуктах питания.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Описать историю открытия витамина С;
2. Рассмотреть его влияние на организм;
3. Перечислить признаки, по которым можно определить нехватку в организме витамина С;
4. Провести количественный анализ продуктов питания на содержание в них витамина С титриметрическим методом;
5. Обработать полученные результаты;
6. Сделать выводы.

Аскорбиновая кислота (витамин С) относится к водорастворимым витаминам. Это незаменимый для человека витамин; он не синтезируется в организме человека, а поступает только с пищей; в больших количествах в организме не накапливается.

За последние годы открыты новые грани участия витамина С в обмене веществ и поддержании здоровья человека. Предполагается, что этот витамин участвует в окислении и выведении из организма холестерина и тем самым играет важную роль в предупреждении нарушений липидного обмена, ведущих к развитию одного из наиболее грозных заболеваний человека – атеросклероза.

Он укрепляет соединительные ткани, разглаживает стенки сосудов, участвует во многих окислительно-восстановительных реакциях, а также в биосинтезе специальных белков соединительной ткани: коллагена и эластина – опорных компонентов хрящей, костей, стенок сосудов. Поддерживает коллоидное состояние межклеточного вещества и нормальную проницаемость капилляров.

Суточная потребность в витамине С составляет 100 мг.

О нехватке витамина С в организме могут свидетельствовать следующие признаки:

1. появление гематом без получения травмы;
2. медленное заживление ран и ссадин;
3. кровоточивость десен;
4. сухость кожных покровов;
5. ломкость ногтей;
6. выпадение волос;
7. снижение иммунитета, частые простуды;
8. боли в суставах;
9. быстрая утомляемость;
10. эмоциональная неустойчивость и подавленное настроение.

Аскорбиновой кислотой богаты овощи, фрукты, ягоды, зелень. Достоинство этих продуктов состоит еще и в том, что большинство из них можно потреблять в свежем виде, не подвергая термической обработке, которая разрушает витамин С.

Вопреки распространенному мнению, цитрусовые фрукты не являются лидерами по содержанию аскорбиновой кислоты — они лишь замыкают первую двадцатку.

Мы решили доказать это или опровергнуть экспериментальным путем.

Для анализа из фруктов взяли мандарин, апельсин, лимон и сладкий красный перец – из овощей, а также высушенные плоды лекарственных растений – малины, черной смородины, облепихи и два вида шиповника.

Количественное определение в исследуемых образцах проводили методом йодометрии.

Для высушенного лекарственного растительного сырья: на весах взвешивали 10 г сырья, измельчали в ступке, затем переносили в мерную колбу объемом 50мл, доводили объем водой очищенной до метки, перемешивали и фильтровали через складчатый бумажный фильтр.

Для фруктов: отмеряли 10 мл свежавыжатого сока.

Аликвоту исследуемых растворов (объем 10мл) помещали в колбу для титрования, в каждую приливали по 1мл раствора крахмала и проводили титрование раствором 0,1Н йода до

появления устойчивого темно-синего окрашивания, не исчезающего в течение 10-15с (йод окислил всю аскорбиновую кислоту).

Для получения более точных результатов титрование каждой пробы проводили три раза и для расчета содержания аскорбиновой кислоты в исследуемых пищевых продуктах использовали усредненное значение объема титранта.

Расчеты:

1) Расчет содержания аскорбиновой кислоты в пробах производили по формуле (без разведения):

$$X(C_6H_8O_6, \text{ в мг}) = \frac{C_m I_2 * M_{\text{экв}} C_6H_8O_6 * V I_2 \text{ ср} * V_{\text{общ}}}{V_a * 1000}$$

где

$X(C_6H_8O_6)$ – содержания аскорбиновой кислоты в пробе, мг;

$C_m(I_2)$ – молярная концентрация раствора иода (титрант), моль/л;

$V(I_2) \text{ ср}$ – среднее значение раствора иода (титрант), пошедшего на титрование, мл;

$V_{\text{общ}}$ – объем исследуемого продукта, мл;

V_a – объем пробы исследуемого продукта (аликвота), мл;

$M_{\text{экв}} C_6H_8O_6$ – молярная масса эквивалента аскорбиновой кислоты, г/моль.

$M_{\text{экв}} C_6H_8O_6 = M/2 = 176,124/2 = 88,062 \text{ г/моль}$.

2) Расчет содержания аскорбиновой кислоты в пробах производили по формуле (с разведением):

$$X(C_6H_8O_6, \text{ в мг}) = \frac{C_m I_2 * M_{\text{экв}} C_6H_8O_6 * V I_2 \text{ ср} * V_k}{a * V_a * 1000}$$

где

$X(C_6H_8O_6)$ – содержания аскорбиновой кислоты в пробе, мг;

$C_m(I_2)$ – молярная концентрация раствора иода (титрант), моль/л;

$V(I_2) \text{ ср}$ – среднее значение раствора иода (титрант), пошедшего на титрование, мл;

V_k – объем, в котором была растворена навеска, мл;

V_a – объем пробы исследуемого продукта (аликвота), мл;

a – навеска продукта, г;

$M_{\text{экв}} C_6H_8O_6$ – молярная масса эквивалента аскорбиновой кислоты, г/моль.

$M_{\text{экв}} C_6H_8O_6 = M/2 = 176,124/2 = 88,062 \text{ г/моль}$.

Расчеты результатов титрования отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты титрования

№ п / п	Наименование продукта питания	V_a , мл	$V(I_2)$, мл	$V(I_2)_{\text{ср}}$, мл	$C_m(I_2)$, моль/л	$m(C_6H_8O_6)$, мг в 100г продукта
Фрукты						
1	Свежевыжатый сок лимона	10	$V_1=1,35$ $V_2=1,45$ $V_3=1,40$	1,40	0,1	123,3
2	Свежевыжатый сок мандарина	10	$V_1=1,50$ $V_2=1,55$ $V_3=1,60$	1,55	0,1	136,5
3	Свежевыжатый сок апельсина	10	$V_1=1,35$ $V_2=1,25$ $V_3=1,30$	1,3	0,1	114,5
4	Свежевыжатый сок грейпфрута	10	$V_1=1,5$ $V_2=1,45$ $V_3=1,55$	1,5	0,1	132,1
5	Перец сладкий красный	10	$V_1=4,85$ $V_2=4,9$	4,9	0,1	431,5мг

			$V_3=4,95$			
Лекарственное растительное сырье						
1	Смородина черная	10	$V_1=0,50$ $V_2=0,60$ $V_3=0,55$	0,55	0,1	24,22
2	Облепиха	10	$V_1=1,1$ $V_2=1,05$ $V_3=1,15$	1,1	0,1	48,43
3	Малина	10	$V_1=1,1$ $V_2=1,0$ $V_3=1,05$	1,05	0,1	46,23
4	Шиповник майский	10	$V_1=1,35$ $V_2=1,40$ $V_3=1,30$	1,35	0,1	59,44
5	Шиповник собачий	10	$V_1=1,15$ $V_2=1,1$ $V_3=1,0$	1,1	0,1	48,43

Таким образом, методом йодометрического титрования можно определить содержание витамина С в различных продуктах. Мы исследовали свежевыжатые соки лимона, апельсина, мандарина, сладкого красного перца и отвары шиповника, облепихи, малины и черной смородины.

Конечно, полученные результаты достаточно приблизительны – хотя бы потому, что содержание витамина зависит от сорта растения, условий его роста и т.д. Однако, зная содержание аскорбиновой кислоты в различных продуктах можно ориентировочно определить, сколько аскорбиновой кислоты мы получаем в сутки. Ведь от этого зависит наше с вами здоровье.

По итогам нашей работы можно сделать вывод, что наибольшее количество витамина С содержится в свежих овощах и фруктах, особенно в красном перце, мандарине и лимоне, из высушенного лекарственного растительного сырья – в плодах шиповника, облепихи и малины.

Дефицит витамина С чаще наблюдается в осенне-зимний период. В некоторой степени это связано с изменением рациона питания, а также с высокой активностью вирусов, на борьбу с которыми организм расходует большое количество витамина.

Врачи часто для восполнения витамина С назначают поливитаминные препараты. Мы же доказали, чтобы удовлетворить суточную потребность организма в витамине С, необходимо употреблять в сутки примерно:

- 100 грамм лимона, апельсина мандарина или грейпфрута;
- 50 грамм сладкого красного перца;
- и отвары, приготовленные из:
- 50 грамм плодов черной смородины;
- 20 грамм плодов облепихи;
- 20 грамм плодов малины;
- 20 грамм плодов шиповника майского или собачьего.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Золотов Ю.А., Учебник для вузов. А. Золотов, Е. Н. Дорохова, Б. И. Фадеева и др. Под ред. Ю. А. Золотова. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Высш. ШК., 2004. 361 с.
2. Карпенко Л.Ю., Органическая химия : учебники для спо/Л. Ю. Карпенко, С. В. Васильева. Санкт-Петербург : Лань, 2024. 192 с.

3. Тюкавкина Н.А., Органическая химия: Учебник/А. П. Лузин, С. Э. Зурабян, 064 Н. А. Тюкавкина и др./Под ред. Н. А. Тюкавкиной. – 2-е изд. ,перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. - 512 с

4. Признаки дефицита витамина С [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://deficit.ru/medizina/>. – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 10.04.2025).

5. История развития витамина С [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.b17.ru/vitaminc/>. – Заглавие с экрана. – (Дата обращения: 27.04.2025)

ПОВЫШЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЧЕСОТКИ

Зуева Ольга Владимировна

Руководитель: Ронпельт Лилия Амировна

КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»

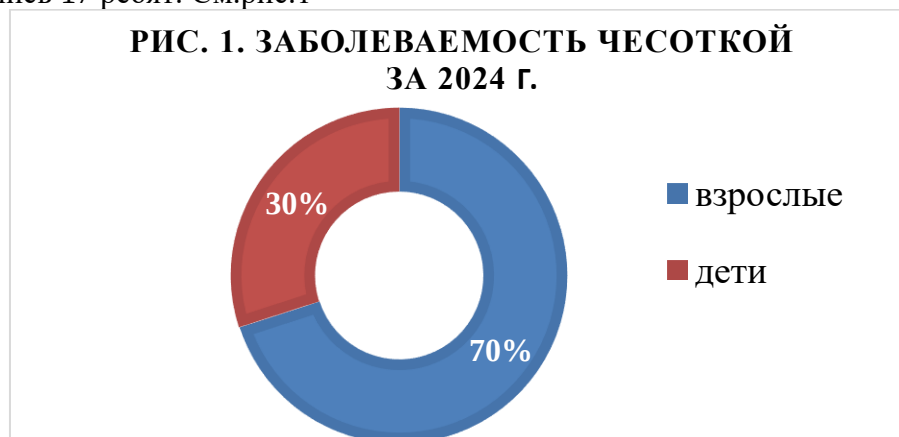
По данным Роспотребнадзора, за 10 месяцев 2024 года в Красноярском крае диагноз «чесотка» был установлен **98 жителям**, что на 19,3% больше, чем за аналогичный период прошлого года.

Мы выявили некоторые показатели:

-Чаще чесоткой болели взрослые — 70%.

-Среди заболевших было 30 детей, для сравнения: за аналогичный период 2023 года чесоткой заразились 17 ребят. См.рис.1

**РИС. 1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЧЕСОТКОЙ
ЗА 2024 Г.**



Больше всего случаев чесотки зарегистрировали в Красноярске — 43,9%, а также в Канске, Енисейске, Ачинске, Лесосибирске, Дивногорске, Назарове, Богучанском и Ужурском районах. [5]. По данным ВОЗ **По меньшей мере 200 миллионов человек в мире заражены чесоткой в любой момент времени.** Ежегодно ей заражается в общей сложности 400 миллионов человек. **По оценкам, 5–50% детей в районах с ограниченными ресурсами заражены чесоткой. В России заболеваемость чесоткой в последние годы составляет около 200 случаев на 100 тысяч населения.** Однако точные цифры не отражают реального состояния проблемы, так как многие люди не обращаются к врачу, а лечатся дома при помощи лекарств, продающихся без рецепта. **За 2022 год в Российской Федерации зарегистрировано 16 229 случаев заболевания чесоткой,** показатель заболеваемости в целом по стране составил 11,1 случаев на 100 тысяч населения (у детей до 17 лет — 20,8 случаев, у взрослых — 8,5).

Актуальность темы заключается в том, что вовремя проведенные профилактические мероприятия и информированность населения позволят снизить риски заболеваемости чесоткой.

Нами была поставлена цель – повысить уровень информированности среди населения в возрасте от 18 до 35 лет по профилактике заражения чесоткой.

Для реализации указанных целей были поставлены следующие задачи:

1. Изучить теоретический материал по теме проекта;
2. Составить анкету для выявления уровня знаний;
3. Разработать информационный материал (презентацию, буклет, анкету);
4. Провести информационное занятие и беседу с группой;
5. Провести повторное анкетирование, сделать выводы
6. Проанализировать результативность проведенной просветительской работы.

Согласно МКБ 10- чесотка В86. Чесотка - самое заразное кожное заболевание, вызываемое чесоточным клещом. Чесоточные клещи очень малы(0,3мм) и не различимы невооруженным глазом. Клещи питаются роговым эпидермисом кожи человека. Клещу необходимо около 15-30 мин для проникновения в кожу хозяина. Самка клеща проникает в роговой слой эпидермиса и прокладывает чесоточный ход, где откладывает яйца.

Основной путь заражения – тесный телесный контакт с больным. Заражение чесоткой возможно в общественных местах через дверные ручки, перила лестниц, телефонные трубки. В итоге создается эпидемический очаг и больной чесоткой заражает свое окружение бытового и профессионального характера. Заражение чесоткой может происходить при половых контактах, чаще происходит заражение мужчины от инфицированной женщины. Чесоточный клещ кратковременно может находиться на животных, поэтому заражение чесоткой от животных не исключено, хотя встречается крайне редко.

Возбудитель чесотки наиболее активен с сентября по декабрь, именно в это время диагностируют наибольшее количество вспышек чесотки. Активность в ночное время обуславливает высокий риск заражения внутри семьи, когда используется одна постель. Первично поражаются межпальцевые складки, зоны запястий и уже при развитии чесотки поражаются остальные участки тела, кроме волосистой части головы и области подмышек. [1] См.рис.2.

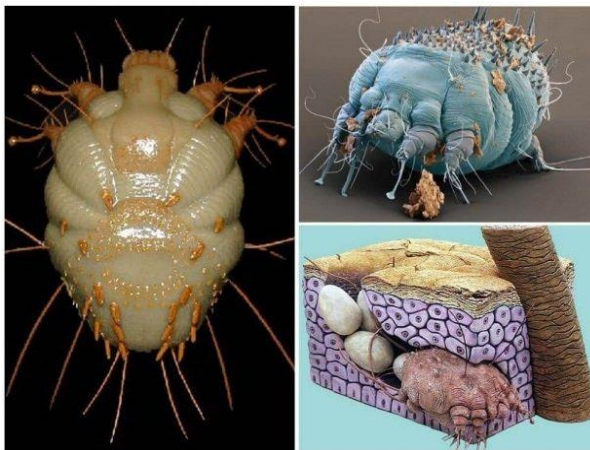
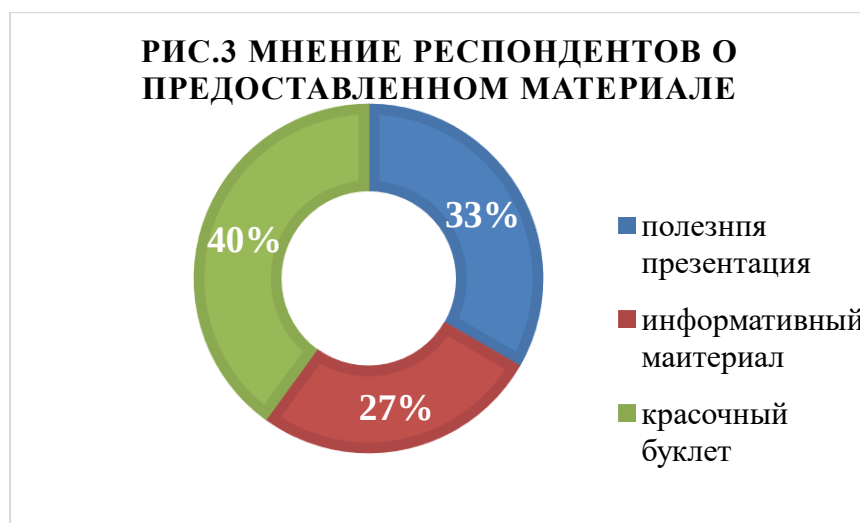


Рис.2 Чесоточный зудень

Инкубационный период чесотки от трех дней до двух недель, но при внимательном осмотре можно заметить места входа чесоточного клеща уже в первые дни после инфицирования. После того, как самки начинают активно откладывать яйца, клинические проявления чесотки нарастают. Отмечается нестерпимый зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время. На коже видны чесоточные ходы в виде линейных воспаленных участков, воспалительная реакция при чесотке объясняется еще и присутствием в слюне паразита химически активных веществ, поэтому в зоне поражения может наблюдаться аллергическая инфильтрация. Из-за сильного зуда, кожа мацерируется, на теле наблюдаются расчесы, иногда покрытые кровянистыми корочками. Клинические проявления чесотки зависят от активности жизнедеятельности клеща, от того, насколько соблюдается личная гигиена и от степени аллергизации организма к возбудителю.

Чесотка бывает различных форм: типичная, узловая, корковая, чесотка чистоплотных. Чесотка распространена среди всех социальных групп населения. Сезон наибольшей активности чесоточных клещей длится с апреля по октябрь. [2]

Нами были проведены просветительские занятия для целевой группы, на которых мы предоставили материал о том, что профилактика играет важную роль, и заключается в том, чтобы люди регулярно мыли руки, ежедневно принимали гигиенический душ и меняли нательное белье, пользовались только своими предметами обихода и личной гигиены, после стирки белье подвергали термической обработке путем тщательной глажки, новую одежду обязательно стирали. Также заключается в своевременной ликвидации эпидемических очагов, назначении превентивной терапии. Регулярный осмотр детей в дошкольных и учебных учреждениях и соблюдение личной гигиены существенно снижают риск, но не исключают инфицирование чесоткой. При обнаружении каких-либо симптомов сразу нужно обратиться к врачу. Нами был составлен буклет и проведен опрос о полезности материала. См. рис.3.



И в заключении чесоткой можно заразиться:

1. При прямом тесном контакте с больным.
2. Через одежду, постель или вещи, которыми пользовался больной.
3. В местах общественного пользования (бани, парикмахерские, общественный транспорт) при условии нарушения санитарного режима.

Профилактика чесотки:

1. Регулярно мойте руки.
2. Ежедневно принимайте душ и меняйте нательное белье.
3. Ежедневно меняйте постельное белье.
4. Новую одежду перед ношением обязательно нужно постирать.
5. После стирки все вещи подвергайте термической обработки, путем тщательной глажки.
6. Пользуйтесь только своими предметами личной гигиены (полотенца, расчески, мочалки).
7. Приобретенную верхнюю одежду обработайте паром или уберите в полиэтиленовый пакет и плотно завяжите (оставшись без воздуха, клещи погибнут через несколько дней).

Список литературы:

1. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В. 2019г.- 2изд Чесотка (дерматологический атлас).
2. Иванов И.И., Петров П.П. Чесотка: Современные подходы к диагностике и лечению. // Медицинский журнал. – 2020г- №3.
3. Захарова И.В. Лечение чесотки у детей: новые методы и препараты. // Дерматология и венерология 2020г. -Т20. - №1.

4. Клинические рекомендации 2024г.

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/a29/na26oqhtpr0grh06f62rxoorth9bkx8v.docx>

5. Статистика заболеваемости чесоткой в Красноярском крае за 2024г.

<https://24.rospotrebnadzor.ru/content/1525/168357/>

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ И НЕМОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Кондратова Виктория Викторовна

Руководитель: Макаревич Елена Евгеньевна

КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»

Артериальная гипертензия является одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний, которое приводит к значительным социально-экономическим последствиям и ухудшению качества жизни пациентов. Особое внимание уделяется профессиональным группам, подверженным повышенному риску развития артериальной гипертензии, среди которых медицинские сестры занимают важное место. Их работа связана с высоким уровнем стресса, ненормированным графиком и воздействием других факторов, способствующих развитию заболевания. Изучение модифицируемых и немодифицируемых факторов риска артериальной гипертензии у медицинских сестер позволяет разработать профилактические меры, направленные на снижение заболеваемости и улучшение состояния здоровья данной категории работников.

Актуальность исследовательской работы, обусловлена высокой распространенностью артериальной гипертензии среди медицинских работников, в частности медицинских сестер, чья профессиональная деятельность связана с постоянным эмоциональным и физическим напряжением. Выявление факторов риска, особенно модифицируемых, позволяет разработать эффективные программы профилактики и коррекции, что способствует снижению заболеваемости и улучшению качества жизни медицинских сестер. На примере КГБУЗ «Павловская ЦРБ» данное исследование приобретает практическую значимость, так как позволяет оценить ситуацию на локальном уровне и предложить конкретные меры для улучшения состояния здоровья сотрудников.

Цель исследования: выявление модифицируемых и немодифицируемых факторов риска развития артериальной гипертензии у медицинских сестёр, на примере КГБУЗ «Павловская ЦРБ».

Задачи исследования:

1. Провести анализ научной литературы по проблеме артериальной гипертензии и факторов риска ее развития.
2. Выявить модифицируемые и немодифицируемые факторы риска артериальной гипертензии у медицинских сестер.
3. Изучить распространенность артериальной гипертензии среди медицинских сестер.
4. Оценить влияние профессиональной деятельности на развитие артериальной гипертензии через анкетирование медицинских сестёр в «Павловской ЦРБ» терапевтического отделения.
5. Разработать буклет для снижения риска развития артериальной гипертензии среди медицинских сестер.

Объект исследования: артериальная гипертензия.

Предмет исследования: модифицируемые и немодифицируемые факторы риска артериальной гипертензии.

Артериальная гипертензия — это хроническое заболевание, характеризующееся стойким повышением артериального давления выше нормальных значений. В клинической практике диагноз артериальная гипертензия устанавливается, если систолическое артериальное давление составляет больше или равно 140 мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление больше или равно 90 мм рт. ст. при условии, что эти значения

получены в результате не менее чем двух измерений в разные дни.

По данным регионального Министерства здравоохранения и научных исследований, проведенных на базе медицинских учреждений Алтайского края, распространенность артериальной гипертензии среди медицинских сестер превышает среднепопуляционные показатели. Согласно статистике, за последние 5 лет:

- Общая заболеваемость артериальной гипертензии среди медработников в регионе составляет ~35-40%, тогда как среди медицинских сестер этот показатель достигает 42-45% (для сравнения: в общей популяции взрослого населения Алтайского края – около 30-32%).

- Возрастная динамика: наибольшая частота случаев артериальной гипертензии отмечается у медицинских сестер старше 40 лет (до 55%), однако в последние годы наблюдается рост заболеваемости среди молодых специалистов (25–35 лет) – до 20-25%.

- Гендерные различия: поскольку профессия медицинской сестры в России преимущественно женская, статистика отражает высокую распространенность артериальной гипертензии среди женщин (до 90% случаев от общего числа).

Медицинские сестры, как представители профессии с высоким уровнем стресса и физической нагрузки, подвержены уникальным факторам риска развития артериальной гипертензии. Эти факторы можно разделить на профессиональные и личностные, а также на немодифицируемые и модифицируемые.

Немодифицируемые факторы риска у медицинских сестер

1. Возраст:

- С возрастом риск развития артериальной гипертензии увеличивается. У медицинских сестер, особенно работающих в напряженных условиях, это может происходить раньше из-за хронического стресса.

2. Пол:

- Большинство медицинских сестер — женщины, что делает их более уязвимыми к развитию артериальной гипертензии после менопаузы.

3. Наследственность:

- Наличие артериальной гипертензии у близких родственников повышает риск развития заболевания, независимо от профессии.

Модифицируемые факторы риска у медицинских сестер

1. Профессиональные факторы:

- Хронический стресс:

- Медицинские сестры часто сталкиваются с эмоциональными перегрузками, связанными с ответственностью за жизнь и здоровье пациентов, конфликтами в коллективе, нехваткой времени и высокой рабочей нагрузкой.

- Стресс способствует повышению уровня кортизола и адреналина, что приводит к спазму сосудов и повышению артериального давления.

- Ненормированный график работы:

- Ночные смены и работа в режиме "сутки через трое" нарушают циркадные ритмы, что может привести к развитию артериальной гипертензии.

- Недостаток сна и хроническая усталость также повышают риск.

- Физическое напряжение:

- Постоянное перемещение пациентов, длительное стояние на ногах и другие физические нагрузки могут способствовать усталости и повышению артериального давления.

- Воздействие вредных факторов:

- Контакт с химическими веществами, лекарствами и инфекциями может косвенно влиять на сердечно-сосудистую систему.

2. Личностные факторы:

- Нездоровое питание:

- Нерегулярное питание, перекусы "на бегу", употребление фастфуда и высококалорийной пищи.

- Недостаток времени для приготовления здоровой еды.

- Малоподвижный образ жизни:
 - Несмотря на физическую нагрузку на работе, у медицинских сестер часто отсутствует время для регулярных занятий спортом.
- Курение и употребление алкоголя:
 - Некоторые медицинские сестры могут использовать курение или алкоголь как способ справиться со стрессом.
- Недостаток сна:
 - Ночные смены и высокий уровень ответственности часто приводят к недосыпанию, что негативно влияет на сердечно-сосудистую систему.
- Эмоциональное выгорание:
 - Хроническая усталость, чувство опустошенности и снижение мотивации могут способствовать развитию артериальной гипертензии.

Исследования, проведенные в лечебных учреждениях Алтайского края (Барнаул, Бийск, Рубцовск), выделяют ключевые профессиональные детерминанты артериальной гипертензии у медицинских сестер:

1. Психосоциальные факторы:
 - Работа в условиях дефицита времени и высокой ответственности.
 - Ночные смены и посуточные дежурства (нарушение циркадных ритмов).
 - Эмоциональное выгорание (по данным опросов, 60% медсестер испытывают хронический стресс).
2. Физические перегрузки:
 - Длительное пребывание на ногах (80% респондентов отмечают статическую нагрузку).
 - Недостаток физической активности вне работы (менее 30% занимаются профилактикой).

В сравнение с другими регионами показатели Алтайского края близки к данным по Сибирскому федеральному округу, где уровень артериальной гипертензии среди медработников также выше среднего по России. Однако в промышленно развитых регионах (например, Кемеровская область) цифры достигают 50% из-за более тяжелых условий труда.

Для достижения поставленной цели было проведено анонимное анкетирование, в котором приняли участие 8 медицинских сестер терапевтического отделения КГБУЗ «Павловской ЦРБ». Настоящее исследование было посвящено изучению модифицируемых и немодифицируемых факторов риска артериальной гипертензии у медицинских сестер с целью разработки профилактических рекомендаций. В ходе работы были получены важные данные о состоянии здоровья и профессиональных рисках среднего медицинского персонала.

Результаты анкетирования показали, что у медицинских сестер терапевтического отделения имеются, как модифицируемые, так и немодифицируемые факторы риска.

1. Немодифицируемые факторы риска
 - Генетическая предрасположенность: у 87,5% опрошенных медсестер имеются родственники с заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной систем и почек, что подтверждает значимость наследственного фактора в развитии артериальной гипертензии.
 - Возраст и пол: Все респонденты – женщины, причем 75% находятся в возрасте 46–55 лет, что совпадает с периодом менопаузы, повышающим риск артериальной гипертензии из-за гормональных изменений.
2. Модифицируемые факторы риска
 - Избыточная масса тела: у 62,5% обследованных выявлено ожирение или предожирение, что является ключевым модифицируемым фактором артериальной гипертензии.
 - Нерациональное питание: 50% медсестер регулярно употребляют продукты с высоким содержанием соли, сахара и жиров, способствуя развитию гипертензии и атеросклероза.
 - Курение: 25% респондентов курят регулярно, что увеличивает риск поражения сосудов.

- Стресс: 62,5% испытывают стресс почти ежедневно из-за высокой нагрузки, что провоцирует повышение артериального давления.
- Недостаток сна: 62,5% спят менее 7 часов в сутки, что нарушает регуляцию артериального давления.

- Ненормированный график работы: 75% работают по смешанному графику, что приводит к нарушению циркадных ритмов и хронической усталости.

3. Профессиональные риски

- Длительный стаж работы (75% – более 10 лет) сочетается с высоким уровнем стресса, что повышает риск эмоционального выгорания и гипертензии.

- Несмотря на высокую физическую активность (87,5%), обусловленную профессиональной деятельностью, наличие других факторов (ожирение, курение, стресс) нивелирует этот защитный эффект.

Проведенное исследование подтвердило значительное влияние как немодифицируемых (наследственность, возраст), так и модифицируемых факторов (ожирение, стресс, курение, питание) на развитие артериальной гипертензии у медицинских сестер.

Именно поэтому была проведена профилактическая работа, которая включала в себя буклет, который был размещён на посту у медицинских сестёр. В течение трёх суток все медицинские сестры были ознакомлены с данной профилактической программой и затем, нами было произведено наблюдение длительностью в две недели за медицинскими сестрами в их профессиональной деятельности, а также проводилось измерение артериального давления в начале и в конце рабочего дня. Даже за две недели, в столь короткий срок, профилактическая программа могла улучшить знания, самоконтроль и поведение медсестер в отношении артериальной гипертензии. Это положительно сказалось не только на их здоровье, но и на качестве работы с пациентами.

Таким образом, данная работа имеет практическую значимость для системы здравоохранения, поскольку способствует сохранению профессионального здоровья медицинских сестер и повышению качества оказываемой ими помощи.

Список использованных источников

1. Артериальная гипертензия: современные подходы к диагностике и лечению. *Кардиология*, 2021. Кобалава Ж.Д., Виллевальде С.В.

2. Влияние распространенных факторов риска на здоровье медицинских сестер. Достанова Ж.А., Шаштыгарина Д.М., Кунай А.М., Хамит А.А., Курганбекова М.Б., Ермуханова Л.С., Турдалина К.Б., Куспангалиева Г.С., 2023.

3. Генетические аспекты артериальной гипертензии: современные данные. *Кардиология*, 2022. Кобалава Ж.Д., Виллевальде С.В.

4. Эпидемиология артериальной гипертензии в России: современные данные. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2023. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.

5. <https://www.medicina.ru/patsientam/zabolevanija/gipertonija/>

6. <https://hr-media.ru/osobennosti-raboty-medsestroy/>

7. <https://panangin.ru/about-heart/arterialnaya-gipertenziya-stadii-i-riski/>

8. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HYP.0000000000000065>

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОЙ И МОЛОДЕЖНОЙ ПСИХОСОМАТИКИ

Котыляк Елена Николаевна

*Руководитель: Бабина Светлана Петровна
КГБПОУ «Ачинский медицинский техникум»*

Актуальность исследований молодёжной психосоматики обусловлена значительным ростом в общей популяции числа психосоматических заболеваний. Медикосоциальная

проблема ПСР среди молодёжи в недостаточной эффективности традиционно применяемых методов терапии в данном возрасте, что приводит к раннему выраженному нарушению качества жизни, социальной дезадаптации, развитию осложнений, хронизации ПСР, разного рода зависимостям, нетрудоспособности и инвалидности по соматическому заболеванию.

Объект исследования: соматические заболевания молодёжи, возникающие на фоне психологической неустойчивости личности.

Предмет исследования: физиологические особенности подростковой и молодежной психосоматики.

Цель исследования: изучение физиологических особенностей психосоматических расстройств молодёжи и методов их профилактики.

В соответствии с целью в исследовании были поставлены следующие задачи:

1. Охарактеризовать и классифицировать психосоматические заболевания;
2. Рассмотреть физиологические особенности психосоматических заболеваний;
3. Проанализировать клиническую картину психосоматического заболевания;
4. Провести диагностику психосоматических заболеваний у молодёжи на основе психологических методов, в том числе опроса по Леонгарду – Шмишеку и Гиссенского опросника;
5. Определить методы профилактики психосоматических заболеваний у молодёжи.

Гипотеза исследования: информированность молодёжи о физиологической сущности психосоматических расстройств и методах профилактики может способствовать более внимательному отношению к собственному психическому здоровью.

Методы исследования:

1. Библиографический метод;
2. Статистический метод;
3. Эмпирический метод, который включает в себя диагностическую беседу, наблюдение, Гиссенский опросник психосоматических жалоб Е. Брюклера и ДЖ. Снерома, опросник определения акцентуаций характера Леонгарда – Шмишека.

Физиологической основой ПСР является деятельность ряда мозговых структур, влияющих на работоспособность органов и систем:

1. Нейровегетативный дисбаланс - нарушение работы ВНС и парасимпатической иннервации внутренних органов.
2. Выраженная стимуляция симпатической НС- учащение ЧСС, повышение АД, сужение артерий, ослабление перистальтики желудка, кишечника, секреции желез, расслабление бронхов и т.д.
3. Активация работы надпочечников - изменение гормонального состава организма.
4. Изменения в иммунной системе. [5]

Одним из первых и основных таких ударов на организм приходится, как правило, на момент полового созревания и не утрачивает своего влияния до выработки защитных механизмов психики. Формирование личностной зрелости – это длительный, сложный и динамичный процесс, который характеризуется своими особенностями. Общей чертой молодёжи, является переменчивость настроения, неожиданные переходы от радости к грусти, неудовлетворенность своим физическим состоянием, обидчивость, что также можно ассоциировать с трудностями функционирования сердца, легких, кровоснабжении головного мозга. [7]

Подростковый возраст - это критический период, в который примеряются и приобретаются модели поведения, направленные на создание какого либо образа. [9] Молодые люди копируют поведение и черты внешности значимых для них взрослых или старших сверстников, притом они не всегда способны отличить что «плохо», а что нет. Неблагоприятные условия развития провоцируют отклонения в формировании его личности, в частности появляются акцентуации характера.

В психологии выделяются следующие типы:

1. Гипертимный – личности со склонностью к повышенному настроению;
2. Застревающий – со склонностью к «застреванию аффекта» и бредовым реакциям;

3. Эмотивный, аффективно лабильный;
4. Педантичный, с преобладанием черт ригидности, педантизма;
5. Тревожный;
6. Циклотимный, со склонностью к депрессивному реагированию;
7. Демонстративный, с истерическими чертами характера;
8. Возбудимый, со склонностью к повышенной, импульсивной реактивности в сфере влечений;
9. Дистимный, с наклонностью к расстройствам настроения;
10. Экзальтированный, склонные к аффективной экзальтации. [8]

Предпосылкой расположенности к психосоматическим расстройствам является подростковый возраст. К его завершению молодые люди должны начать мыслить рационально, обрести эмоциональную стабильность и настоящую, а не мнимую независимость. Часто из-за того, что психика не успевает сформироваться гармонично, у них вырабатывается повышенная тревожность на более зрелых возрастных этапах. [7]

Психосоматическая медицина различает три группы расстройств. К первой группе расстройств относятся психосоматозы, в основе которых лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с патологическими изменениями в органах. Вторую группу составляют конверсионные симптомы, которые заключаются в том, что человек начинает демонстрировать болезненные симптомы, которых объективно нет. Эти проявления затрагивают произвольную моторику и органы чувств (истерический паралич, ползание мурашек, психогенная слепота и глухота, болевые феномены). Третью группу составляют относительно изолированные функциональные нарушения отдельных органов (кардионевроз, синдром гипервентиляции, раздражённого кишечника). [6]

Стрессовые состояния, беспокойство, семейные, социальные и учебные проблемы влияют на психофизиологическое состояние молодых людей, что нередко выражается в расстройствах сна, приема пищи — такими, как нервная анорексия и булимия, развитии депрессии, головных болей, болей в животе, энуреза, лунатизма, а также приводит к целому ряду заболеваний.

Проявления эмоционального напряжения условно можно разделить на 3 группы: Первая - Преневротические (нарушения сна, тики, враждебное отношение к окружающим, безучастность, беспричинный плач, трудности в разговорной речи); Вторая - Вегетодистонические (потливость, головные боли, одышка, обмороки, повторные боли в различных частях тела); Третья - Соматические (повышенная жажда, нарушение аппетита (повышение или понижение), рвота после еды, эпизодический кожный зуд). [9]

Группа «классических психосоматических заболеваний», включает в себя гипертонию, язву желудка и 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, астму, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, нейродермит с псориазом.

Суть диагностической беседы заключается в сборе психосоматического анамнеза, который позволяет сопоставить соматическое проявление заболевания с психологическими изменениями. Очень важно определить временную связь между началом «телесных» проявлений и «душевных», чтобы в дальнейшей беседе с пациентом прояснить ему значимость негативных событий в его жизни и их проявление в виде заболевания. В процессе беседы фельдшер должен выяснить у пациента условия развития в детстве, конфликты в процессе становления его личности, социализации.

Существует общепринятая структура беседы [2], которая содержит:

1. Сбор соматических жалоб, основных проявлений;
2. Точное время появления жалоб;
3. Жизненная ситуация к моменту начала жалоб, включая переутомления на учёбе, неконтролируемые приступы агрессии, апатию и т.д.;
4. Ретроспективное наблюдение (детство, отношения с родителями, сверстниками, учителями, преподавателями);
5. Формирование личностной картины и её внешних и внутренних конфликтов.

Для исследования была сформирована экспериментальная группа смешанных категорий - это учащиеся 9-10 классов школы №17, приходящих на ознакомление с техникумом, (18 человек) и студентов АМТ 1 курсов (14 человек) - всего 32 человека. По результатам беседы независимо от категорий (школьник\ студент) у 15 респондентов были обнаружены предпосылки к психосоматическим расстройствам и низкий уровень осведомленности (9%).

Далее исследование проводилось в виде психологического тестирования с «группой риска» (15 человек). Это методы стандартизированного опроса, направленного на измерение индивидуальных свойств и качеств личности (психофизиологических и личностных характеристик, способностей, знаний и навыков, состояний). Диагностический материал представлен в виде 2 опросников: Гиссенского опроса психосоматических жалоб (для определения симптоматики) [10] и опросника Леонгарда – Шмишека (выявление акцентуаций характера) [8].

С целью изучения психосоматических жалоб был использован Гиссенский опросник, разработанный в 1967 году психологами Е. Брюхлером и Дж. Снером. [10] Он сочетает в себе 4 шкалы, которые объединяют между собой среднее сочетание физиологических недугований:

1. Истощение – характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую потерю жизненной энергии и потребность пациента в помощи;
2. Желудочные жалобы – отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недугований (эпигастральный синдром);
3. Ревматический фактор – выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер;
4. Сердечные жалобы – указывает, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно - сосудистой сфере.

На рисунке 1 представлены результаты данной методики, на их основании сделан вывод о наличии физиологических недугований у молодых людей.

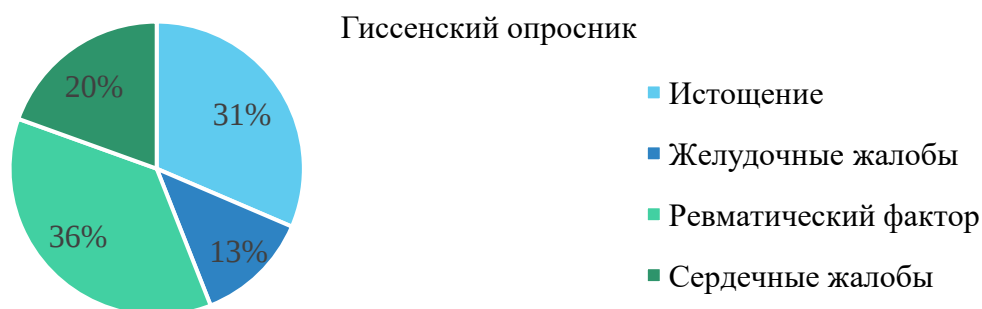


Рисунок 1 - Группы психосоматических жалоб

Психосоматические жалобы в наибольшем проценте содержат «ревматический фактор» (36%) и «истощение» (31%). Насколько данные жалобы указывают на наличие психосоматического расстройства, показывает скрининг жалоб по каждому респонденту. Нормальным уровнем общей интенсивности является менее 10 жалоб из 24. Суммарный показатель ответов выявил у 8 респондентов (1/2 опрошенных) повышенный уровень интенсивности (от 11 до 20 баллов).

С целью изучения взаимосвязи личностных характеристик с психосоматическими жалобами и причин ПСР проведена диагностика акцентуаций характера. Обучающимся был предложен тест Леонгарда – Шмишека, состоящий из 82 вопросов. На рисунке 2 представлены результаты распределения обучающихся по типам.

Тест Леонгарда -Шмишека



Рисунок 2 – Типы акцентуаций характера

Среди акцентуаций были выявлены следующие:

1. Застревающий тип – 7 % (1 человек);
2. Тревожный тип – 47 % (7 человек);
3. Педантичный тип – 13 % (2 человека);
4. Дистимный тип – 20 % (3 человека);
5. Возбудимый тип – 13 % (2 человека).

Таким образом, данный анализ подтверждает, что обучающиеся имеют в большей степени выраженные акцентуации, проявляющиеся в таких клинических симптомах, как тревожность, стресс, высокая возбудимость, неспособность справиться с травмирующим опытом, обидчивость, и как следствие, могут быть подвержены психосоматическим заболеваниям. Для их исключения сформированы основные принципы профилактики [2], предложены основные способы саморегуляции и оформлены в буклет:

1. Благоприятная атмосфера в семье и на учёбе (ситуация успеха);
2. Адекватная самооценка, вера в себя, несмотря на неудачи (работа в группе);
3. Объективная оценка происходящего (работа с восприятием);
4. Умение преодолевать трудности (групповая работа);
5. Гибкость в поведении;
6. Оптимизм;
7. Открытые межличностные взаимоотношения;
8. Широкий круг интересов;
9. Здоровый сон;
10. Систематические физические нагрузки.

Доказано, что при проработке отдельных черт характера человек в силах предупредить психосоматические проявления на любом этапе своей жизни.

В результате повторного опроса выявлен высокий уровень информированности обучающихся (100%) и озвучена мотивация следовать полученным рекомендациям (89%).

Резюмируя выше сказанное, можно утверждать, что психосоматические заболевания представляют собой психические расстройства, проявляющиеся на физиологическом уровне, физиологические расстройства, проявляющиеся на психическом уровне, или физиологические патологии, развивающиеся под влиянием психогенных факторов. Причинами их возникновения могут послужить сильные переживания, стрессы, длительное нахождение подростка в отрицательной психологической обстановке и т.п.

Особенностями данной группы заболеваний является сложность патогенеза, малоструктурированная клиника, сочетания различных симптомокомплексов, никогда не встречающихся при одном и том же заболевании, и особая динамика, видоизменение, нарастание симптомов под влиянием новой информации. Также усложняет диагностику непростой возраст пациентов, который является труднейшим кризисным периодом в жизни человека, сопровождающимся как физиологической и физической, так и психологической перестройкой организма.

Диагностика психосоматических заболеваний базируется на диагностических беседах и психологическом тестировании, профилактика заключается в повышении

стрессоустойчивости организма, умении находить выход из конфликтных, кризисных ситуаций и своевременном обращении к специалистам. Важно не допускать эмоциональных перегрузок у подростка: он должен не накапливать в себе негативные эмоции, соблюдать режим труда и отдыха, не игнорировать занятия спортом.

Информированность молодёжи о физиологической сущности психосоматических расстройств и методах профилактики может способствовать более внимательному отношению к собственному психическому здоровью.

Список использованных источников

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. N 566н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения".
2. Мельник Е.В. Психосоматические заболевания: факторы риска, выявление, профилактика: учебное пособие /Мельник. Е.В.//Челябинск: Активист, 2021. – 123 с.
3. Смоляникова Н.В. Анатомия и физиология человека: учебник\ Н.В.Смоляникова Е.Ф. Фалина, В.А.Сагун.- 3-е изд., перераб. и доп.- Москва: ГЭОТАР Медиа, 2020-560с: ил
4. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике/ Смулевич А.Б.//Москва: «МЕДпресс - информ». – 2020, С.699.
5. Собенникова В.С. Психосоматика/ Собенникова В.С., Белялов Ф.И//Иркутск: Издательство ИГУ. – 2020, С. 160.
6. Узеиров А.А. Психосоматические расстройства: учебно-методическое пособие / А.А. Узеиров; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, колледж. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2019. – 27 с.
7. Особенности развития личности в подростковом возрасте// Электронный ресурс. Режим доступа: https://studwood.net/1670206/pedagogika/osobennosti_razvitiya_lichnosti_mladshem_podrostkovom_vozraste
8. Опросник Шмишека. Акцентуации характера// Электронный ресурс. Режим доступа: <https://psylist.net/praktikum/ophmi.htm>
9. Клинические проявления психосоматических расстройств у детей и подростков// Электронный ресурс. Режим доступа: <https://studfile.net/preview/8981506/>
10. Гиссенский опросник// Электронный ресурс. Режим доступа: <https://psylist.net/praktikum/00088.htm>

ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН НА ЗАНЯТИЯХ В ШКОЛЕ МАТЕРИНСТВА

Линова Полина Сергеевна

Руководитель: Белова Елена Леонидовна

КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»

Беременность и роды - это один из самых важных и сложных периодов в жизни женщины. Для первородящих женщин этот период может быть особенно напряженным и требовать дополнительной поддержки и понимания. Школы материнства являются одним из ключевых инструментов подготовки будущих матерей к предстоящему родительству.

Однако, помимо физиологических и медицинских аспектов, важно обратить внимание на психологическое и эмоциональное состояние женщин во время беременности и после рождения ребенка. Именно этот аспект исследования фокусируется на рассмотрении особенностей психоэмоционального состояния первородящих женщин, находящихся в процессе обучения в школе материнства.

Целью данного исследования является изучить динамику эмоционального состояния первородящих женщин на занятиях в школе материнства.

Результаты данного исследования могут способствовать улучшению программ

обучения для будущих матерей и повышению качества поддержки, предоставляемой им во время беременности и после рождения ребенка.

Первородящие в возрасте, как правило, имеют более сформированную личность, опыт и устоявшиеся привычки, чем их молодые коллеги. Появление ребенка в жизни женщины в зрелом возрасте часто сопровождается тревогой, страхами и переживаниями, связанными с новыми вызовами материнства.

Основные особенности эмоциональных состояний первородящих включают более выраженную тревожность, ощущение ответственности и заботы, а также чувство неуверенности в своих силах как будущей матери.

Эмоциональные состояния первородящих женщин, находящихся в школе материнства, имеют свои особенности и могут оказывать влияние на самочувствие и взаимодействие с окружающими. В данной работе рассмотрим основные аспекты эмоциональных состояний первородящих в школе материнства.

Актуальность исследования особенностей эмоциональных состояний первородящих в школе материнства является актуальным в свете изменяющихся демографических и социокультурных тенденций. По данным Красноярскстата, в 2022 году в Красноярском крае 37,4% от общего числа новорожденных появились у мам впервые. Средний возраст матерей при рождении – 28,5 года. Наибольшая доля приходилась на 30-34 года (27,8%), 25-29 лет (26%) и 20-24 года (19,3%). Понимание эмоциональных особенностей будущих мам позволит разработать более целесообразные программы подготовки к родам и материнству, а также оказывать им эффективную психологическую поддержку в школах материнства. Такое исследование может улучшить качество жизни и психологического комфорта женщин, ожидающих появления первенца.

Понимание эмоциональных особенностей данной категории будущих мам позволит разработать более целесообразные программы подготовки к родам и материнству, а также оказывать им эффективную психологическую поддержку в школах материнства. Такое исследование может способствовать улучшению качества жизни и психологического комфорта женщин, ожидающих появления первенца, в данной возрастной категории.

Задачи:

1. Изучить и проанализировать литературу по психологии материнства, особенности эмоционального состояний первородящих женщин, а также структуру работы школы материнства.
2. Провести эмпирическое исследование с участием аудитории школы материнства для выявления особенностей их эмоционального состояния.
3. Обработать полученные результаты о психоэмоциональных состояниях первородящих женщин.
4. Сформулировать рекомендации по психологической поддержке возрастных первородящих на занятиях в школе материнства.

Объект исследования: особенности эмоционального состояния первородящих женщин

Предмет исследования: особенности эмоционального состояния первородящих женщин на занятиях в школе материнства в динамике.

Гипотеза: мы предполагаем, что...

Методы исследования:

1. Эмпирический метод (изучение литературы).
2. Анкетирование и тестирование.
3. Метод статистической обработки результатов.

Эмпирическая база: 660119 г. Красноярск, КГБУЗ «КМРД №1» ул. Бульвар Солнечный д. 2 и интернет платформа «Google форма».

Выборка: первородящие женщины в количестве 20 человек, поделенные на две группы, критерий деления возраст:

- 1 группа средний репродуктивный возраст респондентов (20-34 лет)
- 2 группа поздний репродуктивный возраст респондентов (35 и более лет)

В исследование были включены первородящие женщины из отделения патологии

беременности в родильном доме.

Выборка составила: 20 первородящих женщин в отделении патологии беременности, поделенные на 2 группы, критерий деления возраст:

1 группа средний репродуктивный возраст респондентов (20-34 лет)

2 группа поздний репродуктивный возраст респондентов (35 и более лет)

Согласие на проведение в КГБУЗ «КМРД №1» было получено в устной форме у старшей акушерки, а также у каждой первородящей женщины, участвующей в исследовании.

Используемые методы исследования: анкетирование.

Исследование проводилось в один этапа.

На первом этапе нами был проведён анализ и рассчитаны процентные данные анкетирования.

В качестве основного метода исследования была применена специально разработанная анкета, которая позволила выявить динамику эмоционального состояния первородящих женщин на занятиях в школе материнства.

Анкета содержала два блока вопросов. Первый блок вопросов отражает статистические данные (возраст, образование, профессиональную деятельность, срок беременности, опыт посещения школы материнства, общее эмоциональное состояние перед и после посещения занятий, эмоции во время посещения занятий, эмоции о беременности, опасения во время беременности, какие занятия вызвали больший интерес, как поменялось эмоциональное состояние после посещения всех занятий).

Вопросы второго блока позволяли оценить эмоциональное состояние первородящих женщин на занятиях в школе материнства, а также выявить пожелания женщин по поводу проведения занятий. Анализ проводился по результатам ответов на вопросы: «Какие темы, рассматриваемые на занятиях, были для вас наиболее полезными и почему?»; «Как занятия в школе материнства повлияли на ваше эмоциональное состояние в целом?»; «Какие изменения в вашем эмоциональном состоянии вы заметили после начала посещения школы материнства?»; «Какие ваши ожидания от занятий в школе материнства оправдались?»; «Есть ли что-то еще, что вы хотели бы добавить (ваши пожелания по организации занятий)?».

На первом этапе исследования были получены следующие данные по каждой возрастной группе.

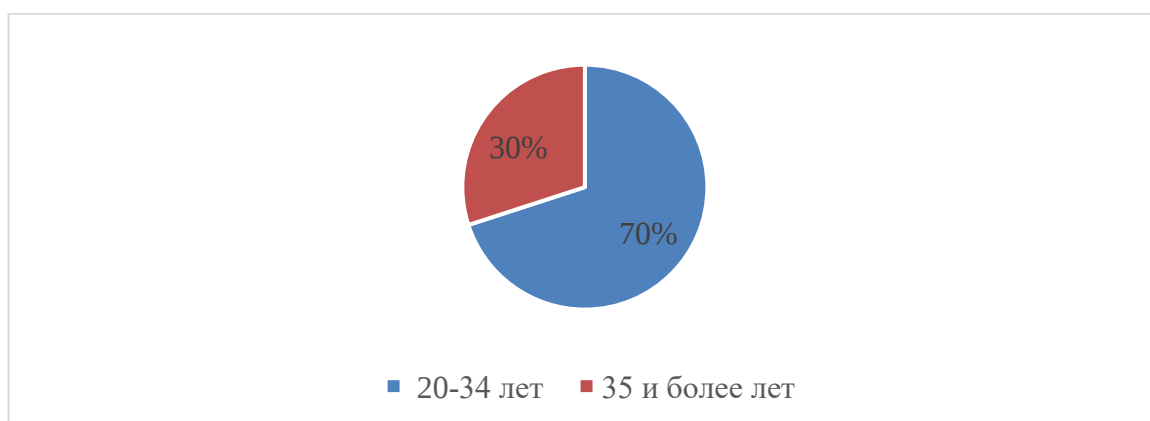


Рис. 1 Возраст респондентов

В результате анкетирования респонденты поделены на две группы. Группа 1 включает 70 % женщин в возрасте 20-34 года.

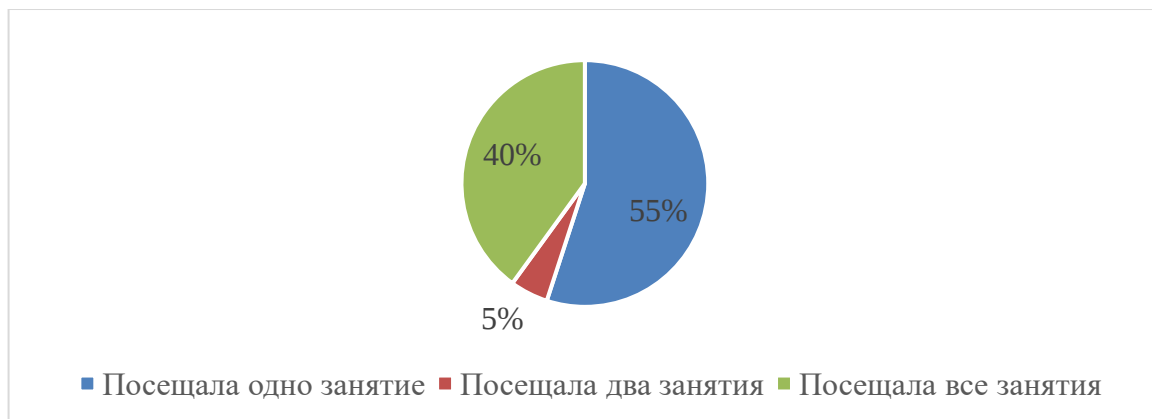


Рис. 2 Опыт посещения школы материнства
Результаты анкетирования показали, что 55 % женщин посещали одно занятие.



Рис. 3 Самочувствие перед началом занятий в школе материнства

Результаты анкетирования показали, что перед началом занятий у 30 % женщин отмечается отличное – «5» самочувствие.

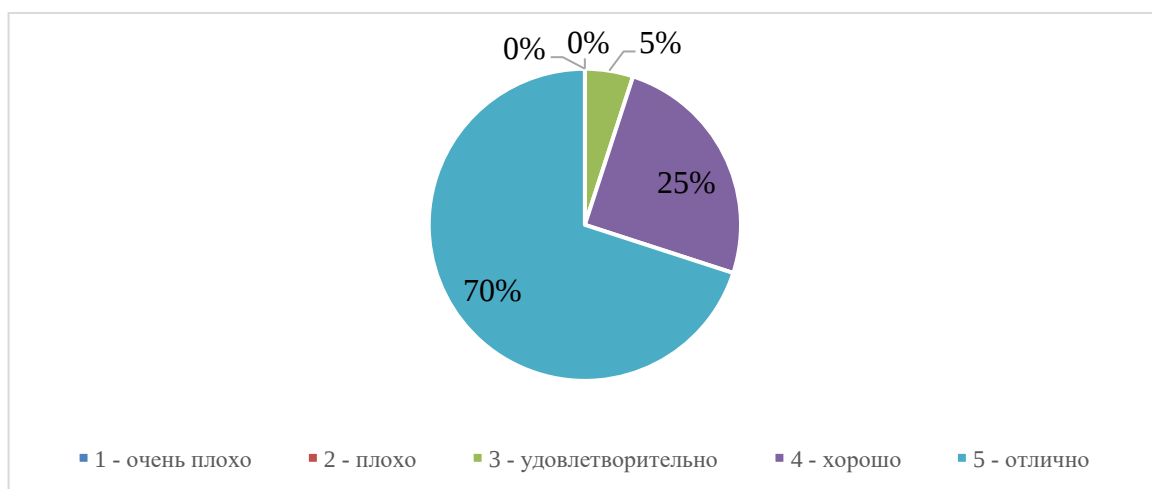


Рис. 4 Самочувствие после посещения занятий в школе материнства

По результатам анкетирования понятно, что самочувствие у 70 % женщин после посещения занятий в школе материнства отличное – «5».

Таким образом, результаты показывают, что общее самочувствие женщин улучшилось после посещения занятий. Хотя само по себе самочувствие перед началом и после занятий изменялось незначительно, явное увеличение числа женщин, отметивших свое отличное состояние здоровья, свидетельствует о положительном влиянии занятий на физическое и эмоциональное состояние респондентов. Эти данные подчеркивают важность

участия в занятиях для улучшения самочувствия и общего уровня удовлетворенности жизнью у женщин, независимо от их репродуктивного возраста. Рекомендуется продолжать исследование, чтобы оценить долгосрочные эффекты таких занятий на здоровье и благополучие женщин.

Список использованных источников:

1. Баженова О. В., Баз Л. Л. , Копыл О. А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1994. №5.
2. Саввина, Н.В. Влияние школы позитивного материнства в снижении осложнений беременности и родов / Н.В. Саввина, У.Р. Новгородова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2015. - №3. - С. 26-29.
3. Ненашева, И.В. Организация работы акушерки в Школе материнства / И.В. Ненашева // Справочник фельдшера и акушерки. - 2012. - №2. - С. 54-57.
4. Влияние старшего первородства на деторождение, родительский стресс и взаимодействие матери и ребенка [Электронный ресурс] URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26782086/>

ВЛИЯНИЕ ЧАСТОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАДЖЕТОВ НА КАЧЕСТВО СНА МОЛОДЁЖИ

Максимова Арина Максимовна

Новгородцева Злата Сергеевна

Руководитель: Векман Константин Валерьевич
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»

В современном мире гаджеты стали неотъемлемой частью нашей жизни. Смартфоны, планшеты, ноутбуки – они помогают нам работать, общаться, развлекаться и получать информацию. Однако, все чаще мы слышим о негативном влиянии частого использования гаджетов на наше здоровье, особенно на сон. Особенно влиянию смартфонов подвержено молодое поколение, котороеросло в эпоху появления интернета и его активного развития. В этой статье мы рассмотрим, как именно гаджеты влияют на качество нашего сна и что можно сделать, чтобы минимизировать этот негативный эффект.

Сон — это состояние, во время которого взаимодействие организма с внешним миром затормаживается, а осознаваемая психическая деятельность частично прекращается.

Некоторые функции сна:

- Восстановление сил. Во сне тело отдыхает, но при этом отдыхает только тело, а мозг продолжает свою работу.
- Обработка информации. Мозг обрабатывает данные, полученные в течение дня, сортирует их на нужную и ненужную информацию. Ненужную мозг удаляет а нужную переводит в долговременную память.
- Консолидация памяти. Во сне происходит трансформация краткосрочного запоминания в длительное хранение информации.
- Стимуляция иммунной системы. Достаточное количество сна обеспечивает сбалансированную иммунную защиту с сильным иммунитетом, эффективным ответом на вакцины и менее тяжёлыми аллергическими реакциями.

Сон состоит из двух фаз, которые сменяют друг друга несколько раз за ночь, образуя циклы:

- Медленный сон. Состоит из четырёх стадий, которые постепенно переходят от лёгкой дремоты к глубокому сну. В этой фазе замедляются перекачка крови по организму и работа лёгких, понижается кровяное давление, снижается температура тела.

- Быстрый сон. На этой стадии мозг становится активным, почти так же, как во время бодрствования. Глаза быстро двигаются под закрытыми веками, дыхание и пульс ускоряются.

Работа сна регулируется биологическими часами, их центр находится в гипоталамусе (часть головного мозга). Примерно после восьми вечера температура тела автоматически понижается, а нервная система успокаивается.

В мозге есть скопления нейронов, возбуждение которых вызывает развитие сна (гипногенные центры). Три вида структур:

1. Структуры, обеспечивающие развитие медленного сна:
 - Передние отделы гипоталамуса (вентролатеральное преоптическое ядро)
 - Неспецифические ядра таламуса
 - Ядра шва (содержат тормозной медиатор серотонин)
 - Тормозной центр Моруцци (средняя часть моста)
2. Центры быстрого сна:
 - Голубое пятно
 - Вестибулярные ядра продолговатого мозга
 - Верхнее двухолмие среднего мозга
 - Ретикулярная формация среднего мозга (центры БДГ)
3. Центры, регулирующие цикл сна:
 - Голубое пятно (стимуляция — пробуждение)
 - Отдельные участки коры больших полушарий

Дофамин (допамин, DA) — гормон и нейромедиатор. Синтезируется из L-ДОФА. В дальнейшем из дофамина может синтезироваться норадреналин. Предшественником дофамина является L-тирозин (он синтезируется из фенилаланина), который гидроксилируется ферментом тирозингидроксилазой с образованием L-ДОФА, которая, в свою очередь, декарбоксилируется с помощью фермента L-ДОФА-декарбоксилазы и превращается в дофамин. Этот процесс происходит в цитоплазме нейрона.

Считается, что дофамин является одним из химических факторов внутреннего подкрепления (ФВП) и служит важной частью «системы вознаграждения» мозга, поскольку вызывает чувство удовольствия (или удовлетворения), чем влияет на процессы мотивации и обучения. Однако, это мнение, продвигаемое популярной культурой и средствами массовой информации, ошибочно. Последние исследования показывают, что дофамин не вызывает чувства удовольствия или удовлетворения, а создаёт сильное ощущение предвкушения от получения результата или нежелания его получения.

Влияние дофамина на зависимость от гаджетов:

Поток вознаграждений. Использование гаджетов и технологий активирует дофаминовые системы мозга. Каждое новое уведомление, лайк, сообщение или уровень в игре вызывает выброс дофамина, создавая чувство удовлетворения и радости. Это формирует положительную ассоциацию с использованием гаджетов, что может приводить к их чрезмерному использованию.

Цикл ожидания и награды. Гаджетозависимые люди часто находятся в состоянии ожидания новых стимулов. Это связано с дофаминовым «цирком», где мозг начинает ожидать награды даже до того, как она будет получена. Например, постоянная проверка социальных сетей в надежде на новые лайки или сообщения создает порочный круг, в котором дофамин стимулирует дальнейшее использование гаджетов.

Проблема толерантности. Подобно другим зависимостям, у пользователей гаджетов может развиваться толерантность к дофаминовым «дозам». Это означает, что со временем для получения того же уровня удовлетворения им нужно больше времени проводить за гаджетами или искать более интенсивные стимулы.

Избегание негативных эмоций. Использование гаджетов может стать способом избежать стресса, тревоги или депрессии. Дофамин, высвобождающийся при использовании

технологий, может временно улучшать настроение, что приводит к усилению зависимости.

Синий свет. Циркадный ритм управляет циклом сна и бодрствования в течение примерно 24-часового цикла и регулируется супрахиазматическим ядром (SCN) в мозге. SCN взаимодействует со специализированными клетками, называемыми внутренне светочувствительными ганглиозными клетками сетчатки (ipRGCs), чтобы синхронизировать внутренние биологические часы с внешними циклами света и темноты.

Механизм действия:

Когда ipRGC активируются синим светом, запускается сигнальный каскад, обеспечивающий синхронизацию внутренних биологических часов с внешними световыми сигналами. Воздействие синего света в светлое время суток подавляет секрецию мелатонина, гормона, критически важного для регуляции циркадных ритмов. Мелатонин синтезируется шишковидной железой, расположенной в центре головного мозга, в ответ на темноту, сигнализируя организму о переходе в состояние сна. Однако воздействие синего света в ночное время нарушает выработку и высвобождение мелатонина, что приводит к нарушениям сна. Мелатонин высвобождается в кровоток, чтобы достичь тканей-мишеней в центральной и периферической частях тела. Количество синего света, получаемого ipRGCs, регулирует циркадный ритм для контроля циклов бодрости и сонливости. Чем сильнее световая стимуляция, тем меньше сигналов передается в шишковидную железу через SCN гипоталамуса для выработки мелатонина. Воздействие синего света, особенно вечером или ночью, подавляет выработку и высвобождение мелатонина. Когда свет стимулирует и активирует SCN, Паравентрикулярное ядро (ПВЯ) гипоталамуса получает больше сигналов от нейромедиатора под названием ГАМК. ГАМК — это тормозной нейромедиатор, который помогает контролировать активность нейронов. В ответ на это активность как ПВЯ, так и шишковидной железы снижается. Это подавляет выработку мелатонина. Подавление выработки мелатонина нарушает естественный циркадный ритм организма и мешает ему засыпать и достигать состояния спокойного сна, что потенциально может привести к нарушениям сна, таким как бессонница.

Стимуляция мозга. Использование гаджетов перед сном, особенно просмотр новостей, социальных сетей или активные игры, стимулирует мозг и повышает уровень возбуждения. Это затрудняет переход в состояние покоя и расслабления, необходимое для засыпания. Даже когда человек переключается на просмотр ленты соцсетей, фильм или компьютерную игру, органы чувств и мозг не могут расслабиться, так как продолжают принимать, обрабатывать и анализировать информацию. Такой «отдых» только усугубляет ситуацию.

Последствия недосыпа из-за гаджетов:

Бессонница. Также известна как инсомния, асомния, агрипния — расстройство сна, которое характеризуется недостаточной продолжительностью или неудовлетворительным качеством сна либо сочетанием этих явлений на протяжении значительного периода времени.

Выделяют две основные модели этого процесса: когнитивную и физиологическую. Когнитивная модель предполагает, что размышления и повышенное возбуждение препятствуют засыпанию человека и могут привести к эпизоду бессонницы.

Общими классификационными признаками, необходимыми для диагноза, являются:

- жалобы на плохое засыпание, трудности сохранения сна и/или на плохое качество сна;
- нарушения сна отмечаются не меньше 3 раз в неделю в течение месяца;
- беспокойность бессонницей и её последствиями (ночью и в течение дня);
- выраженный дистресс либо нарушение социального и профессионального функционирования, вызванное неудовлетворительной продолжительностью и/или качеством сна.

При бессоннице наблюдается сокращение длительности сна, увеличение представленности бодрствования и поверхностной первой стадии, уменьшение третьей и четвёртой стадий медленного сна; при выраженных нарушениях имеет место уменьшение

времени быстрого сна.

Ухудшение концентрации внимания и снижение памяти. Использование гаджетов может приводить к ухудшению концентрации внимания из-за информационной перегрузки. Постоянная «включённость» вызывает перегрузку, при которой мозг не успевает обрабатывать огромные объёмы информации. Это приводит к снижению концентрации, ухудшению памяти и повышенной утомляемости.

Это связано с тем, что во время сна новая информация, которую человек получил за день, включается в краткосрочную память. Различные фазы сна играют разные роли в обработке новой информации и её переводе в долговременную память. Если сон неполноценный, процессы запоминания нарушаются. Также недосып приводит к замедлению мыслительных процессов. Человеку труднее сосредоточиться и легче ошибиться. Это мешает выполнить задачи, которые требуют логического рассуждения или комплексного подхода.

По словам сомнолога Романа Бузунова, 80% современных людей начинают использовать смартфон в течение 15 минут после пробуждения, а 62% заглядывают в гаджет первым же делом, едва открыв глаза.

По результатам общенационального исследования «Здоровье и благополучие студентов 2022 года в Норвегии», в котором участвовали более 45 тысяч человек в возрасте от 18 до 28 лет, увеличение времени работы с гаджетом перед сном на один час повышает вероятность появления симптомов бессонницы на 59% и сокращает продолжительность сна на 24 минуты.

Также есть данные, что от 50 до 90% подростков не могут выспаться из-за того, что засиживаются с гаджетами.

По мнению учёных, использование гаджетов перед сном отрицательно влияет на качество сна: сон становится поверхностным, прерывистым и длится меньше.

В подтверждение выше сказанного было проведено исследование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» методом анонимного анкетирования. В исследовании приняли участие 150 студента отделения «Лечебное дело» 1 курса. Средний возраст от 17 до 21 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Количество времени в день, которое уходит на использование смартфона: 1-2 часа 7%, 3-5 часов 14%, 5 и более часов 80%.
2. Телефоном непосредственно перед сном пользуются: да 78% и нет 22%.
3. По частоте откладывания сна, чтобы продлить время пользования смартфоном: часто 47%, иногда 35%, редко 18%.
4. Время, в которое отходят ко сну: 21:00-23:00 25%, 23:00- 1:00 63%, 1:00-3:00 12%.
5. Беспокоит бессонница: да 54% и нет 46%.
6. Частота досыпания суточной нормы днём: часто 19%, иногда 62%, редко 19%.
7. Чувство усталости, вялости, слабость и заторможенность да 53% и нет 47%.

ВЫВОДЫ

Из выше изложенных результатов, можно сделать вывод, что как минимум у половины девушек и парней имеется зависимость от гаджетов, что влияет на качество их сна и их самочувствие. Мало у кого, правильно выработаны привычки сна. Довольно часто студенты предпочитают отложить время сна, чтобы потратить его за использованием смартфона. Из-за этого им бывает сложно засыпать без дополнительных стимуляций мозга(синий свет), что является одним из признаков бессонницы. Таким образом, снижается количество хорошего сна, и это уже входит в привычку у большинства студентов.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА СНА:

1. Установите "комендантский час" для гаджетов. Старайтесь не использовать гаджеты хотя бы за 1-2 часа до сна.
2. Используйте фильтры синего света. Многие гаджеты имеют встроенные фильтры

синего света, которые можно активировать в вечернее время. Также можно использовать

специальные приложения или очки, блокирующие синий свет.

3. Создайте расслабляющий ритуал перед сном. Вместо использования гаджетов, попробуйте почитать книгу, принять теплую ванну или послушать спокойную музыку.
4. Оптимизируйте настройки уведомлений. Отключите уведомления на ночь, чтобы не отвлекаться от сна.
5. Создайте комфортную обстановку для сна. Убедитесь, что в вашей спальне темно, тихо и прохладно.
6. Придерживайтесь регулярного режима сна. Старайтесь ложиться и просыпаться в одно и то же время каждый день, даже в выходные.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современном мире невозможно обойтись без использования гаджетов. Они значительно облегчают человеческий труд, а также скрашивают наш досуг. Но всё же не стоит злоупотреблять их использованием, так как это может пагубно повлиять на здоровье. Сон – это основа нашей жизни. От его качества зависит наше настроение, работоспособность, стрессоустойчивость и многое другое. Поэтому важно соблюдать гигиену сна и заботиться о своём здоровье.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Карасёв Л. В. Метафизика сна // Сон — семиотическое окно. — Милан, 1994.
2. Ковальзон, В. М. Стресс, сон и нейропептиды // Природа: журнал. - 1999. - № 5.- С. 63-70
3. ICSD — International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual Diagnostic Classification Steering. Committee. — Rochester, 1990. — P. 396.
4. Sleep and sleep disorders: сб.. — The Lancet, 2022. — 14 September. — (Series from the Lancet journals).
5. Tordjman S, Chokron S, Delorme R, Charrier A, Bellissant E, Jaafari N, et al. (April 2017). "Melatonin: Pharmacology, Functions and Therapeutic Benefits". Current Neuropharmacology. 15 (3): 434–443.
6. de Toledo LH, Moraes MN, Poletini Md, Neto JC, Baron J, Mota T (August 2023). "Modeling the influence of nighttime light on melatonin suppression in humans: Milestones and perspectives". Journal of Photochemistry and Photobiology.
7. Shechter A, Quispe KA, Mizhquiri Barbecho JS, Slater C, Falzon L (2020-03-01). "Interventions to reduce short-wavelength ("blue") light exposure at night and their effects on sleep: A systematic review and meta-analysis". Sleep Advances.

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Маркина Олеся Александровна

Руководитель: Жаркова Ольга Борисовна

КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»

Очень важное место в жизни человека занимает его профессиональная деятельность. Она оказывает не только позитивное, но и порой негативное и даже разрушительное действие на личность. Так, например, сотрудники скорой медицинской помощи (СМП) постоянно подвергаются большим профессиональным нервно – психическим нагрузкам, со временем, приводящим к ухудшению психологического состояния. В связи с этим медицинские работники СМП могут быть подвержены синдрому эмоционального выгорания.

Цель исследования: анализ склонности фельдшеров скорой медицинской помощи к профессиональному выгоранию

Для достижения поставленной цели нужно решить следующие **задачи**:

1. Определить основные причины эмоционального выгорания личности у работников скорой медицинской помощи.

2. Выявить факторы, способствующие эмоциональному выгоранию.

3. Оценить признаки наличия у фельдшеров СМП профессионального выгорания.

Объект исследования: Эмоциональное выгорание

Предмет исследования: Эмоциональное выгорание у фельдшера СМП

Гипотеза: Эмоциональное выгорание у фельдшера СМП происходит из-за большой нагрузки, низкой заработной платы и неблагоприятных условий на подстанции.

Методы исследования:

1. Изучение документальных материалов

2. Социологический опрос – анкетирование

3. Наблюдения

4. Сравнительно – описательный метод

Синдром эмоционального выгорания - это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Сам термин «выгорание» впервые предложил Х. Дж. Фрейденберг в 1974 году для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений.

Симптомы эмоционального выгорания делятся на три группы:

1. Первая группа – психофизические симптомы:

·чувство постоянной усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после сна (симптом хронической усталости);

·ощущение эмоционального и физического истощения;

·снижение восприимчивости и реактивности в связи с изменениями внешней среды (отсутствие реакции любопытства на фактор новизны или реакции страха на опасную ситуацию);

·общая астенизация (слабость, снижение активности и энергии, ухудшение биохимии крови и гормональных показателей);

·частые беспричинные головные боли;

·постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;

·резкая потеря или резкое увеличение веса;

·полная или частичная бессонница;

·постоянное заторможенное состояние;

·сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;

·одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;

·заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря внутренних, телесных ощущений.

2. Вторая группа – социально-психологические симптомы:

·безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности);

·повышенная раздражительность на незначительные мелкие события;

·частые нервные срывы (вспышки немотивированного гнева или отказа от общения, уход в себя);

·постоянное переживание негативных эмоций, для которых во внешней стимуляции причин нет (чувство вины, обиды, стыда, подозрительность, скованность);

·чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»);

- чувство гиперответственности и постоянное чувство страха, что «не получается» или «я не справлюсь»;

- общая негативная установка на жизненные и профессиональные перспективы (по типу «как ни старайся, всё равно ничего не получится»).

3. Третья группа – поведенческие симптомы:

- ощущение, что работа становится всё тяжелее и тяжелее, а выполнять её – всё труднее и труднее;

- сотрудник заметно меняет свой рабочий режим (увеличивает или сокращает время работы);

- постоянно, без необходимости, берёт работу домой, но дома её не делает;

- руководитель затрудняется в принятии решений;

- чувство бесполезности, неверие в улучшения, снижение энтузиазма по отношению к работе, безразличие к результатам;

- невыполнение важных, приоритетных задач и «застревание» на мелких деталях, не соответствующая служебным требованиям трата большей части рабочего времени на мало осознаваемое или неосознаваемое выполнение автоматических и элементарных действий;

- дистанцированность от сотрудников и клиентов, повышение неадекватной критичности;

- злоупотребление алкоголем, резкое возрастание выкуренных за день сигарет, применение наркотических средств.

Синдром профессионального выгорания развивается постепенно.

Он проходит три стадии – три лестничных пролёта в глубины профессиональной непригодности:

1-я стадия (фаза напряженности): приглушение эмоций, сглаживание остроты чувства и свежести переживаний; состояние тревожности, неудовлетворённости. Может формироваться в течение 3-5 лет.

2-я стадия (фаза резистентности): снижение интереса к работе, потребности в общении, нарастание апатии, появление устойчивых соматических симптомов, повышенная раздражительность. Время формирования данной стадии в среднем 5-15 лет.

3-я стадия (фаза истощения): общее падение энергетического тонуса и ослабление нервной системы, когнитивная дисфункция, эмоциональное безразличие, соматические симптомы (гастрит, мигрень, повышенное артериальное давление, синдром хронической усталости и т.д.). Стадия может сформироваться за 10-20 лет.

"Синдром эмоционального выгорания" представляет собой выработанный личностью механизм **психологической защиты** в ответ на систематические психотравмирующие воздействия.

При анализе факторов, потенциально влияющих на развитие данного синдрома, выделяют социально-демографические (пол, возраст, психологический климат в семье и др.), профессиональные (место работы, специальность, стаж работы, заработная плата и т.д.) и личностные факторы (эмоциональная устойчивость, фрустрированность, доминантность и др.).

Причины "выгорания" могут быть классифицированы как:

- объективные (напрямую связаны с выполняемыми видами деятельности по оказанию помощи, например изменение распорядка дня, чередование дневных и ночных смен и т.д.);

- субъективные (связаны с личным отношением ухаживающего к умирающему больному, выполняемым видам деятельности, взаимоотношениями с больными, их родственниками, коллегами по работе, членами своей семьи и т.д.).

Более подвержены "синдрому эмоционального выгорания" те медицинские работники, которых отличают такие личностные качества, как повышенное чувство ответственности, готовность всегда прийти на помощь больному, стремление быть нужным, желание оказать психологическую поддержку, высокая степень нравственного долга перед больным и желание соответствовать определенным этико-деонтологическим требованиям, переживания по поводу своей профессиональной компетентности и др.

Для того, чтобы определить наличие профессионального выгорания у фельдшеров скорой медицинской помощи и выявить причины данного состояния был проведен опрос среди медицинских работников СМП г.Барнаула.

В опросе приняли участие 133 фельдшера скорой помощи из разных подстанций. Из них 54 мужчин, 79 женщин. Исходя из опроса, получились следующие результаты:

- Большинство респондентов (35%) ответили, что иногда испытывают опустошенность к концу рабочей смены. При этом, почти половина опрошенных – 49% чувствуют себя эмоционально опустошенными часто или почти всегда (19% и 30% соответственно).

- Из ответов респондентов на второй вопрос следует, что переживания связанные с работой не влияют на сон опрошенных, так как в сумме только 19% респондентов ответили, что они почти всегда или часто испытывают затруднения при засыпании из-за проблем на работе.

- 58 % респондентов часто или почти всегда испытывают слишком большую нагрузку на работе, что может стать одной из причин профессионального

- 83 % респондентов ответили, что почти никогда или лишь иногда срываются на своих близких после рабочей смены. Из этого можно сделать вывод, что фельдшеры СМП разделяют границы между домом и работой.

- Наличие эмоциональной напряженности (мои нервы натянуты до предела) признают 25 % опрошенных, что говорит о том, что фельдшеры умеют справляться со стрессом связанным с работой.

- 79 % респондентов ответили, что умеют справляться с эмоциональным напряжением после смены.

- 78 % фельдшеров почти никогда или иногда чувствуют себя перегруженными проблемами людей, а, значит, умеют отпускать ситуацию и отдаляются от профессионального выгорания.

По результатам опроса можно сделать вывод, что респонденты, ответившие на вопросы «часто» и «почти всегда», могут быть отнесены к группе риска по эмоциональному выгоранию.

Исходя из этих данных, можно сказать, что

- К концу рабочей смены чувствуют себя эмоционально опустошенным 19% фельдшеров

- Плохо засыпают из-за переживаний, связанных с работой - 24%

- Нагрузка на работе слишком велика для 67%

- После рабочей смены срываются на своих близких – 18%

- У 32% фельдшеров - нервы натянуты до предела

- Сложно снять эмоциональное напряжение после смены - 24%

- 25% - чувствуют себя перегруженным проблемами других людей

Отсюда можно сказать, что около 25% фельдшеров испытывают симптомы профессионального выгорания.

В среднем, соотношение между мужчинами и женщинами незначительно отличается, однако стоит отметить, что мужчины на 13% чаще чем женщины испытывают проблемы со сном из-за переживаний, связанных с работой, мужчины на 12 % чаще отмечают высокую нагрузку на работе, также мужская часть респондентов на 19% чаще указывают на то, что после нагрузки на работе их нервы натянуты до предела, также мужчинам на 13% сложнее, чем женщинам бороться с эмоциональным напряжением. Исходя из данного исследования можно сказать, что женщины более стрессоустойчивы.

Ведущей проблемой, которая может привести к эмоциональному выгоранию является слишком большая нагрузка на работе.

Далее был проведен анализ зависимости профессионального выгорания от стажа работы. Опрос показал, что на СМП г.Барнаула преобладают фельдшеры со стажем работы от 5 до 10 лет (17%), а также имеет место категория лиц со стажем до 5 лет и от 30 лет и старше (по 16 %).

Исходя из проведенного исследования, можно сделать следующие выводы:

- 22 человека имеют стаж работы до 5 лет, из них примерно 45% подвергаются профессиональному выгоранию.
- 43% сотрудников со стажем от 5 до 10 лет подвергаются профессиональному выгоранию.
- Сотрудники со стажем работы от 10 до 15 лет подвергаются профессиональному выгоранию в 5% случаев.
- Примерно 6 % сотрудников со стажем от 15 до 20 лет подвергаются профессиональному выгоранию.
- Среди респондентов со стажем работы от 20 до 25 лет примерно 40% подвергаются профессиональному выгоранию.
- 20 человек со стажем от 25 до 30 лет подвергаются профессиональному выгоранию в 33% случаев.
- При стаже от 30 лет и выше профессиональное выгорание проявляется среди 43% респондентов.

Таким образом, наиболее подвержены профессиональному выгоранию работники в диапазоне до 5 лет (45%), от 5 до 10 лет (43%). Фельдшеры со стажем 10 – 15 лет и 15 - 20 лет имеют низкую подверженность (5% и 3% соответственно), а вот начиная со стажа 20 лет и выше склонность к профессиональному выгоранию снова повышается (20 - 25 лет – 40%, 25 – 30 лет 33%, 30 лет и больше – 30%).

Синдром эмоционального выгорания возникает в ситуациях напряжённого профессионального общения под влиянием множества внешних и внутренних факторов и проявляется как «приглушение» эмоций, исчезновение остроты чувств и переживаний, потеря ощущения ценности жизни, утрата веры в собственные силы.

Особенностями переживания эмоционального выгорания фельдшеров скорой медицинской помощи не зависимо от стажа работы являются переживание психотравмирующих обстоятельств, проявления тревоги и депрессии, ощущение эмоциональной опустошенности, проблемы со сном и др.

Чем больший стаж работы имеет фельдшер скорой медицинской помощи, тем более у него проявляется эмоциональный дефицит и эмоциональная отстранённость. Результаты проведённого диагностического исследования позволили констатировать, что 45% фельдшеров со стажем работы до 5 лет и 40 % фельдшеров со стажем работы более от 20 до 25 лет переживают синдром «Эмоционального выгорания».

Именно поэтому, работа в скорой медицинской помощи предъявляет жесткие требования к психическим и физиологическим особенностям каждого работника и требует научно обоснованных методов отбора, адаптации врачей и фельдшеров отделения скорой медицинской помощи, а также профилактических мероприятий по проблеме синдрома «эмоционального выгорания».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Башенкова Л. А., Кухарская Е. В. Диагностика синдрома эмоционального выгорания и мероприятия, направленные на его предупреждение // Среднее профессиональное образование. 2015. №11. С. 43 – 45.
2. Макарова Г. А. Синдром эмоционального выгорания. — М.: Просвещение, 2009. — 432 с.
3. Сидоров П. В. Синдром эмоционального выгорания // Медицинская газета. — № 43. — 2005. — с. 20.
4. Чутко Л. С., Козина Н. В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. — М.: МЕДпресс-информ, 2014. — 256 с.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СНЕГА НА ИЗМЕНЧИВОСТЬ РАСТЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ ТЕХНОГЕННОЙ НАГРУЗКИ (НА ПРИМЕРЕ МИКРОРАЙОНА ПОТОК Г. БАРНАУЛА)

Меджитова Инна Сергеевна

*Руководитель: Старцева Татьяна Александровна
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

В настоящее время исследования урбоэкосистем достаточно актуальны. Студенты нашей секции химии, экологии на протяжении нескольких лет изучали проблему образования капов на деревьях. Было установлено, что количество образующихся капов, при разных уровнях загрязнения, не одинаково. Уровень стабильности развития деревьев оценивается как **критический неблагоприятный и неблагоприятный** в 2-х выделенных зонах микрорайона Поток, что соответствует критическому уровню развития растения.

В этом учебном году мы продолжили исследования в этой выделенной зоне (ул. Малахова-Титова- 1-Западная) с критически неблагоприятным уровнем стабильности развития деревьев, т.е. с максимальным количеством капов.

Целью нашей работы явилось исследование влияния физико-химических показателей снега на изменчивость растений на участках с разным уровнем техногенной нагрузки.

Объект исследования: Зоны микрорайона Поток с максимальным количеством капов

Предмет исследования: Физико-химический состав снежного покрова микрорайона Поток и его влияние на изменчивость растений

Для достижения поставленной цели были выделены **следующие задачи:**

1. Ранжировать участки микрорайона Поток по степени загрязненности и наличию капов.
2. Определить физико-химический состав снежного покрова микрорайона Поток
3. Оценить методом биотестирования влияние отдельных физико-химических показателей снежного покрова микрорайона Поток на изменчивость растений.
4. Исследуемая территория была разделена на следующие зоны:

Фоновая - вдали от дорог, граница окраины спорткомплекса ББМК-ГБЗ

Экспериментальная 1 - до 5 м от дороги по ул. Титова

Экспериментальная 2 - до 10 м от дороги по ул. Титова

Гипотеза: **содержания ионов** в снеге имеет **территориальную закономерность и оказывает влияние на структуру и состав почвы, вызывая ответную негативную реакцию растений.**

Отбор проб производился один раз в 2025 году в период максимального накопления влагозапаса в снеге - 15 марта. Для отбора снега использовались полиэтиленовые пакеты, лопаты. Проба снега на каждом участке вырезалась на полную глубину снежного покрова. Перед ссыпанием снега в полиэтиленовое ведро или пакет тщательно очищался снежный кончик от грунта и растительных включений. Для достоверности отбирались 3 пробы в одном месте. Исследуемая площадка по форме треугольника со сторонами 10 м. Пробы снега брали методом «конверта», т. е. по углам квадрата (4 шт.) и в центре. Затем эти пробы объединяют в одну и используют для анализа.

Затем снег перекладывают в химический стакан и при комнатной температуре оставляют до полного таяния. Полученную воду используют для анализа. Полученную талую воду после измерения объема фильтровали по стеклянной палочке через бумажный фильтр в колбу. Фильтры аккуратно снимали с воронок, складывали и помещали в сушильный шкаф до полного высушивания при температуре не выше 100⁰С. Одновременно высушивали такой же чистый фильтр. Высушенные фильтры взвешивали на аналитических весах и вычисляют количество твердых загрязняющих частиц.

рН талого снега определяли на рН-метре 150-МИ, контролируя температуру пробы.

В фильтрате талой воды количественно нефелометрическим методом определяли наличие хлорид- и сульфат – ионов. Результаты определений представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Различия средней концентрации химических ионов, взвешенных веществ и pH в фильтрате талой воды

Показатель/ Зоны	Зоны		
	Фоновая	Экспериментальная 1 (5м от дороги)	Экспериментальная2 (10м от дороги)
Хлориды	1,688 ± 0,3	29,438 ± 0,3	11,875 ± 0,3
Сульфаты	1,500 ± 0,5	15,000 ± 0,5	4,000 ± 0,5
Взвешенные вещества	0,001 ± 0,001	0,091 ± 0,001	0,025 ± 0,001
pH	5,61 ± 0,02	7,22 ± 0,02	6,60 ± 0,02

Для обработки полученных данных мы использовали метод корреляции. Параметрами корреляции стали данные о расстоянии от автомобильной дороги и результаты физико-химических определений.

Для выяснения наличия зависимостей концентрации главных ионов в снеге между собой, была построена матрица корреляций методом корреляции Спирмена с уровнем значимости $p < 0,05$ (Табл. 2).

Таблица 2 - Матрица корреляций методом корреляции Спирмена ($p < 0,05$)

Показатели	Хлориды	Сульфаты	Взвешенные вещества	pH
Хлориды	1	-0,685	0,202	0,131
Сульфаты	-0,685	1	0,512	0,232
Взвешенные вещества	0,202	0,512	1	0,762
pH	0,131	0,131	0,762	1

Для анализа полученных результатов использовалась шкала Чеддока для интерпретации результатов корреляционного анализа. Весьма высокой силы связи в анализируемых показателях установить не удалось. Высокая корреляция выявлена для взвешенных веществ и pH, а также взвешенных веществ и сульфатов. Заметные обратные зависимости были получены для сульфатов и хлоридов.

Предположительно, это может быть связано с розой ветров: в Барнауле наблюдается ярко выраженное преобладание юго-западных ветров, вследствие движения воздушных масс от периферии к центру. На втором месте, находятся ветра юго-западного и западно-юго-западного направлений. Западные направления характерны при движении ветра от центра к периферии (Рис.1).

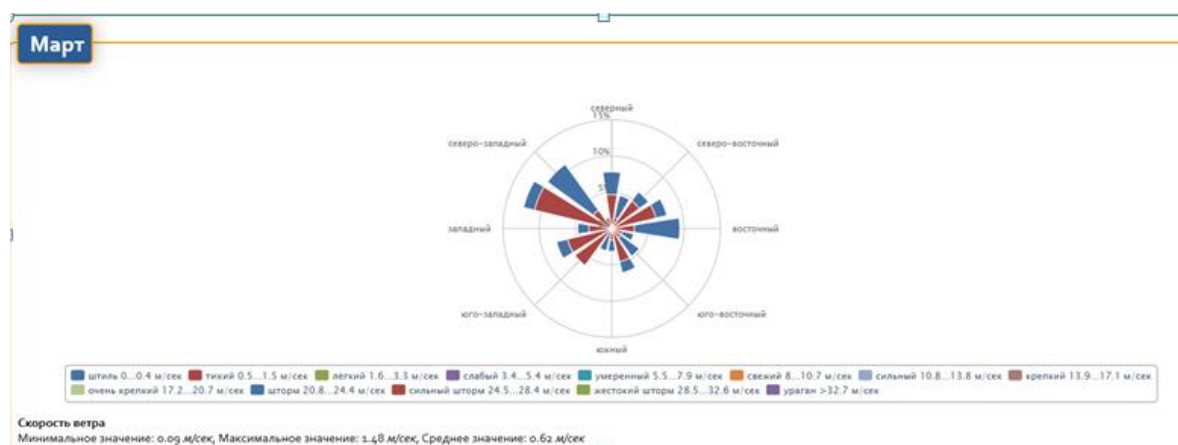


Рисунок 1 – Роза ветров (г.Барнаул, март)

У остальных параметров корреляции с удаленностью от дороги не значительны. На улицах для обработки дорог антигололедными материалами используется хлорид натрия с низкой степенью очистки, так называемая техническая соль. Проникание смеси реагентов с прочими веществами в почву приводит к ее засолению. Структура под действием хлоридов уплотняется — возникает своеобразная «соляная корка».

Вынос частиц (сажи, частиц каучука, кремния), содержащихся в выхлопных газах, из состава автопокрышек, истираемость которых в зимнее время резко возрастает. Ещё одним источником взвешенных частиц служит химический и механический вынос битумных, масляных и других минерально-органических соединений с днищ автомобилей.

Для оценки степени токсичности проб снеговой воды были выбраны: энергия всхожести, всхожесть семян, длина проростка и корешка.

Опыт проводился в трехкратной повторности, т.е. по 3 контейнера на один исследуемый участок. На дно контейнеров помещалась фильтровальная бумага и равномерно укладывались семена фасоли и добавлялась снеговая вода по 5 мл с каждого участка. Контейнеры с семенами помещались в темное место.

На третий день была определена энергия всхожести семян (% нормально проросших семян), т.е. способность семян быстро и дружно прорасти за более короткий период, чем при определении всхожести.

На седьмой день определялась всхожесть, т.е. способность семян образовывать нормально развитые проростки. Измерялись длина корешка, длина проростка, предварительно подсушенного фильтровальной бумагой (Табл.3).

Таблица 2 – Результаты оценки энергии всхожести, всхожести и средней длины проростка семян фасоли

Зоны	3 день	7 день	Примечание
Фон	75% (54 из 72)	19,4% (14 из 72)	Средняя длина проростка - 1,0 + _{0,25} см Средняя длина корешка - 5,2+ _{0,20} см
Экспериментальна я1	0%	0%	Загнивание семян
Экспериментальна я 2	0%	1,4%	Загнивание семян Средняя длина проростка -0,4 см Средняя длина - корешка -1,3см

На фото 1 представлен результат прорастания только 1 фасоли из контрольной партии экспериментальной зоны 2 (10м от дороги).



Фото 1 – Анализ энергии всхожести и всхожести семян фасоли в экспериментальной зоне 2

Метод биоиндикации выявил угнетение роста семян фасоли под действием физико-химических компонентов талой воды из экспериментальных зон 1-2 в 99% случаев, что привело к загниванию семян.

Таким образом, доказано влияние физико-химических компонентов снега на изменчивость растений на участках с разным уровнем техногенной нагрузки.

ВАЖНЕЙШИЕ МЕТОДЫ МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ И ГЕННОЙ ИНЖЕНЕРИИ

Миронова Мария Васильевна

Руководитель: Метель Ульяна Валерьевна
КГБПОУ «Бийский медицинский колледж»

В последние десятилетия наблюдается прогресс биологии и медицины, что обусловлено успехами в области медицинской генетики и молекулярной медицины. В настоящее время проводится планомерный поиск ассоциаций между различными патологическими состояниями человека и особенностями генома. Это, в свою очередь, ведет к более глубокому пониманию представлений о молекулярных основах этиологии и патогенеза заболеваний. Также активно совершенствуются молекулярно-генетические технологии, что позволяет как изучать состояние генов (наличие мутаций) у отдельного человека, так и исследовать закономерности развития нормальных и патологических процессов на уровне генома.

Создание интерактивного плаката на тему «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии» в образовании *актуально*, так как такие плакаты являются современным многофункциональным средством обучения и предоставляют широкие возможности для организации учебного процесса. Это своего рода укрупнённая дидактическая единица, дидактический многомерный инструмент, где обеспечивается многоуровневая работа с определённым объёмом информации на всех этапах: изучение нового материала, закрепление, систематизация и обобщение полученных знаний.

Цель - изучение основных аспектов и важнейших методов молекулярной биологии, генной инженерии, используя интерактивный плакат.

Объект исследования - процесс создания интерактивного плаката для образовательного процесса и проведение лабораторного опыта.

Предмет исследования - интерактивный плакат на тему «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии», созданный средствами MO Power Point. ДНК.

Для достижения поставленной цели решались следующие основные задачи:

1. Изучение теоретического материала по выбранной теме;
2. Разработка интерактивного плаката по теме «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии»;
3. Экспериментальная проверка интерактивного плаката во время прохождения учебного материала студентами медицинского колледжа;
4. Анализ и выбор существующих методов для проведения лабораторного опыта;
5. Проведение лабораторного опыта по теме «Выявление молекулы ДНК банана»;
6. Создание макета ДНК.

Основные достижения и перспективы развития генной инженерии

1. Лечение болезней

Генная инженерия открывает новые возможности для лечения тяжелых заболеваний, которые ранее были неизлечимы. Методы генной терапии все более совершенствуются.

2. Персонализированная медицина

Генетический анализ позволяет персонализировать лечение, подбирая индивидуальные терапевтические подходы и лекарства, максимально эффективные для конкретного пациента.

В ходе исследовательской работы создали и провели демонстрацию интерактивного плаката на тему «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии» во время прохождения учебного материала студентами медицинского колледжа. Следует отметить практическую ориентацию плаката. В связи с чем он, несомненно, будет полезен студентам колледжей, медицинских ВУЗов и преподавателям.

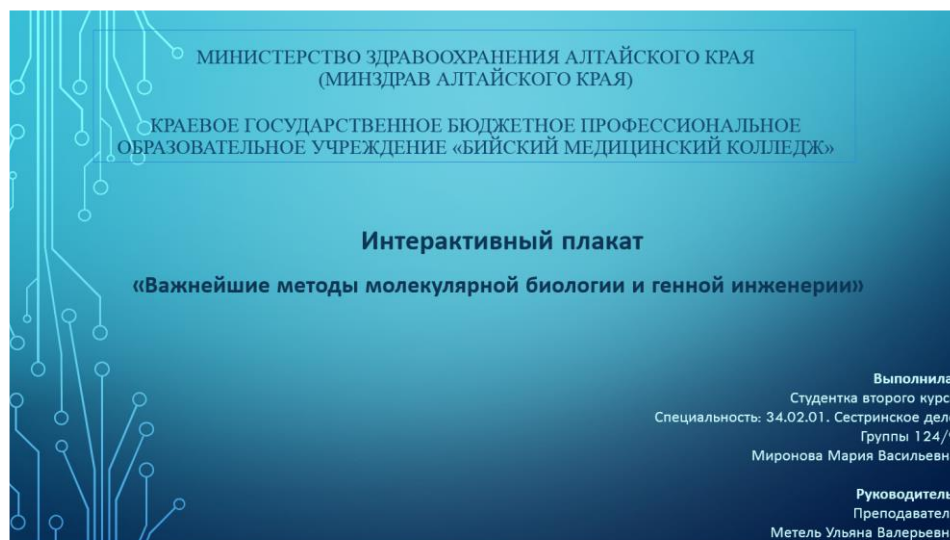


Рисунок 1 – Иллюстрация интерактивного плаката «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии»



Рисунок 2 – Иллюстрация интерактивного плаката «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии»



Рисунок 3 – Иллюстрация интерактивного плаката «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии»

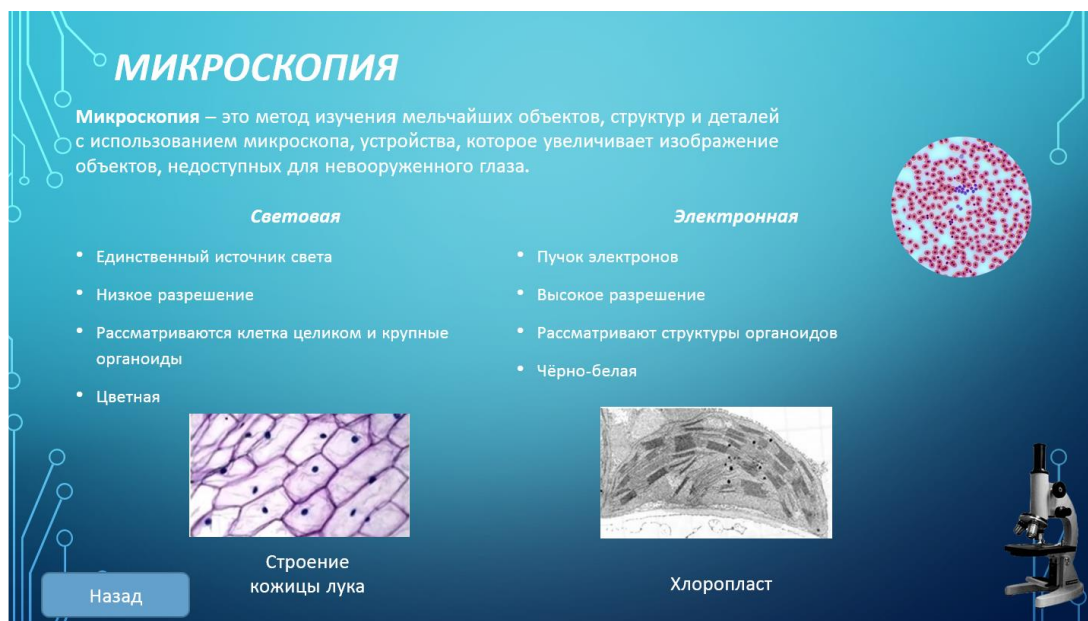


Рисунок 4 – Иллюстрация интерактивного плаката «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии»

Интерактивный плакат содержит лабораторный опыт по выявлению молекулы ДНК банана. Для наглядного пособия нами был создан демонстрационный макет ДНК, который позволяет демонстрировать строение двойной спирали дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) и её элементы: моносахариды, остатки фосфорной кислоты, четыре типа азотистых оснований: аденин, тимин, гуанин и цитозин (рисунок 5). Модель может использоваться в качестве наглядного пособия на уроках биологии и химии, в частности в разделах «Человек и его здоровье» и «Общая биология», а также в разделе химии «Важнейшие органические соединения. Химия клетки».



Рисунок 5 – Модель ДНК

В ходе экспериментальной проверки интерактивного плаката (рисунок 1-4) мы заметили, что студенты медицинского колледжа гораздо лучше усваивают материал и проявляют большую активность на занятии, если во время учебной деятельности преподносить информацию в творческом виде. С интерактивным плакатом можно ознакомиться перейдя по ссылке: <https://docs.google.com/presentation/d/1QcNcNXz->

Подводя итог создания исследовательской работы на тему «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии», можно точно сказать, что все поставленные задачи мы выполнили.

Работа над проектом помогла нам сделать вывод о том, что молекулярная биология и генная инженерия - это категорически важные области биологии, которые требуют дальнейшего развития. Они оказывают значительное влияние не только на медицину, но и на различные аспекты жизни человека, такие как производство химической и пищевой продукции и т.д. В настоящее время нет ни одной области науки, в которой не использовались бы методы и достижения молекулярной биологии и генной инженерии. Данная исследовательская работа несет в себе практическую значимость, так как созданная интерактивное пособие играет важную роль в формировании основных аспектов на тему «Важнейшие методы молекулярной биологии и генной инженерии».

Список использованных источников

1. «Молекулярная Биология»: учеб. пособие / Коничев А.С., Севастьянова Г.А. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2005 – 400 с.
2. «Биотехнология в защите растений»: учеб. пособие / М.В. Штерншис, О.Г. Томилова, И.В. Андреева; Новосиб. гос. аграр. ун-т. - Новосибирск, 2006. - 200 с.
3. Биология: в 3 т. Т.2/Д.Тейлор, Н.Грин, У.Стаут; под ред. Р. Сопера; пер. 3-го англ. Изд.-4-е изд., испр. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013.-434 с.
4. «От молекулярной биологии к молекулярной и персонализированной медицине - медицине XXI века»: научная статья / Бородин П.Е., Бородин Е.А., Войцеховский В.В. [сайт]. – 2017. – URL: - <https://cyberleninka.ru/article/n/ot-molekulyarnoy-biologii-k-molekulyarnoy-i-personifitsirovannoy-meditsine-meditsine-xxi-veka/viewer> (дата обращения: 03.01.2025)
5. «Генетическая инженерия»: научная статья / Дьякова Е.И. [сайт]. – 2022. - URL: https://tokvkd.ru/interesting-articles/-/asset_publisher (дата обращения: 13.01.2025)
6. Изоляция ДНК банана // Европейская молекулярно-биологическая лаборатория URL: https://www.embl.org/ells/wp-content/uploads/2012/04/Banana-DNA-isolation_TeachingBASE_RU.pdf (дата обращения: 14.01.2025).
7. Морев П.В. Возможности создания интерактивных мультимедийных плакатов. // Сборник научных работ. - Владимир: 2020. - С. 9-10.
8. Получение генов с помощью рестриктаз // StudFiles URL: <https://studfile.net/preview/19008726/page:3/> (дата обращения: 11.01.2025).
9. Генетическая инженерия и медицина // StudFiles URL: <https://studfile.net/preview/1728976/page:4/> (дата обращения: 09.01.2025)
10. Основы биотехнологии / Н. П. Елинов. — Санкт-Петербург : Изд. фирма "Наука", 1995. — 599 с.

ПРОБЛЕМА СИФИЛИСА В НАШЕЙ СТРАНЕ И РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

Монгуш Айлан Шораан-ооловна
Научный руководитель: Р.С. Шалчима
ГБПОУ РТ «РМК»

Сифилис остается одним из наиболее распространенных заболеваний, передаваемых половым путем, современной особенностью эпидемиологии которого является преобладание скрытых форм, составляющих более 60% от вновь регистрируемых случаев. Бессимптомное течение скрытых форм сифилиса существенно осложняет диагностику заболевания из-за отсутствия возможности получить образцы возбудителя инфекции из очагов поражения. Вследствие этого наибольшее значение в диагностике данного заболевания приобретают не прямые, а именно серологические методы исследования.

Сифилис (устар.: люэс от лат. lues — зараза) — системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой стадий болезни, вызываемое бактериями вида *Treponema pallidum* (бледная трепонема) подвида *pallidum*, относящимися к роду трепонем (*Treponema*) порядка Спирохеты (*Spirochaetales*).

Сифилис с момента его первого описания в конце XV века стал социально значимой болезнью и продолжает оставаться таковой и в настоящее время. Основной мерой борьбы с его распространением в Европе долгое время был контроль за проститутками и их обязательный осмотр на предмет болезни. С XVI века в Италии, Франции и других странах создавались приюты для сифилитиков, в XIX веке некоторые из них превратились в центры по изучению венерических болезней.

В целом в начале XXI века число случаев выявления первичного и вторичного сифилиса в развитых странах остаётся относительно стабильным. Также отмечается и рост процента заражённых при оральном половом контакте. По разным данным, от 20 % до 30 % лиц со впервые выявленным сифилисом заразились именно этим путём, при этом существует мнение, что данные цифры несколько занижены и не отражают реальной ситуации.

В России ситуация с заболеваемостью сифилисом после распада СССР стала значительно ухудшаться. В 1991 году на 1 миллион человек приходился 71 заболевший, в 1998 году было уже 272 больных на 1 миллион человек. В 2009 году данный показатель составил 522 человека на 1 миллион населения, то есть по сравнению с исходным уровнем эпидемиологическая ситуация ухудшилась в 7,2 раза.

С каждым годом, показатели заболеваемости сифилиса в Российской Федерации растут. Среди взрослого населения в 2021 году составило 14,5% на 100 тыс. населения, в 2022 году 23,6%, а в 2023 году составило 39,4% на 100тыс населения, что по сравнению с 2021 годом рост происходит почти втрое.

Среди детского населения в стране так же отмечается рост заболевания, в 2021 году 13,8% на 100тыс. населения, в 2021 году 20,2%, а в 2023 году 22,5% на 100 тыс. населения среди детского населения.

Динамика заболеваемости сифилисом в Сибирском Федеральном округе так же увеличивается с каждым годом. В 2021 году составило 14,5% на 100 тыс. населения, в 2022 году 18,9% на 100 тыс. населения, а в 2023 году 23,1% на 100 тыс. взрослого населения.

Среди детского населения в СФО заболеваемость так же растет, в 2021 году 1,1% на 100тыс. детского населения, в 2022 году 2,4%, а в 2023 году 3,9%.

Показатели заболеваемости сифилисом в Республике также растут. Среди взрослого населения в 2021 году сифилисом заболело 121 человек, в 2022 году заразились 317 человек, что почти вдвое больше, чем в 2020 году, но так же можно отметить, что в 2023 году идет снижение заболеваемости, но если сравнивать с показателем в 2021, то идет рост заболевания..

Среди детского населения заболеваемость сифилиса так же растет, в 2021 году заразились 17 детей, в 2022 году увеличилось почти втрое 44 детей, а в 2023 году идет снижение, заразились 40 детей.

В городе Кызыл также показатели заболеваемости растут. Среди взрослого населения в 2021 году заразились 23 человек, а в 2022 году увеличилось на 47 человека, что вдвое больше по сравнению с 2021 годом, а в 2023 году увеличилось до 52 человек.

Среди детского населения в городе Кызыл так же отмечается рост заболеваемости. В 2021 году было 4 случая заражения сифилиса среди детского населения, однако в 2022 году увеличилось до 6 случаев заражения, а в 2023 году до 12-ти случаев, что вдвое больше.

Самые большие показатели заболеваемости сифилисом наблюдаются в Дзун-Хемчикском районе (109,5% на 100тыс. населения), Пий-Хемском районе (114,3% на 100тыс. населения) и Чеди-Хольском районе (143,4% на 100тыс. населения), а самые наименьшие показатели наблюдаются в г. Кызыл и Ак-Довурак, а так же в Каа-Хемском кожууне.

Сифилис в Российской Федерации в 2023 году преобладает у мужского пола, нежели чем у женского. В 2023 году было выявлено 17958 случаев заражения у мужчин, а у женщин

9830, что почти вдвое меньше.

Пик заболевания на возраст в Российской Федерации в 2023 году составляет от 30 до 39 лет, так мужчины чаще подвержены заболеванию, чем женщины.

Сифилис в Республике Тыва в 2023 году преобладает у женского пола (59%), чем у мужского пола (41%).

Пик заболеваемости по возрастным группам в Республике Тыва за 2023 год приходится на 18-29 лет, а так же сифилисом в РТ болеют чаще женщины, чем мужчины.

Больше всего сифилисом в Республике Тыва за 2023 год заболели безработные (48,5%), далее идут студенты (26,8%), работающие (13,1%), учащиеся (8,6%).

Одним из видов профилактики сифилисом является информированность населения. С целью узнать уровень информированности заболеванием сифилиса среди школьников 9-10 класса, мы провели анкетирование среди обучающихся МБОУ СОШ № 3 города Кызыла им. Т.Б.Кечил-оола. Всего приняли участие 67 школьников, в анкетировании было всего 5 вопросов и оно проводилось анонимно.

На первый вопрос: «Вы знаете что такое сифилис?», большинство, а именно 38 школьников, ответили, что знают про данное заболевание, однако 17 ответили, что частично, а 12 школьников не знают.

Второй вопрос: «Как вы считаете, как передается сифилис?», 29 школьников ответили, что он передается через половой контакт, 21 школьников ответили, что через загрязненные вещи, 17 через кашель и чихание.

На третий вопрос: «Как вы думаете, какие симптомы могут указывать на наличие сифилиса?», большинство, а именно 39 школьников ответили высыпаниями на коже, 19 школьников утверждали о том, что появляются язвы на месте входа инфекции, а 9 школьников ответили, что появляются чихание, кашель и боли в животе.

На четвертый вопрос: «Если бы вы узнали, что у вас есть сифилис, куда бы вы обратились за помощью?», 58 школьников ответили, что обратились бы к врачу (в поликлинику), 9 школьников ответили, что обратились бы к друзьям или родственникам.

На пятый вопрос: «Какие методы защиты от сифилиса вы знаете?», 51 ответили, что презервативы, 11 школьников ответили, что есть специальные таблетки, а 5 школьников ответили, что одним из методов защиты от сифилиса являются маски и перчатки.

Исследование проблемы сифилиса в нашей стране и в республике Тыва позволяет сделать несколько значимых выводов:

Распространенность сифилиса: В нашей стране сифилис остается значительной проблемой общественного здоровья, несмотря на меры по преодолению заболевания. В республике Тыва сифилис продолжает быть серьезной здравоохранительной проблемой.

Профилактика и информированность: Важным аспектом в борьбе с сифилисом является профилактическая работа и повышение информированности населения, а анкетирование показало, что уровень информированности у нас довольно низкий. Необходимо усилить меры по пропаганде знаний о способах передачи и проявлении сифилиса.

Совместные усилия: Решение проблемы сифилиса требует совместных усилий государственных органов, медицинских учреждений, общественности и образовательных учреждений. Только единство действий и общая информационная кампания помогут снизить распространенность этого заболевания.

Литература:

1. В тексте Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013-2015 гг. // Вестн дерматол венерол. — 2016; 3: 12-28.

2. Статистические показатели состояния здравоохранения в Республике Тыва, здоровья населения и деятельности учреждений в 2020 году //под ред. Шожат О.М., Якуненко О.В., Сарыглар С.А., Глушкова Н.А., Бумбажай Л.М., Бичекей С.А.
3. Статистические показатели состояния здравоохранения в Республике Тыва, здоровья населения и деятельности учреждений в 2021 году //под ред. Шожат О.М., Якуненко О.В., Сарыглар С.А., Глушкова Н.А., Бумбажай Л.М., Бичекей С.А.
4. Статистические показатели состояния здравоохранения в Республике Тыва, здоровья населения и деятельности учреждений в 2022 году //под ред. Шожат О.М., Якуненко О.В., Сарыглар С.А., Глушкова Н.А., Бумбажай Л.М., Бичекей С.А.
5. Статистические данные: Федеральная служба государственной статистики (РОССТАТ) rosstat.gov.ru
6. Report on global sexually transmitted infection surveillance // WHO. — 2018.ссылка

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ЖЕНЩИН К МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Мустафаева Эльмира Рустамовна
Руководитель: Белова Елена Леонидовна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»

Одной из важнейших задач, стоящих перед женщинами, готовящимися к рождению двух или более детей, является поиск способов эффективного преодоления тревог и адаптации к новым условиям. Темы, связанные с психологической поддержкой, семейной динамикой, общением с медицинским персоналом и социальной поддержкой, становятся особой актуальностью в контексте многоплодной беременности. Сложность и многогранность данной беременности требуют от женщин не только физической, но и психологической подготовки, а также разработки эффективных стратегий преодоления возможных трудностей.

Актуальность данной темы Исследование психологической адаптации женщин к многоплодной беременности, является актуальным, так как в последние годы наблюдается рост числа многоплодных беременностей и психологические аспекты остаются недостаточно изученными. По данным Красноярскстата, в 2021 году в Красноярском крае число многоплодных родов с двойнями составило 285 (570 детей), с тройнями — 7 (21 ребёнок). По информации центра охраны материнства и детства, за 2023 год в медучреждении появилось на свет 130 двоен и две тройни. .

Цель исследований: Изучить особенности психологической адаптации женщин к многоплодной беременности.

Задачи:

- 1) Изучить и проанализировать литературу по теме психологической адаптации к многоплодной беременности;
- 2) Составить диагностический материал и сформировать выборку для изучения психологической адаптации женщин к многоплодной беременности;
- 3) Обработать и проанализировать полученные результаты;
- 4) Предложить рекомендации по психологической адаптации женщин к многоплодной беременности

Объект исследования: особенности многоплодной беременности.

Предмет исследования: Психологическая адаптация женщин к многоплодной беременности.

Гипотеза: мы предполагаем, что психологическая адаптация женщин к многоплодной беременности зависит от социальной поддержки, финансовой стабильности, от уровня информированности о процессе многоплодной беременности

Методы:

- 1) Теоретический (изучение научной литературы)

2) Эмпирический (анкетирование, рисуночный тест и обработка результатов)

Эмпирическая база: 660037 г. Красноярск, Женская Консультация № 1, КГБУЗ «Красноярский межрайонный родильный дом № 4», Коломенская ул. 26 и онлайн платформа «Google форма»

Выборка: женщины с многоплодной беременностью в количестве 20 человек поделенные на две группы по возрасту

1 группа – возраст до 25 лет

2 группа – возраст 25 лет и старше

Используемые методы исследования: анкетирование, рисуночная методика «Я и мой ребёнок»

Исследование проводилось в два этапа

На первом этапе нами был проведен анализ и рассчитаны результаты анкетирования

На втором этапе были проанализированы результаты рисуночной методики «Я и мой ребенок», которые затем были сопоставлены с данными, полученными при анкетировании.

В результате проведения анкетирования респонденты разделились на две группы по критерию возраст. Группа 1 включает 50% женщин с многоплодной беременностью в женской консультации в возрасте до 25 лет. Группа 2 включает 50% женщин с многоплодной беременностью в женской консультации возрасте 25 и более лет.

В результате проведения анкетирования выявлено, что 33% опрошенных женщин с многоплодной беременностью не имеют детей, у 42% есть 1 ребёнок, у 25% есть 2 ребёнка

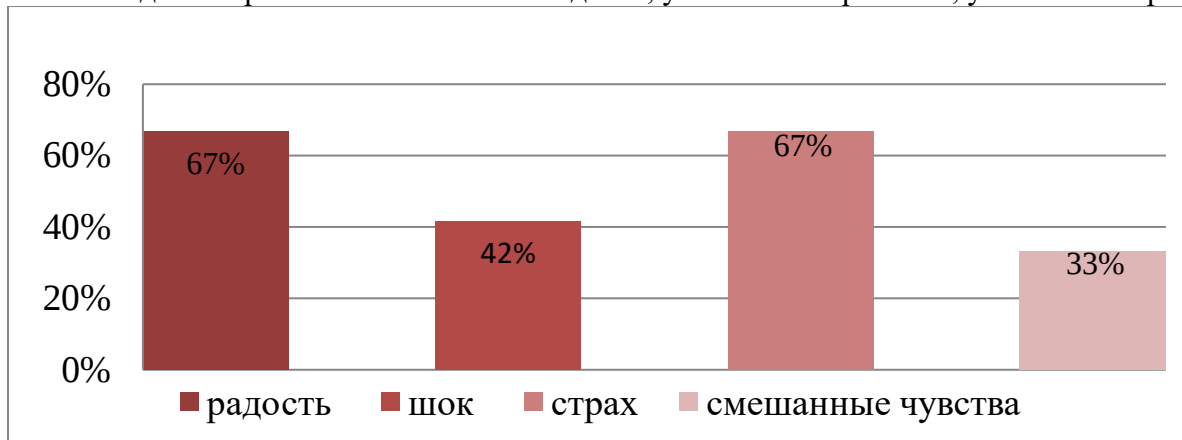


Рис 1. Эмоции, которые испытывали женщины, когда узнали о многоплодной беременности.

По данной диаграмме можно увидеть, что 67% женщин с многоплодной беременностью испытали радость и страх, когда узнали о многоплодной беременности, 42% женщин испытали шок и у 33% женщин появились смешанные чувства

В результате проведения анкетирования выявлено, что у 67% женщин отношение к беременности, когда они узнали о многоплодии стало более тревожным, у 17% женщин стало более радостным, у 8% осталось прежним и у 8% появились смешанные чувства.

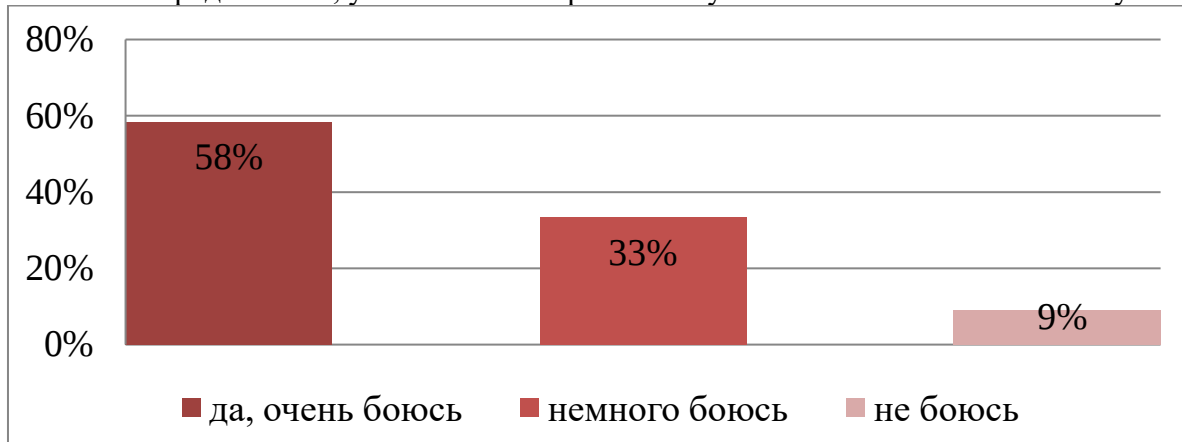


Рис 2. Страх женщин перед предстоящими родами

В результате анкетирования выявлено, что 58% женщин испытывают сильный страх перед предстоящими родами, потому как узнали много информации про возможные осложнения от медицинского персонала и из интернет источников.

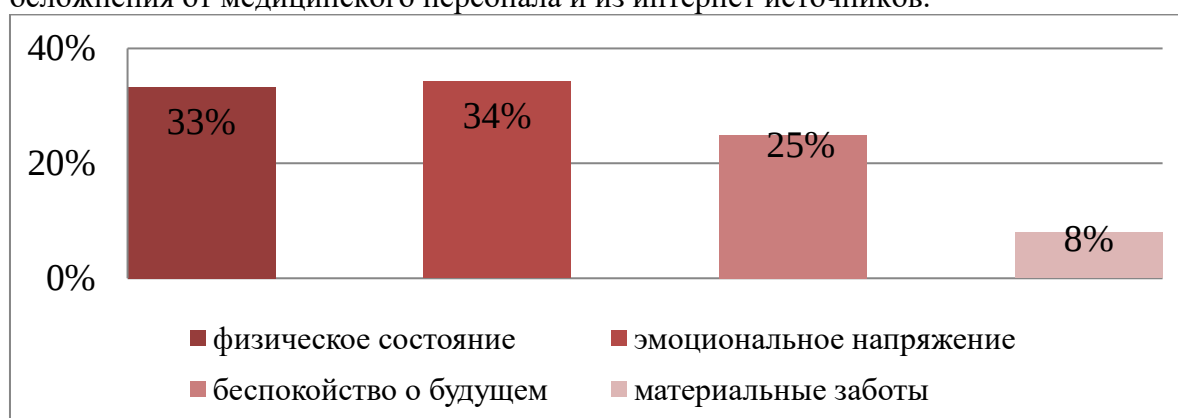


Рис 3. В данный момент наибольший стресс вызывает

При анализе ответов на анкету данные показали, что у 34% женщин наибольший стресс вызывает эмоциональное напряжение, у 33% физическое состояние, у 25% беспокойство о будущем, у 8% материальные заботы.

Ответы при анкетировании показали, что у 67% женщин с наступлением многоплодной беременности эмоциональное состояние ухудшилось

При обработке результатов анкетирования выявлено, что у 34% женщин дополнительная информация, могла бы улучшить адаптацию к многоплодной беременности, у 32% женщин профессиональная помощь специалистов, у 25% больше поддержки от близких, у 8% улучшение физического состояния.

Результаты анкетирования показали, что наибольшее влияние на психологическую адаптацию к многоплодной беременности у 31% женщин оказывает поддержка семьи и друзей.

По результатам рисуночного теста «Я и мой ребенок были получены следующие результаты:

	Наличие благоприятной ситуации	Наличие незначительных симптомов тревоги	Другие
1 группа	60%	21%	19%
2 группа	30%	57%	13%

В 1 группе 60% респондентов имеют благоприятную ситуацию, в то время как во 2 группе только 30%.

Применение рисуночной методики "Я и мой ребенок" позволило глубже понять эмоциональное состояние женщин, переживающих многоплодную беременность, а также оценить их уровень психологической адаптации. Полученные данные свидетельствуют о разнообразии чувств и реакций участниц в этой непростой ситуации.

Полученные результаты рисуночной методики «Я и мой ребёнок» позволяют сделать вывод о том, что женщины 1 группы характеризуются наличием благоприятной ситуации, а у женщин 2 группы присутствуют незначительные симптомы тревоги, неуверенности в себе, конфликтности.

Таким образом:

1. Психологическая адаптация женщин с многоплодной беременностью в большей степени зависит от социальной поддержки, финансовой стабильности, от уровня информированности о процессе многоплодной беременности. Информированность женщин о процессе многоплодной беременности, а также их психологическая подготовка, способствуют более спокойному восприятию ситуации и успешной адаптации.

2. Анализ показал, что у женщин 2 группы более высокий уровень тревожности и негативного эмоционального фона, чем у 1 группы, наблюдаются сложные эмоциональные реакции к многоплодной беременности, что затрудняет адаптацию.

3. Наши результаты подтвердили высокое значение социальной поддержки со стороны семьи, партнеров и медицинских специалистов, которая значительно способствует снижению уровня тревожности и стрессовых состояний у будущих мам. Также было отмечено, что финансовая стабильность и доступ к качественной информации помогают женщинам более уверенно воспринимать предстоящие роды и уход за несколькими детьми одновременно.

Список использованных источников

1. Артамонова Н. А. Психологическая адаптация беременных женщин / Н. А. Артамонова. — М.: Наука, 2018. — 240 с.
2. Баранова И. В. Психология многоплодной беременности / И. В. Баранова // Журнал психологических исследований. — 2019. — № 12 (3). — С. 45–52.
3. Белов В. В. Стресс и психологическая поддержка при многоплодной беременности / В. В. Белов // Психология и здоровье. — 2017. — № 4. — С. 112–118.
4. Гусев А. И. Многоплодие: особенности психологической адаптации / А. И. Гусев // Российский журнал перинатологии. — 2020. — № 8 (2). — С. 33–39.
5. Золотухина Е. В. Психологические аспекты беременности с многоплодием / Е. В. Золотухина // Вестник психологической науки. — 2016. — № 1. — С. 67–74.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

*Неретдинова Валентина Владиславовна
Руководитель: Белова Елена Леонидовна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»*

Исследовательская активность в данном направлении в последние десятилетия заметно снизилась, а имеющиеся работы посвящены изучению в первую очередь воздействия на организм внешних деструктивных факторов.

Однако подробное и глубокое рассмотрение проблемы выгорания врачей и медицинских работников женской консультации представляет значимость, с практической точки зрения открывая возможность применения полученных в результате исследования данных для разработки профилактических и коррекционных мероприятий, направленных на поддержание и укрепление психофизиологического состояния медиков.

Цель исследования: изучить теоретические и практические вопросы профилактики эмоционального выгорания у сотрудников женской консультации.

Объект исследования: факторы, определяющие возникновение, формирование и протекание синдрома эмоционального выгорания.

Предмет исследования: профилактика синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности у сотрудников женской консультации.

Гипотеза: мы предполагаем, мы предполагаем, что в профилактике синдрома эмоционального выгорания в большей мере нуждаются сотрудники более молодого возраста, со стажем работы до 10 лет.

Задачи исследования:

1. Изучить феномен «эмоционального выгорания» путем обзора литературы.
2. Сформировать выборку и разработать анкету, в которую войдут вопросы, касающиеся особенностей профессиональной деятельности и личной информации обследуемых, а так же опросник эмоционального выгорания по методике В.В.Бойко.

3. Тестирование и анкетирование сотрудников женской консультации для выявления актуального эмоционального состояния.

4. Проанализировать результаты диагностики.

5. Разработать рекомендации по способам саморегуляции эмоциональных состояний с целью профилактики эмоционального выгорания у сотрудников женской консультации.

Методы исследования :

1. Теоретический: анализ медицинской, психологической литературы.

2. Эмпирический: опросник эмоционального выгорания по методике В.В.Бойко и анкетирование.

3. Методы качественного и количественного анализа данных.

Эмпирическая часть: исследование выполнено: Красноярский край, город Красноярск, ул. Солнечный бульвар, дом 1. Краевое медицинское бюджетное учреждение здравоохранения Родильный дом №1, Женская консультация №2.

Выборка: 20 сотрудников женской консультации в возрасте от 23-50 лет, разделенные на две возрастные группы:

- 1) первая группа: 23-35 лет

- 2) вторая группа: 36-50 лет

Теоретическая значимость работы заключается в том, что в ней представлены основные подходы к определению сущности феномена эмоционального выгорания, а также систематический анализ и обобщение материалов по этой проблеме в профессиональной деятельности медицинских работников женской консультации; рассмотрены основные механизмы и последствия эмоционального выгорания и факторы его формирования; динамика развития и психологическая симптоматика синдрома, профессиональная деформация как следствие эмоционального выгорания.

Практическая ценность работы состоит в прикладном характере проделанной работы, который выражается в формулировке практических рекомендаций и разработке программы профилактических мероприятий, нацеленных на снижение симптомов синдрома эмоционального выгорания у сотрудников женской консультации.

Изучение эмоционального выгорания медицинских сотрудников женской консультации проводилось в два этапа. На первом этапе определялось базовое учреждение, в котором предполагалось проводить диагностику сотрудников по выявлению склонности к эмоциональному выгоранию. В качестве таковой была выбрана Женская консультация №1, Родильный дом №1, расположенная по адресу: Красноярский край, город Красноярск, ул. Солнечный бульвар, дом 1, коллектив которой был знаком автору дипломной работы по совместной деятельности в период прохождения практики на 2 курсе. Кроме того, данная женская консультация является муниципальным образовательным учреждением, и его сотрудники имеют гарантию профессиональной занятости, скрепленную долгосрочным трудовым договором.

В исследовании приняло участие 20 сотрудников (акушерки, медицинские сестры) в возрасте от 23 - 50 лет. При этом обращалось внимание на продолжительность профессиональной деятельности (медицинский стаж), образование, семейное положение которые могли послужить причинами эмоционального выгорания.

Для определения индивидуальной склонности медицинских работников к эмоциональному выгоранию использовались следующие методики, направленный на проверку рабочей гипотезы:

Во-первых, проводилось анкетирование сотрудников. Анкета содержит вопросы о возрасте, образовании, занимаемой должности, наличии хронических заболеваний, стаже работы, о семейном положении.

Во-вторых, был выбран тест – опросник для выявления у медицинских сотрудников уровня эмоционального выгорания, разработанный отечественным автором В.В. Бойко (1996).



Рис. 1 Возраст респондентов

По итогам проведенного анкетирования возрастной диапазон выборки составляет от 23-50 лет.

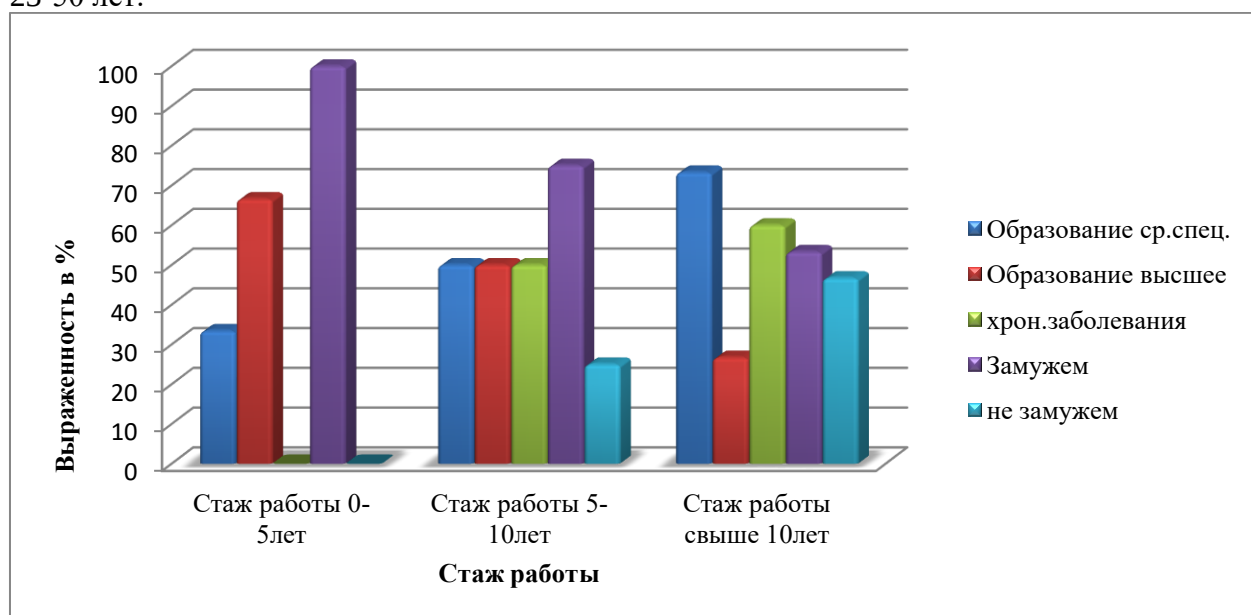


Рис. 2 Результаты анкетирования

По итогам проведенного анкетирования в группе сотрудников со стажем работы 0-5 лет (15%) все респонденты (100%) замужем, не имеют хронических заболеваний (10%), высшее образование у (67%) опрошенных.

В группе сотрудников со стажем работы 5-10 лет (20%): (50%) респондентов замужем, 75% имеют хронические заболевания, 50% имеют высшее образование.

В группе сотрудников со стажем работы свыше 10 лет (65%): 40% респондентов замужем, 45% имеют хронические заболевания, 15% с высшим образованием.

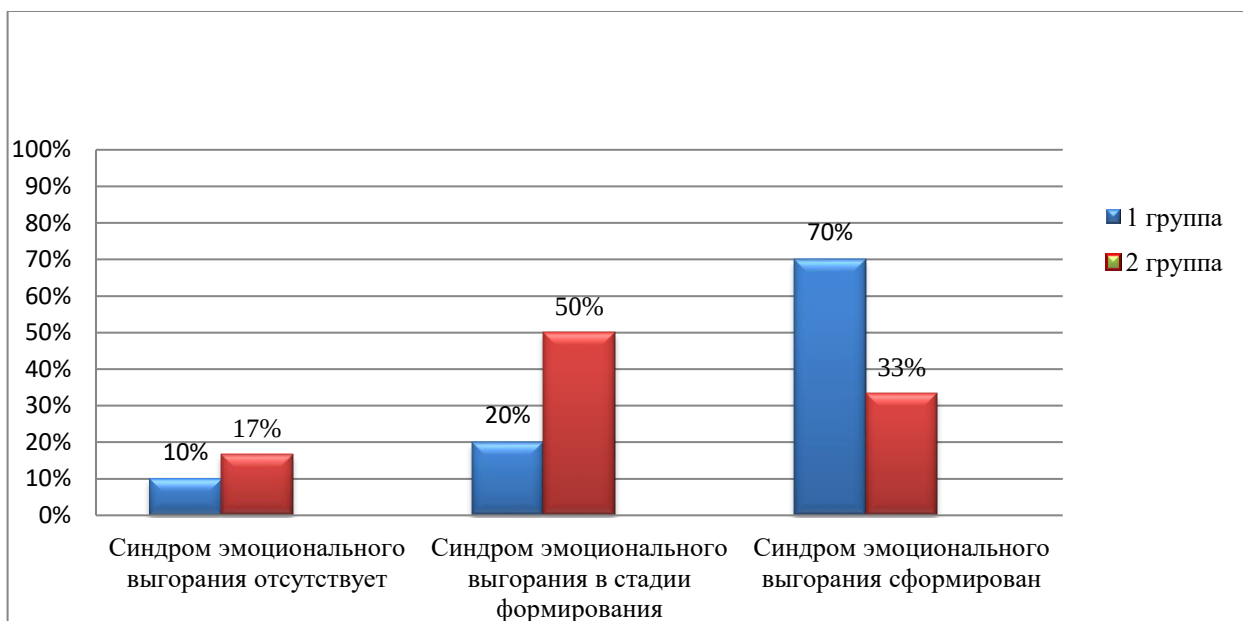


Рис. 3 Уровни сформированности синдрома эмоционального выгорания

Исходя из полученных данных, мы можем сделать вывод, что проблема «выгорания» медицинских работников Женской консультации №2 актуальна. Только у 10% обследованных в возрастной группе 23-35 лет (45,5%) не выявлен синдром «выгорания». У 50 % работников женской консультации в возрасте от 36-50 лет (54,5%), принявших участие в исследовании «выгорание» находится в стадии формирования, а у 70% сотрудников в возрасте от 23-35 лет (45,5%) данный синдром уже сформировался, что говорит о необходимости профилактики и психокоррекции их эмоционального и психического состояния.

По данным нашего исследования для медицинских работников Женской консультации №2 характерен высокий уровень профессионального стресса. Психологические реакции у сотрудников, подверженных СЭВ, проявляются в виде повышенной тревожности, нарастании общего истощения, снижения уровня энергии, угасании интереса к профессиональной деятельности. Синдром эмоционального профессионального выгорания в меньшей степени касается людей, имеющих опыт преодоления профессионального стресса, способных динамично думать и меняться в зависимости от ситуации. Сотрудник, имеющий высокую самооценку, уверенный в себе, способный поддерживать позитивный настрой к себе и людям более устойчив к проявлениям «выгорания».

Сформированный синдром «эмоционального выгорания» свойственен в большей степени группе в возрасте от 23 до 35 лет. Этот факт можно объяснить тем, что у специалиста в зрелом возрасте уже пройден этап профессионального становления и адаптации к профессии, определены конкретные цели, сформированы профессиональные интересы, выработаны механизмы профессионального самосохранения.

В отдельных случаях состояние сотрудников с опытом работы 5 – 10 лет объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто не соответствующей их ожиданиям относительно профессиональной деятельности. Появление отрицательной корреляции объясняется возрастной переоценкой ценностей и видоизменением в ходе личностного роста иерархии мотивов.

На основании полученных результатов можно разработать для сотрудников данного учреждения и рекомендовать меры профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Профилактика синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников, особенно актуальна в период проведения реформ, которые приводят к интенсификации профессиональной деятельности. Профилактика

предусматривает выпуск для медицинских работников буклетов и памяток по проблемам профилактики и преодоления симптомов профессионального выгорания, хронической усталости и стресса.

Занятия предусматривают такие средства и формы, как активное слушание, релаксационные упражнения, методы игро-, цвето-, музыка- и арттерапии, мини-лекции, практические коррекционные и релаксационные занятия.

Список использованных источников:

1. Бойко, В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко // СПб.: Питер, 2017. – 105стр
2. Арутюнов А.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у акушеров-гинекологов и методы его профилактики. Автореферат дисс. канд. мед. Наук, М., 2015, с.27.
3. Бакумов, П. А. Возможности оптимизации качества жизни медицинских работников / П. А. Бакумов, Е. А. Зернюкова, Е. Р. Гречкина // Вестник ВолгГМУ. – 2018. – Вып.1 (41). – С. 75–77.
4. Балахонов, А. В. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии / А. В. Балахонов, В. Г. Белов, Е. Д. Пятибрат, А. О. Пятибрат // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2015. – Вып. 3, сер. 11. – С. 57–71.

ВЛИЯНИЕ НЕПОЛНОЦЕННОГО СНА НА ЗДОРОВЬЕ И УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ

Сам Алдын-Шуру Бай-Вековна
Руководитель: Сам Алимаа Делег-ооловна
ГБПОУ РТ «РМК»

Полноценный сон играет важную роль для организма человека. Во время сна тело отдыхает и восстанавливается, а мозг обрабатывает данные полученные в течение дня и складывает их в одну общую картину, которую мы видим в виде сновидений. Сон также важен для когнитивных функций, таких как память и внимание. Недостаток сна особенно актуален среди студентов, так как они сталкиваются с большим уровнем стресса, большой учебной нагрузкой, а многие из них совмещают учебу и работу. В результате чего студенты жертвуют своим сном для выполнения своих заданий. Это все негативно сказывается на учебе, здоровье и психо-эмоциональном состоянии студентов. Кроме того недостаток сна может привести к хронической усталости, к снижению концентрации и внимания. Поэтому важно уделять достаточное количество времени ко сну и качественному отдыху.

Цель: Определить влияние неполноценного сна на здоровье и успеваемость студентов, выявить причины их возникновения.

Задачи исследования:

- Изучить всю информацию о сне и его влияния на организм человека.
- Провести опрос о качестве сна у студентов и проанализировать полученные данные.
- **Составить рекомендации по улучшению качества сна для наилучшего влияния на успеваемость и здоровье студентов.**

Методы исследования:

- Поиск и сбор информации
- Анкетирование
- Статистическая обработка данных
- Сравнительный анализ

Теоретическая часть.

Сон — сложный физиологический процесс, который делится на несколько фаз, каждая из которых играет свою роль в восстановлении организма и поддержании когнитивных функций. Рассмотрим основные этапы сна и их характеристики.

Фазы сна

Медленный сон (NREM-сон)

Медленный сон состоит из нескольких стадий:

1. Стадия N1 (дремота):

- Легкая стадия сна, переход от бодрствования ко сну.
- Занимает около 5% общего времени сна.
- Характеризуется снижением мышечной активности и замедлением сердечного ритма.

2. Стадия N2:

- Более глубокий сон, чем N1.
- Длится примерно 45–55% всего сна.
- Происходит дальнейшее снижение температуры тела и мышечного тонуса.
- Начинают появляться быстрые движения глаз, хотя фаза еще считается медленной.

3. Стадии N3 (глубокий сон):

- Самая глубокая фаза сна.
- Обычно занимает около 15–25% времени сна.
- Во время этой стадии происходит восстановление тканей, укрепление иммунной системы и улучшение метаболизма.
- Труднее просыпаться, если разбудить человека в этот период.

Быстрый сон (REM-сон)

Быстрая фаза сна (REM):

- Этот этап характеризуется активными движениями глаз под закрытыми веками.
- Сопровождается повышенной активностью мозга, похожей на состояние бодрствования.
- Занимает около 20–25% общей продолжительности сна.
- В REM-фазе человек видит яркие сновидения, а мышцы тела остаются расслабленными.
- Важна для консолидации памяти и эмоциональной регуляции.

Продолжительность фаз сна

Каждая ночь включает в себя несколько циклов сна, состоящих из чередования NREM и REM-фаз. Полный цикл длится приблизительно 90 минут, и за ночь человек проходит через 4–6 таких циклов.

1. Первый цикл: начинается с N1, переходит в N2, затем в N3 и заканчивается коротким периодом REM.

2. Последующие циклы: постепенно увеличивается доля REM-сна, а глубокого сна становится меньше.

Значимость каждой фазы для восстановления

1. N1 и N2:

- Подготовка организма к более глубоким стадиям сна.
- Начальное расслабление мышц и снижение активности мозга.

2. N3:

- Период интенсивного физического восстановления.
- Выработка гормонов роста, необходимых для регенерации клеток и тканей.
- Улучшение работы иммунной системы.

3. REM:

- Обработываются эмоции и воспоминания.
- Консолидируется информация, полученная днем.
- Поддерживается креативность и способность решать проблемы.

Правильное соотношение всех фаз сна критически важно для поддержания здоровья и хорошего самочувствия. Недостаток любой из фаз может привести к усталости, снижению концентрации внимания, ухудшению настроения и даже хроническим заболеваниям.

Гормоны которые выделяются во время сна:

Мелатонин

Мелатонин выделяется шишковидной железой головного мозга преимущественно в ночное время. Его основной функцией является регуляция циркадных ритмов организма – настройка внутренних часов на смену дня и ночи. Мелатонин также способствует восстановлению клеток и поддерживает иммунную систему.

Гормон роста

Гормон роста достигает максимальной концентрации именно ночью, особенно в первой половине сна. Гормон роста регулирует обмен веществ, стимулирует рост тканей, регенерацию клеток, восстановление мышц и костей.

Кортизол

Хотя кортизол известен как гормон стресса, его концентрация повышается ближе к утру. Это помогает подготовить организм к пробуждению, повышая уровень сахара в крови перед началом нового дня, что дает заряд энергии.

Инсулин

Во время глубокого сна определенные мозговые волны активируют нервную систему, которая повышает чувствительность к инсулину и облегчает всасывание глюкозы из крови в клетки. Благодаря этому уровень сахара в не повышается, что уменьшает риск развития диабета.

Лептин

Лептин – гормон сытости, он посылает в мозг сигнал о том, что пора прекратить прием пищи. Уровень лептина обычно низкий во время бодрствования и повышается во время сна.

Гренил

Это гормон голода. Во время сна происходит повышение общего уровня гренила, и в норме после пробуждения испытывать голод.

Тестостерон

Гормон, важный для мышечной массы, силы и общего самочувствия у мужчин и женщин. Большая часть тестостерона вырабатывается во время сна.

Влияние неполноценного сна на здоровье.

1. Ухудшение когнитивных функций

Недостаток сна негативно влияет на память, внимание и способность к обучению. Подростки, страдающие от недостатка сна, испытывают трудности с концентрацией внимания, запоминанием новой информации и решением сложных задач.

2. Эмоциональная нестабильность

Недосыпание может привести к повышенной раздражительности, тревожности и депрессии. У подростков недостаток сна часто ассоциируется с резкими перепадами настроения и снижением уровня эмоциональной устойчивости.

3. Повышенный риск развития диабета

Исследования показывают, что хроническое недосыпание связано с нарушением регуляции уровня глюкозы в крови, что увеличивает риск развития сахарного диабета второго типа.

4. Проблемы с иммунной системой

Сон играет важную роль в поддержании нормальной работы иммунной системы. Недостаток сна ослабляет иммунную реакцию организма, делая человека более уязвимым перед инфекциями и болезнями.

5. Сердечно-сосудистые заболевания

Длительное недосыпание может способствовать повышению артериального давления и увеличению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая инфаркт миокарда и инсульт.

6. Ожирение

Недостаток сна нарушает гормональный баланс, особенно уровень лептина (гормона насыщения) и грелина (гормона голода), что может привести к перееданию и набору

лишнего веса.

7. Задержка роста и полового созревания

Во время сна вырабатывается гормон роста, который важен для нормального физического развития подростков. Недостаток сна может замедлить процесс роста и задержать половое созревание.

8. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

У некоторых подростков недостаток сна может усугублять симптомы СДВГ, включая повышенную импульсивность и неспособность сосредоточиться.

Влияние сна на когнитивные функции.

На счет взаимосвязи сна и когнитивных функций, таких как внимание, память и способность к обучению у студентов, проводилось исследование, опубликованное в журнале «Дневник науки» (2024)

Результаты исследования показали, что студенты с регулярными нарушениями сна демонстрируют более низкие показатели внимания и памяти. Большинство студентов не соблюдали рекомендованную продолжительность сна, что приводило к ухудшению умственных способностей и снижению учебной продуктивности.

Некоторые выводы исследования ученых:

- Недостаток сна влияет на способность концентрироваться и обращать внимание, затрудняя эффективную обработку информации. Ведь организм будет экономить свою энергию, тем самым замедляя работу мозга. Это может привести к снижению обучаемости и способности осваивать новые навыки.

- Проблемы с памятью и запоминанием возникают, когда человек не высыпается. Ведь именно во время сна наш мозг обрабатывает и запоминает всю информацию, которую получил за день, а без сна ухудшается долгосрочная и кратковременная память.

- Снижается способность решать проблемы. Сон играет решающую роль в консолидации когнитивных процессов, связанных с решением проблем и принятием решений. Когда человек лишён сна, его способность мыслить стратегически и находить эффективные решения снижается.

- Происходят резкие изменения настроения и мотивации. Недостаток сна может вызвать дисбаланс гормонов, отвечающих за настроение и приведёт к снижению мотивации к обучению и повышению уровня стресса и тревоги.

Практическая часть.

Чтобы выявить влияние неполноценного сна на здоровье и успеваемость студентов, узнать причины его возникновения мною был проведен опрос среди студентов первого курса сестринского дела «Причины неполноценного сна у студентов».

Вопросы опроса: «Причины неполноценного сна у студентов»

1. Высокий уровень стресса, связанный с большой учебной нагрузкой, который приводит к бессоннице или нарушает качество сна.

2. Неправильный режим дня. Ночные занятия работа до поздней ночи.

3. Переутомление. Совмещение учебы и вне учебной активности.

4. Проблемы с окружающей средой и условиями проживания.

5. Социальные сети и гаджеты.

6. Недостаток физической активности.

7. Злоупотребление стимуляторами.

8. Психологические проблемы.

Всего приняли участие 82 студента.



В результате проведенного опроса выявлено, что

- 1) 23% респондентов недосыпают из-за совмещения учебной деятельности и вне учебной активности, т. к участвуют в различных конкурсах, мероприятиях и т.д.
- 2) Из-за неправильного режима и ночной работы 21% опрошенных не досыпают норму сна.
- 3) 17% опрошенных страдают из-за большой учебной нагрузки и злоупотребления гаджетами, в том числе социальными сетями.
- 4) Физическая активность для полноценного сна не хватает у 9% опрошенных студентов.
- 5) 7% студентов имеют проблемы с окружающей средой и условиями проживания т.к. проживают в общежитии и нет полноценного надзора или живут за пределами города
- 6) Стимуляторами злоупотребляют 6% опрошенных (кофе, энергетические напитки)

Заключение

В ходе данной работы мы поняли, что неполноценный сон пагубно влияет на здоровье и успеваемость студента. Недостаток качественного сна приводит к ухудшению когнитивных функций, снижению памяти, что напрямую влияет на успеваемость, недосып приводит к развитию различных заболеваний. Для поддержания здоровья и высокой успеваемости надо соблюдать рекомендации по качественному сну и злоупотреблять гаджетами.

Рекомендации для улучшения качества сна:

- Регулярный график сна. Ложитесь спать и просыпайтесь в одно и то же время каждый день, даже в выходные.
- Создание комфортной обстановки. Убедитесь, что спальня тёмная, тихая и прохладная. Используйте темные шторы, маску для сна и беруши, если необходимо.
- Ограничение времени перед экраном. Избегайте использования телефонов, компьютеров и телевизоров за час до сна. Синий свет, излучаемый экранами, может нарушать выработку мелатонина.
- Физическая активность. Регулярные физические упражнения могут помочь улучшить качество сна. Однако старайтесь не заниматься интенсивной физической активностью непосредственно перед сном.
- Избегание тяжёлой пищи и кофеина. Не ешьте тяжёлую пищу и не употребляйте кофеин за несколько часов до сна, так как это может мешать засыпанию.
- Релаксация перед сном. Занимайтесь расслабляющими практиками, такими как йога, медитация или чтение, чтобы подготовить тело к сну.
- Ограничение дневного сна. Если вы чувствуете необходимость вздремнуть, старайтесь делать это не дольше 20–30 минут и не позднее 15:00.

- Ограничение потребления жидкости перед сном. Старайтесь не пить много жидкости за 1–2 часа до сна, чтобы избежать частых пробуждений для посещения туалета.
- Если у вас постоянные проблемы со сном, обратитесь к врачу. Он может помочь выявить причины и предложить лечение или терапию.

Список используемой литературы:

1. «Почему мы спим: новая наука о сне и бодрствовании» - Джеффри Иллиес.
2. «Недостаток сна: почему плохо спать и как восстановить режим» - Шон Янгстедт, Кристофер Дрейк.
3. «Зачем мы спим. Новая наука о сне и сновидениях» - М. Уолкер.
4. Журнал «Дневник науки»(2024) .
5. chatgpt.org
6. t.me/gigachat_bot
7. ya.ru

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СТРАХА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Тмоян Анастасия Владимировна
Руководитель: Лушников Дарья Владимировна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»

Основа профессиональных и общих компетенций медицинской сестры включает в себя: подготовку пациента к медицинским вмешательствам, умение разговаривать с пациентами, представлять информацию в понятной для пациента форме и объяснять ему суть вмешательств, повышать его эмоциональный настрой на выздоровление его состояния, принимать меры по сохранению и укреплению здоровья пациента, проведение реабилитационных мероприятий по отношению к пациенту, осуществление сестринского ухода за пациентами с различными заболеваниями и состояниями. Статистика Красноярского края такова, что тромбоэмболия легочной артерии выявляется у 35-40 человек на 100 тыс. населения, а тридцатидневная летальность от ТЭЛА у пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) достигает 6%. 10-15% пациентов с массивной ТЭЛА умирают в течение 5 лет вследствие хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (ХТЭЛГ).[4,5]

Целью работы явилось изучение страха внезапной смерти у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии и его профилактика в рамках деятельности медицинской сестры.

Задачи:

- 1) Провести теоретический анализ проблемы психологии пациентов.
- 2) Провести эмпирическое исследование эмоциональной сферы пациентов с тромбоэмболией легочной артерии.
- 3) Провести анализ полученных результатов.
- 4) Составить практические рекомендации для помощи пациентам с тромбоэмболией легочной артерии по профилактике страха внезапной смерти.

Объект исследования: деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: свойства эмоциональной сферы, включающий страх внезапной смерти у пациентов с тромбоэмболией легочной артерии.

Гипотеза: мы предполагаем, что существуют различия в отношении к смерти, а именно: у женщин больше, чем у мужчин выражена оптимистичная жизненная позиция, присуще отношение к смерти как к естественной неизбежности, в то же время мужчины обнаруживают более высокую эмоциональную устойчивость и самокритичность, характерен средний уровень страха, решимость в преодолении препятствий, чем женщины.

Методы:

1. Теоретический анализ литературы
2. Опросник «Отношение к смерти», разработанный К.А. Чистопольской.
3. «Шкала психологического благополучия К. Рифф» в адаптации Л.В. Жуковской, Е. Г. Трошихиной.[3]

Эмпирическая база: КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск, ул. Партизана Железняка 3а

Выборка: 30 пациентов с тромбоэмболией легочной артерии: 15 пациентов мужского пола и 15 пациентов женского пола.

Данные о количестве респондентов с разными уровнями отношения к смерти по методике К.А. Чистопольской по выборке представлены ниже.

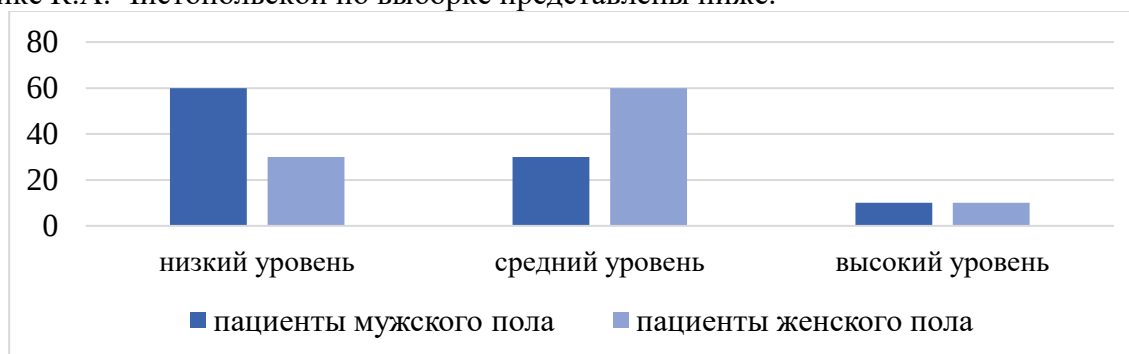


Рисунок 1 - Показатели шкалы «Принятие-приближение к смерти» в исследуемых группах

Шкала «Принятие приближение к смерти» измеряет религиозный взгляд на смерть. Анализ результатов показывает, что по данной шкале 60% респондентов 1 группы имеют низкие показатели, что может говорить о том, что представители данной группы не верят в жизнь после смерти. Среди респондентов у 10 % обеих групп отмечены высокие значения по этой шкале, что возможно объяснить верой в жизнь после смерти и сильным страхом смерти, который является одной из причин их обращение к религии.

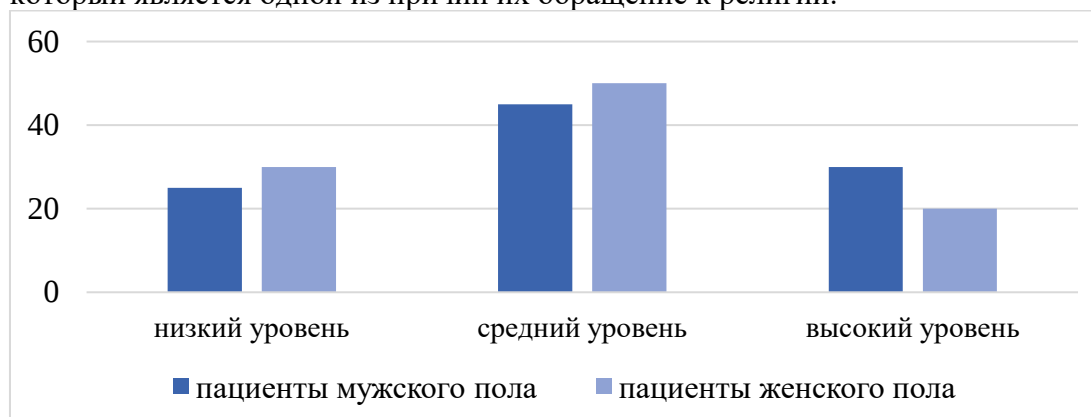


Рисунок 2 - Показатели шкалы «Избегание темы смерти» в исследуемых группах

По шкале «Избегание темы смерти» почти у половины респондентов (45 и 50%) зафиксированы средние баллы, что говорит о том, что данная группа респондентов совладеет со страхом смерти посредством ограждения себя и близких от негативной информации. Высокие баллы отмечены у каждого пятого респондента, то есть это те, кто достаточно сильно беспокоится за себя и других и не боится забвения.

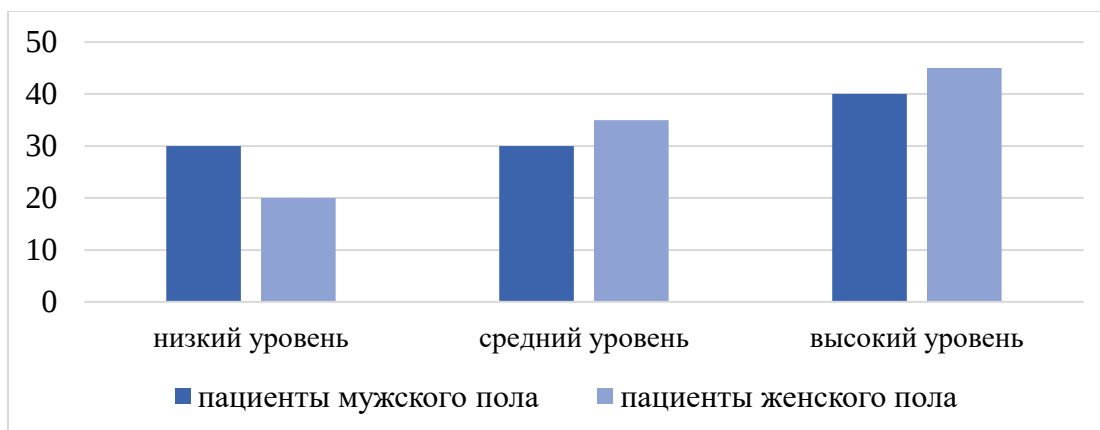


Рисунок 3 - Показатели шкалы «Страх смерти» в исследуемых группах

Анализ результатов по шкале «Страх смерти» показывает, что треть респондентов, а именно 30 и 35% соответственно, показали средний балл по шкале, что может говорить об их нейтральном отношении к смерти. Высокие баллы по шкале отмечено у 40 и 45% респондентов, что, возможно, говорит об их сильном страхе неизвестности, непредсказуемости и непонятности смерти, а также страхе забвения. Почти треть выборки (20 и 30 %) показали низкие баллы по шкале. Это может говорить о том, что им присуще чувство бессмертия (которое может достигаться через продолжение рода, творчество, религиозную веру в жизнь после смерти, растворение в природе), либо о том, что респонденты данной группы удовлетворены своей жизнью настолько, что не боятся умереть.

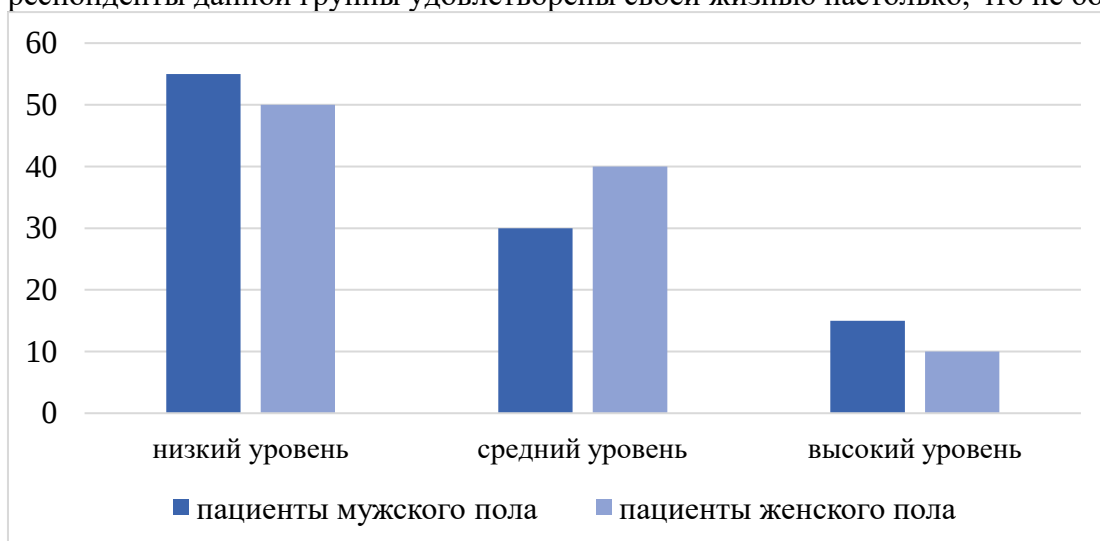


Рисунок 4 - Показатели шкалы «Принятие смерти как бегство» в исследуемых группах

По данной шкале больше половины респондентов (55 %) 1 группы показали низкие баллы. Можно предположить, что они либо удовлетворены своей жизнью, либо им свойственно не верить в лучшую жизнь после смерти. Высокий балл по шкале отмечен у 15 % респондентов мужской выборки, то есть они рассматривают смерть как возможность бегства от тягот повседневной, непомерной для них жизни, и возможно, имеют суицидальный радикал. 40 % респондентов женской группы со средними показателями воспринимают смерть как естественную неизбежность.

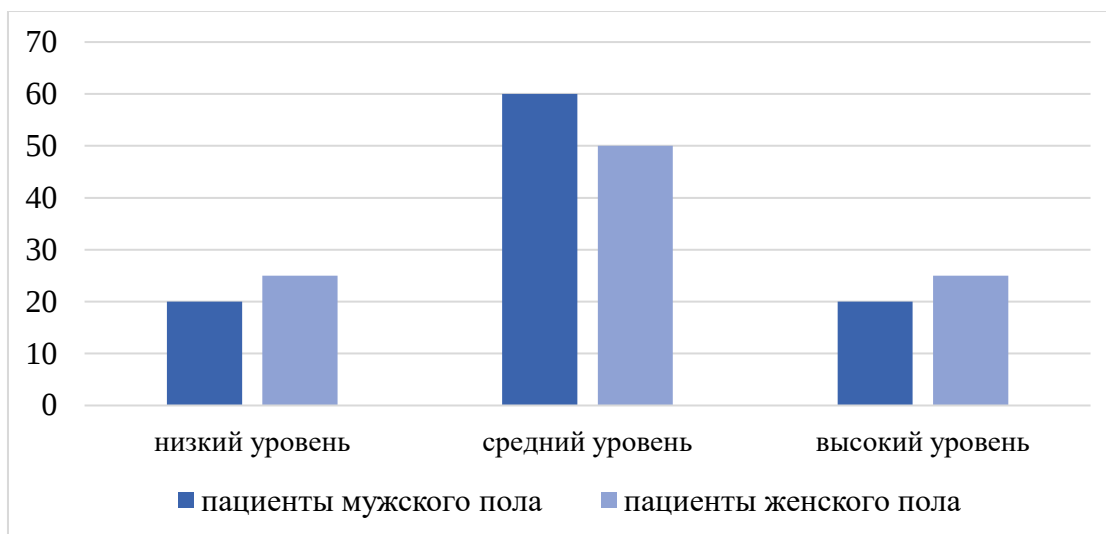


Рисунок 5 - Показатели шкалы «Нейтральное принятие смерти» в исследуемых группах

У большего количества респондентов первой выборки (60 %) отмечены средние баллы по шкале, и еще 20 % респондентов имеют высокие показатели. Это, возможно, указывает на зрелость данной категории респондентов. Низкие показатели по данной шкале у 25 % испытуемых 2 группы, что может свидетельствовать об их сильном страхе смерти.

Данные о количестве респондентов с разными уровнями психологического благополучия по методике К. Рифф представлены ниже.

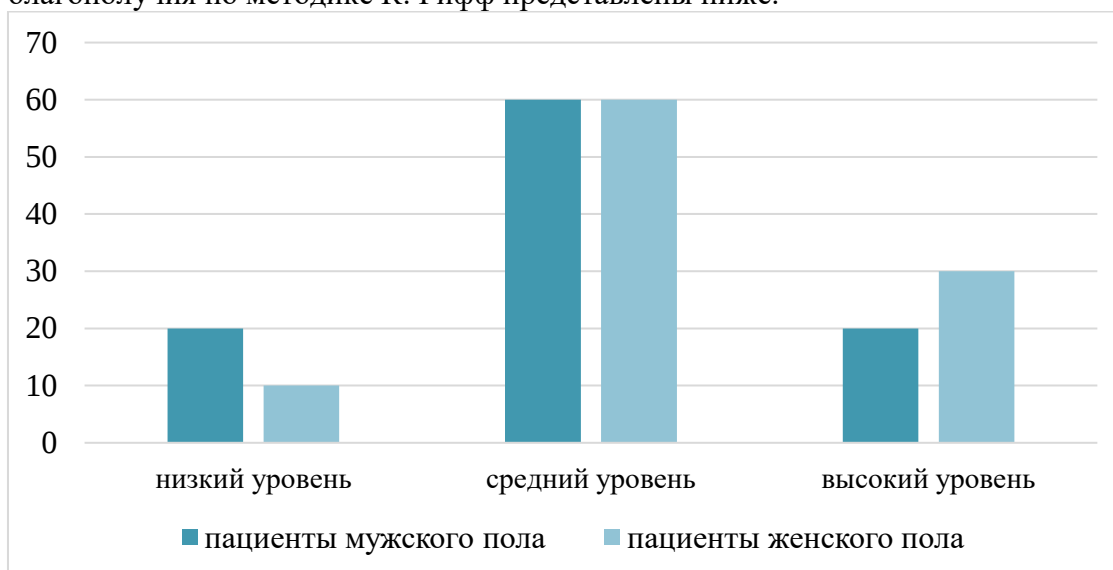


Рисунок 6 - Показатели респондентов по шкале общего психологического благополучия.

Результаты исследования по шкале «Общий показатель психологического благополучия» показали, что большая часть респондентов обеих выборок (60%) оценивает свой уровень психологического благополучия как средний и высокий, то есть в той или иной степени положительно. Психологическое благополучие связывается с внутренней целостностью человека, высокой степенью самопринятия, при этом в жизни человека преобладают положительные эмоции, присутствуют доверительные взаимоотношения, существует осознание жизненных смыслов, высокая степень самореализации и позитивная мотивация. Так как психологическое благополучие является сложным конструктом, были рассмотрены различия в показателях его составляющих. Данные о количестве респондентов с разными уровнями показателей по шкалам психологического благополучия К. Рифф по выборке в целом представлены ниже.

Анализ результатов по шкале «Автономность» выявил средние значения у большинства респондентов (70 % и 65%), что указывает на достаточный уровень их

независимости от общественного мнения, наличие способности самостоятельно регулировать свое поведение. 20 % оценили свой уровень автономности, как высокий. С другой стороны, это может неблагоприятно сказаться на социальной жизни, именно препятствовать соблюдению социальных правил и требований. При этом есть и небольшой процент респондентов 2 группы (15%) с низким уровнем по данной шкале, что указывает на их зависимость от суждений и оценки других людей, отсутствие умения сопротивляться давлению социальной среды.

По шкале «Компетентность» для 50 % респондентов первой группы и 45% второй - присущи средние значения. 35 % респондентов мужской выборки с низкими показателями по данной шкале не обладают способностями эффективно организовывать свою деятельность, ощущают бессилие в отношении изменения условий своей жизни, пессимистично настроены.

Анализ результатов по шкале «Личностный рост» показал, что большая часть респондентов, а именно 80 %, женщин, оценивают уровень реализации своего потенциала как средний, что указывает на то, что испытуемые видят себя достаточно открытыми новому опыту, по мере возможностей развивающимися и самосовершенствующимися. Для 15% мужской выборки характерен высокий уровень самореализации.

По шкале «Позитивные отношения» у 60 % респондентов первой выборки преобладают средние значения, это указывает на то, что они ощущают себя компетентными в сфере построения отношений с окружающими людьми. Они склонны к сочувствию, к проявлению заботы о других людях, к взаимным уступкам в общении. 25% респондентов первой группы с низкими значениями по этой шкале чувствуют трудности в общении с людьми, им сложно быть в контакте с другими людьми, раскрывать себя в общении, идти на взаимные уступки. При этом больше 10 % респондентов оценивает свой уровень отношений как высокий, это означает, что эти респонденты удовлетворены наличием доверительных, близких отношений с другими людьми, обладают способностью к сопереживанию, сознают важность взаимных компромиссов в отношениях с другими людьми.

По шкале «Жизненные цели» у большинства респондентов (50 %) зафиксированы средние показатели, что говорит о наличии у них намерений и целей в жизни. При этом 35 % респондентов мужской выборки обладают низким баллом по данной шкале, что говорит об отсутствии смысла в жизни, ограниченности целей. А 20 %, наоборот, считают, что у них есть все основания и причины для того, чтобы жить, имеют цели и чувство направленности.

Анализ результатов по шкале «Самопринятие» выявил так же больший процент респондентов (50 % и 60%), имеющих средние показатели. Это указывает на достаточный уровень принятия себя респондентами. При этом всего 15 % респондентов первой группы имеют низкие показатели по данной шкале, что говорит о критичном отношении к себе, неудовлетворенности собой. 30 % респондентов 2 группы позитивно относятся к себе и своему прошлому, осознают и принимают свои разные стороны, как положительные, так и отрицательные.

Цель работы достигнута. Сравнительный анализ показателей психологического благополучия и отношения к смерти у мужчин и женщин подтвердил выдвинутую гипотезу о их различиях. Женщины выше оценивают свой уровень счастья, а также психологического благополучия за счет большего стремления к личностному росту и более позитивных отношений с окружающими. Они более оптимистично относятся к смерти и в большей степени склонны верить в жизнь после смерти. Действительно существуют различия в отношении к смерти, а именно: у женщин больше, чем у мужчин выражена оптимистичная жизненная позиция, присуще отношение к смерти как к естественной неизбежности, в то же время мужчины обнаруживают более высокую эмоциональную устойчивость и самокритичность, характерен средний уровень страха, решимость в преодолении препятствий, чем женщины. [1,2]

Работа обладает теоретической и практической значимостью. Полученные результаты могут быть использованы при разработке программы психологического сопровождения пациентов, позволяющей осуществлять психологическую подготовку пациентов к операции

и последующему лечению, оптимизировать психологическое сопровождение, вплоть до терминального.

Практическая ценность данного исследования заключается в разработке информационных иллюстрированных буклетов для пациентов КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Список использованных источников

1. Аншелевич, Ю.В. Тромбоэмболия легочной артерии / Ю.В. Аншелевич, Т.А. Сорокина. - Рига: Зинатне, 2013. - 183 с.
2. Арьес, Ф. Человек перед лицом смерти / Арьес Ф. Пер. с фр.; общ. ред. С.В. Оболенской; предисл. А.Я. Гуревича. М.: Издательская группа «Прогресс»; «Прогресс-Академия», – 1992. – 528 с.
3. Комаров Ф.И., Кукес В.Г., Сметнев А.И. «Внутренние болезни» Учебник/– 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2011.
4. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. – М.: София, 2001. – 645 с.
5. Асеева, И.А. Ультразвуковая диагностика тромбозов вен нижних конечностей у травматологических больных / И.А. Асеева, А.В. Зубарев, А.Р. Статкевич // Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2001. - № 2. - С. 77-82.

ПРОКРАСТИНАЦИЯ – ФЕНОМЕН СОВРЕМЕННОСТИ

Холопова Олеся Владимировна

*Руководитель: Булдакова Нина Павловна
КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»*

Прокрастинфация - это постоянное откладывание важных дел, порой даже срочных дел, которое сопровождается беспокойными мыслями о бездействии, приводит к жизненным проблемам и негативным психологическим эффектам.

Прокрастинация проявляется в том, что человек, осознавая необходимость выполнения вполне конкретных важных дел (например, своих должностных обязанностей), пренебрегает этой необходимостью и отвлекает своё внимание на бытовые мелочи или развлечения. В той или иной мере это состояние знакомо большинству людей и до определённого уровня считается нормальным. Прокрастинация становится проблемой, когда превращается в обычное «рабочее» состояние, в котором человек проводит большую часть времени. Такой человек откладывает всё важное «на потом», а когда оказывается, что все сроки уже прошли, либо просто отказывается от запланированного, либо пытается сделать всё отложенное «рывком», за невозможно короткий промежуток времени. В результате дела не выполняются или выполняются некачественно, с опозданием и не в полном объёме, что приводит к соответствующим отрицательным эффектам в виде неприятностей по службе, упущенных возможностей, недовольства окружающих из-за невыполнения обязательств и тому подобного. Следствием этого может быть стресс, чувство вины, потеря производительности. Комбинация этих чувств и перерасхода сил (сначала — на второстепенные дела и борьбу с нарастающей тревогой, затем — на работу в авральном темпе) может спровоцировать дальнейшую прокрастинацию.

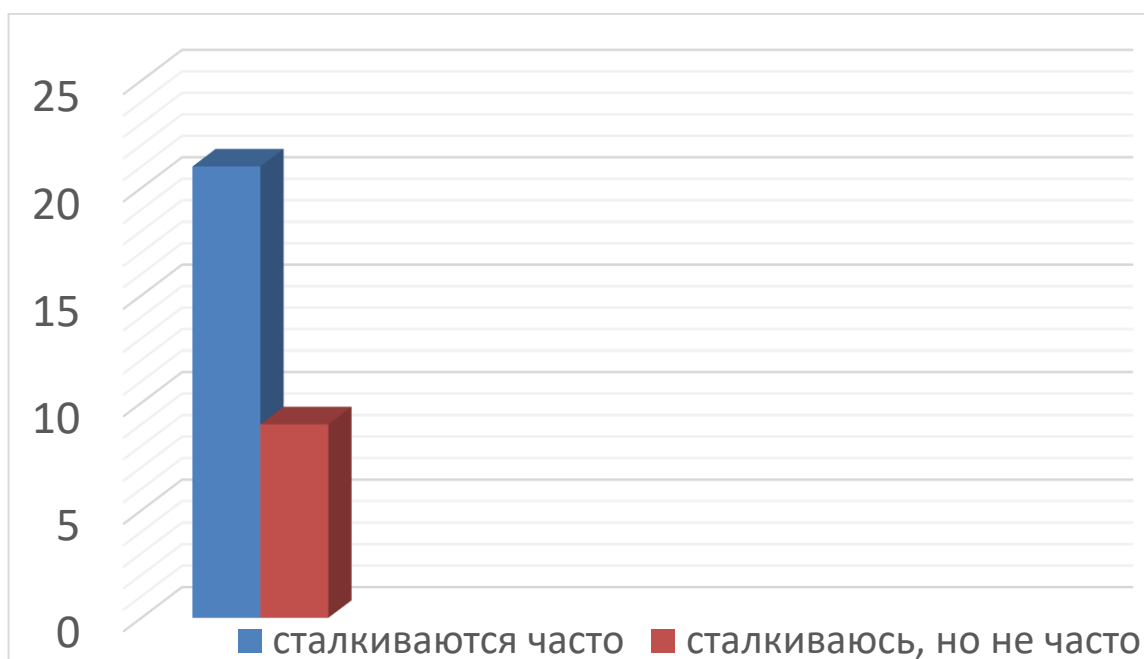
Для того, чтобы выполнить данную исследовательскую работу, потребовалась узнать, как часто студенты сталкиваются с таким феноменом, как справляются и как на их взгляд развивается данное явление.

Было решено провести анкетирование по методике М.А. Киселевой среди обучающихся 631 группы, количество респондентов 21.

Опрос был следующего содержания:

Вопрос №1: Как часто вы сталкиваетесь с прокрастинацией?

Для удобства я привела ответы в виде гистограммы.



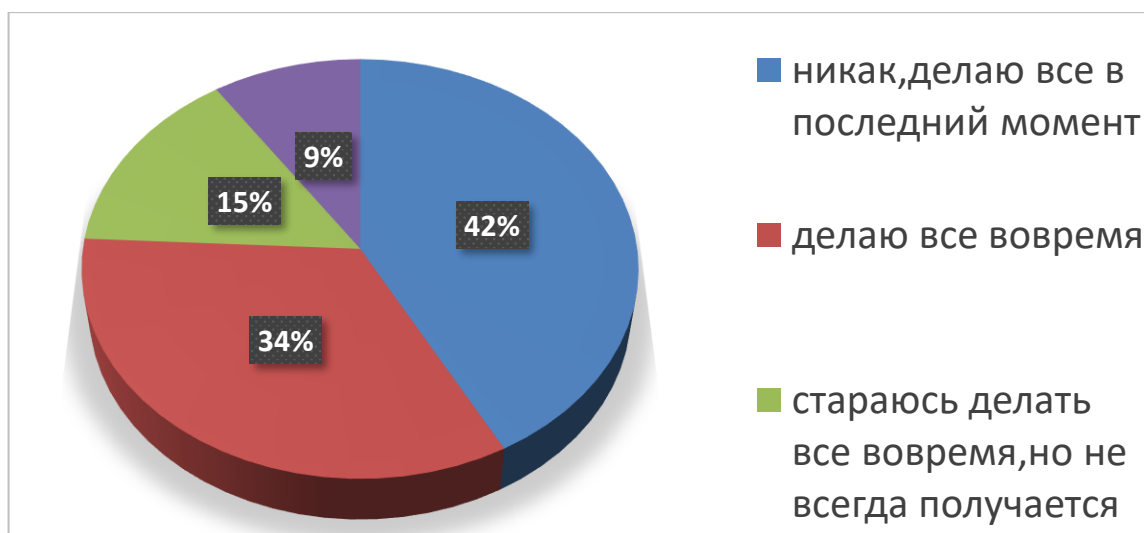
Большая доля опрошенных склонны к постоянному откладыванию дел в долгосрочной перспективе. Причинами такого поведения может стать: неуспеваемость в школе и выполнение обязанностей в самый последний момент, следствием такого поведения может стать нервный срыв. Но стоит помнить, что причиной системного откладывания дел может стать и загруженность по учебе, что тоже ведет к невыполнению задачи вовремя.

Меньшая доля сталкиваются с прокрастинацией, но в отличии от преобладающей доли, данная категория отмечает это явление гораздо реже. Возможные причины данных результатов кроются в дисциплинированности и самообладании человека. Как правило, эти люди относятся к выполнению какой-либо работы с большей ответственностью, поэтому выполняют большинство задач в срок.

Так, мы приходим к выводу, что большая доля опрошенных среди школьников сталкивались или продолжают сталкиваться с данным явлением. Причины данного поведения весьма разнообразны и строго индивидуальны. Явление прокрастинации распространено среди школьников.

Вопрос №2: Как вы справляетесь с желанием откладывать дела на потом?

Ответы были приведены в качестве круговой диаграммы :



Из опроса становится видно, что большинство людей выполняют срочные дела в последний момент, что зачастую присуще школьникам такого возраста. Такие люди обычно пускают все на самотек, не задумываясь о возможных последствиях. Работа, выполненная в сжатые сроки может быть некачественной, а попытка успеть все и сразу ведет к стрессу обучающегося. Такие ученики не умеют справиться с феноменом прокрастинации, что приводит к негативным последствиям.

Также есть доля опрошенных, которые делают все вовремя. Обычно, такие люди отличаются концентрацией, а также относятся к выполнению задач с полной ответственностью. Доля опрошенных объясняют это так:

- 1) Умение правильно и грамотно распоряжаться своим временем.
- 2) Расставление приоритетов.
- 3) Дисциплинированность и концентрация.

Такие ученики хорошо справляются с прокрастинацией, выполняя или даже перевыполняя работу. Но следуют помнить, что переработка может привести к выгоранию, поэтому регулярный отдых необходим.

Некоторые стараются делать все дела вовремя, но иной раз не могут себя заставить. Возможно, это связано с временным нежеланием выполнять задачу, в пользу другой более занятой деятельности. У этой доли опрошенных откладывание дел на непостоянной основе, а временами, что может быть связано с усталостью или несобранностью человека. Такие ученики, чтобы победить прокрастинацию настраивают себя на выполнение задачи, потому что понимают все последствия.

Остальная доля затрудняется ответить. Скорее всего, опрошенные не сильно осведомлены в данном явлении или не наблюдательны по отношению к своему поведению.

Так, становится видно, что большая часть учеников сталкиваются с прокрастинацией, но не умеют её подавлять. Есть и доля заинтересованных людей, которые делают все дела во время, но не всегда это получается из-за определенных факторов.

Работая над темой данного проекта, я собрала и проанализировала феномен и природу прокрастинации. На основе полученных выводов я разработала рекомендации по способам и методам борьбы с прокрастинацией.

Вот несколько советов:

Заставьте себя приступить к выполнению задачи. Это может показаться слишком простым решением, но даже если вы сделаете первый шаг, то дальше пойдет легче. Можно выписать причины для выполнения дела, чтобы понимать зачем это нужно сделать. Чтобы помочь себе начать, постарайтесь сделать свою задачу как можно более приятной, к примеру: включить расслабляющую музыку на фон.

Избавьтесь от отвлекающих факторов. Иногда тяжело бывает сконцентрироваться на задаче из-за отвлекающих факторов на пример: тот же телефон. Если это возможно, то постарайтесь отключить интернет во время выполнения работы или хотя бы контролировать себя и стараться не выходить в сеть, чтобы не отвлекаться.

Не ругайте себя. Чем больше «грызешь» себя за прокрастинацию, тем сильнее в нее погружаешься. Вот такой замкнутый круг. Научись прощать себя, чем быстрее, тем лучше. Тогда ты не будешь тратить свободную энергию на самокритику, а сможешь направить её в нужное русло.

Ставьте перед собой конкретные цели. Иногда прокрастинация возникает из-за того, что вы перегружены слишком большим количеством проектов или задач с неопределёнными требованиями или сроками выполнения. Самостоятельно начать работу может быть непросто. Важно ставить перед собой конкретные, достижимые цели. Например, если вы знаете, что в конце года вам нужно будет показать свой итоговый проект, то вам может быть трудно приступить к ней по разным причинам: из-за далёкой даты сдачи, отсутствия конкретной темы или просто из-за того, что есть более приятные способы провести время. Однако если вы поставите перед собой конкретные цели, например, заранее выберете тему или будете писать по странице-две в неделю, то большой пугающий проект, от которого вы обычно откладываете, не будет просто висеть в воздухе через несколько

месяцев.

Представляй себя в будущем. Что будет со мной завтра утром, если сейчас я не выполню доклад из-за большого количества свободного времени? Как итог, время 3 часа ночи, сонный и измученный, дописываю свою работу. Хочется избежать? Тогда действуй сейчас.

Перечень рекомендаций мы оформили в виде информационного буклета.

Список используемых источников:

1. Прекрастинация первая помощь. Таня Ван Эсен, Хенри Шевенбург
Искусство прокрастинации Джон Пэри Практическая психология
2. <https://www.rulit.me/books/pobedi-prokrastinaciyu-kak-perestat-otkladyvat-dela-na-zavtra-read-377280-1.html>
3. <https://mel.fm/blog/ya-professional/82975-13-sposobov-pobedit-prokrastinatsiyu-dlya-shkolnikov-studentov-i-dazhe-roditeley>
4. <https://4brain.ru/blog/prokrastinator-kak-ponjat-chto-eto-imenno-vy/>
5. <https://education.yandex.ru/journal/chto-takoe-procrastinatcsiya>
6. <https://externat.foxford.ru/polezno-znat/put-off>

ПРОФИЛАКТИКА И РАЗРЕШЕНИЕ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Цымбулова Анна Ивановна

*Руководитель: Михайленко Лариса Геннадьевна
КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»*

Конфликты в медицинских учреждениях представляют собой многогранное явление, затрагивающее различные аспекты работы здравоохранения. Они могут возникать как между работниками (врачами, медицинскими сестрами, администрацией), так и между персоналом и пациентами или их родственниками. Причины этих конфликтов могут быть разнообразными: от профессиональных несогласий и перегрузки рабочего времени до недостатка коммуникации и эмоционального напряжения, возникающего в условиях высокой ответственности и стресса. Современные медицинские учреждения сталкиваются с необходимостью решения конфликтов, поскольку они могут значительно влиять на качество предоставляемых услуг, уровень удовлетворенности пациентов и моральный климат в коллективе. Актуальность данной темы заключается в том, что разрешения конфликтов в медицинских учреждениях обусловлено возрастающей сложностью взаимоотношений между пациентами, их родственниками и медицинским персоналом.

Цель исследования: определить причины конфликтов в медицинских организациях и найти эффективные способы профилактики и разрешения конфликтов в медицинских организациях.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по теме, выяснить, что такое конфликт и изучить, какие бывают конфликты в медицинских организациях.
2. Изучить способы профилактики конфликтов и правила поведения при конфликте в медицинских организациях
3. Изучить причины возникновения конфликтных ситуаций, возникающих в процессе общения пациента и сестринского персонала на примере взрослой поликлиники КГБУЗ «Каменская МБ».
4. Разработать анкету для медицинских работников, вопросы которой позволят выяснить причины возникновения конфликтов в медицинской организации.
5. Разработать анкету для пациентов, вопросы которой позволят выяснить причины возникновения конфликтов в медицинской организации между пациентами и медицинскими работниками или между пациентами.

6. Провести анкетирование медицинских работников и пациентов взрослой поликлиники КГБУЗ «Каменская МБ».

7. Разработать рекомендации и создать Памятку для медицинских сестер «Профилактика и разрешение конфликтов в медицинских организациях».

Объект исследования: конфликты в медицинских организациях.

Предмет исследования: конфликтные ситуации, возникающие в процессе оказания медицинской помощи в медицинских организациях, и способы их профилактики и разрешения.

В условиях современного здравоохранения, конфликты становятся неотъемлемой частью функционирования медицинских организаций. Эти конфликты могут негативно сказываться на качестве предоставляемых услуг, снижая уровень удовлетворенности пациентов и вызывая моральное истощение у работников здравоохранения. Конфликты между медицинскими работниками и пациентами возникают по множеству причин. Одной из главных причин является стрессовая нагрузка, которая характерна для медицинской среды. Высокие требования к качеству оказания услуг, нехватка ресурсов и времени на выполнение задач могут приводить к напряжению среди сотрудников. Также конфликты между медицинскими работниками и пациентов могут возникать из-за недостатка информации, нарушения морально-этических норм общения.

Работая над темой исследования, мы разработали и провели 2 анкетирования, участниками опроса стали 10 медицинских сестер и 24 пациента взрослой поликлиники. Первая анкета состояла из 8 вопросов и была предназначена для проведения анкетирования медицинских сестер. Данная анкета позволила выяснить, как часто и по каким причинам у медицинских сестёр взрослой поликлиники КГБУЗ «Каменская МБ» возникают конфликты. Вторая анкета состояла из 10 вопросов и была предназначена для пациентов взрослой поликлиники КГБУЗ «Каменская МБ», данная анкета позволила выяснить уровень конфликтности пациентов, причины, по которым чаще всего возникают конфликты с медицинским персоналом, и оценку пациентами общего уровня ухода и внимания со стороны медицинских работников взрослой поликлиники.

Остановимся более подробно на анализе некоторых вопросов анкеты медицинских работников и пациентов взрослой поликлиники. Так на вопрос «Оцените уровень своей конфликтности» мы получили такие ответы от медицинских работников взрослой поликлиники: 70% - неконфликтных медицинских сестер; 20% - имеют склонность конфликтовать с людьми; 10% - имеют ярко выраженную конфликтность. Мы считаем, что уровень конфликтности медицинских сестёр достаточно высок, что может мешать организации работы.

Оцените уровень своей конфликтности:
10 ответов

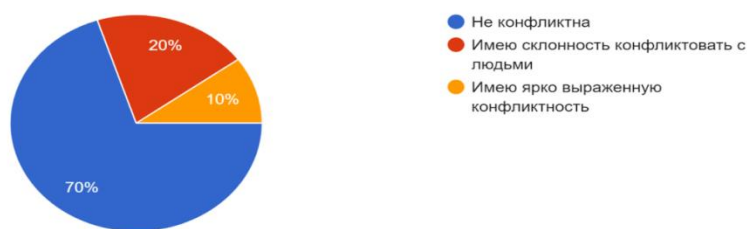


Диаграмма 1 – Уровень конфликтности медицинских работников

Такой же вопрос «Оцените уровень своей конфликтности» мы задавали пациентам и выяснили, что 83,3% считают себя неконфликтными, а 16,7% отмечают, что имеют

склонность конфликтовать с людьми. Данные опроса показали, что процент конфликтных пациентов значительно меньше, чем процент конфликтных медицинских сестёр.

Оцените уровень своей конфликтности:
24 ответа



Диаграмма 2 – Уровень конфликтности пациентов взрослой поликлиники

Задав следующий вопрос медицинским сестрам, мы выяснили, как часто возникают конфликты между медицинскими сестрами и пациентами взрослой поликлиники: 10% - ежедневно, 30% часто, 30% - редко и только 30% медицинских сестер ответили, что практически не возникают. Данные ответы показывают высокую конфликтность в данной медицинской организации.

Как часто возникают конфликты между медицинскими сестрами и пациентами в поликлинике?
10 ответов

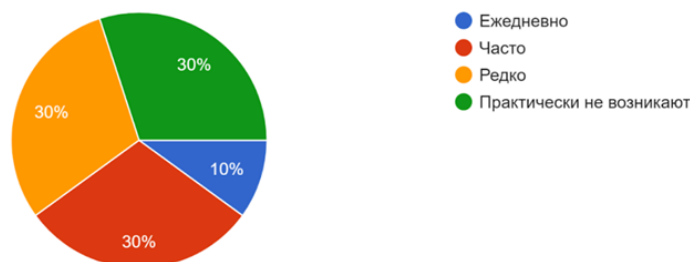


Диаграмма 3 – Как часто возникают конфликты между медицинскими сестрами и пациентами в поликлинике

Пациентам поликлиники также был задан вопрос: «При посещении поликлиники, случались ли у вас конфликтные ситуации?». Пациенты ответили, что 58,3% иногда сталкивались с конфликтами; 8,3% да, часто и только 33,3% опрошенных никогда не сталкивались с конфликтами. Анализ ответов подтверждает высокую конфликтность между пациентами и медицинскими работниками во взрослой поликлинике.

При посещении поликлиники случались ли у вас конфликтные ситуации?
24 ответа



Диаграмма 4 – При посещении поликлиники, случались ли у вас конфликтные ситуации?

Медицинские сестры, отвечая на вопрос: «С чем чаще всего были связаны конфликты в вашей профессиональной деятельности», указали несколько причин конфликтов: 40% с личностными особенностями пациента; 20% стремление пациента проявить агрессию; 10% страх, переживаемый пациентом из-за заболевания; 10% недоверие к медицинскому работнику; 10% пациент испытывает физический дискомфорт (боль, высокое давление, трудности с дыханием), что повышает его раздражительность; 10% недостаточное количество времени на прием пациента.

Пациенты взрослой поликлиники, отвечая на вопрос: «С чем чаще всего были связаны конфликты с медицинским персоналом?», ответили: 37,5% испытывают физический дискомфорт, что повышает мою раздражительность; 25% долгое время ожидания в очереди; 8,3% я конфликтую везде, получаю удовольствие от конфликта; 8,3% с личностными особенностями медсестры; 4,18% стремление медицинской сестры проявить агрессию; 4,18% недоверие к медицинскому работнику; 4,18% медицинские сестры недостаточно информируют меня о проведенной манипуляции; 4,18% мало внимания уделяют мне как пациенту на приеме; 4,18% были конфликты с пациентами в очереди. Данные ответы позволяют сделать вывод о том, что конфликты в поликлинике возникают по разным причинам, значит, необходимо проанализировать ответы пациентов и минимизировать проблемы, которые порождают конфликты.

Таким образом, проанализировав анкеты и изучив вопрос, мы пришли к выводу о том, что в коллективе взрослой поликлиники Каменской МБ основными причинами возникновения конфликтных ситуаций, по мнению медработников, являются личностные особенности пациента (40%), а, по мнению пациентов, основные причины возникновения конфликтов – физический дискомфорт, который повышает раздражительность пациентов (37,5%) и долгое ожидание в очереди (25%). Анализ личной конфликтности опрошенных показал, что конфликтными себя считают 17% пациентов и 30% медицинских сестер – это нельзя считать оптимальным, поскольку достаточно высока доля медсестер с высоким уровнем конфликтности, что может являться причиной существенной дестабилизации социально-психологического климата и отразиться на эффективности общей работы медицинской организации. Анкета показала, что 66% пациентов сталкивались с конфликтными ситуациями при посещении взрослой поликлиники, что говорит о необходимости проведения целенаправленной работы с целью предупреждения возникновения конфликтных ситуаций. Результаты анкетирования мы обсудили со старшей медицинской сестрой взрослой поликлиники.

Данная проблема является комплексной и требует решения на различных уровнях. Но, говоря о медицинских работниках, необходимо помнить, что они должны четко знать свои права и обязанности, выполнять свою работу профессионально и честно, достойно относиться к своим коллегам и пациентам. Медработник должен стремиться не допускать возникновения конфликта, но если избежать его не удастся, необходимо вспомнить о способах разрешения конфликта. Мы разработали Памятку для медицинских сестер поликлиники «Профилактика и разрешение конфликтов в медицинских организациях», обратив особое внимание на способы предотвращения конфликтов и пути выхода из

возникшего конфликта. В данной Памятке мы собрали информацию о том, почему возникают конфликты, как их предотвратить и что делать, если конфликт уже возник.

Эффективное управление конфликтами требует внедрения программ обучения, направленных на развитие навыков коммуникации, а также установления системных подходов к разрешению споров. Тем самым, изучение конфликта в медицинских учреждениях является не только актуальной задачей, но и важным шагом к созданию более здоровой и продуктивной рабочей среды, что в свою очередь способствует улучшению показателей здоровья населения и повышению доверия к системе здравоохранения.

Список использованных источников

1. Григорьев, П. А. Психология конфликтов в медицине: теоретические аспекты и практические рекомендации. – Новосибирск, 2021.

2. Иванова, Н. С. Этика и коммуникация в медицинской практике: предотвратить конфликты. – Екатеринбург: Уралмед, 2020.

3. Ключев, А. И. Конфликты в системе здравоохранения: причины и пути их решения. – М.: Медицинская книга, 2020.

4. Лебедев, И. Д. Командная работа и конфликты в медицинской практике. – Москва: Российская медицинская академия, 2023.

6. Сидорова, Л. В. Управление конфликтами в медицинских организациях. – СПб.: Издательство "Здравоохранение", 2019.

7. Смирнов, А. Ю. Конфликты в медицинских учреждениях: теория и практика разрешения. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЬШЕМУРТИНСКОГО РАЙОНА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

Шах Алевтина Николаевна

*Руководитель: Колесникова Светлана Борисовна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»*

Туберкулез является одним из самых распространенных и опасных заболеваний в мире, поэтому эта проблема на данном промежутке времени наиболее актуальна и значима.

По итогам отчета в 2023 году в Российской Федерации уровень заболеваемости туберкулезом составил 38 случаев на 100 000 населения. Произошло 55000 новых случаев заражения туберкулезом (один человек каждые 10 мин). Число смертности от этого заболевания составило в 2023г-6530 (один человек в час). Люди, у которых в 2023г был впервые диагностирован и зарегистрирован туберкулез - 54643 случаев.

Рассматривая эту проблему на региональном уровне, мы видим не утешительную картину. В Красноярском крае в год регистрируется более одной тысячи случаев заболевания туберкулезом в активной форме:

- 98,8% из них — туберкулез органов дыхания,
- 94,3% заболевших — взрослые.

Ближайшей и главной целью национальных программ здравоохранения многих стран мира является профилактика туберкулеза, направленная на снижение распространенности этого заболевания.

Цель исследования: Анализ распространенности туберкулеза среди населения Большемуртинского района и изучение профилактики.

Для достижения этой цели нами были изучены литературные источники по данной теме, произведен анализ статистических данных заболеваемости туберкулезом легких среди населения Большемуртинского района терапевтического отделения по данным КГБУЗ Большемуртинская районная больница за период 2022-2024 год., и данных анкетирования.

Не смотря на хорошие показатели профилактических осмотров, флюорографических исследований и туберкулезных проб в Большемуртинском районе, заболеваемость и

смертность с каждым годом .

Микобактерия туберкулеза (МБТ) – крупная палочка длиной 1—10 мкм и диаметром 0,2—0,6 мкм, устойчивая к внешним воздействиям. Возбудитель туберкулёза – палочка Коха, устойчивая к нагреванию до 80–90°C и охлаждению до -260°C, генетически устойчива к противотуберкулезным препаратам.

Пути передачи: воздушно-капельный (доминирующий), воздушно-пылевой, алиментарный, контактный, внутриутробный. Обычно туберкулез локализуется в органах дыхания, но могут поражаться и другие органы. Инкубационный период – от трех месяцев до трех лет.

Симптомы: лихорадки, слабость, утомляемость, потеря аппетита, изменение эмоционального состояния. На поздних стадиях кашель, кровохарканье, потливость, похудение. Кашель усиливается ночью и утром, при вдыхании холодного воздуха, беге, крике.

Лечение:

- длительное применение антибиотиков,
- химиотерапия,
- двигательный режим,
- диета,
- патогенетическое лечение,
- активные препараты: рифамицины, аминогликозиды, полипептиды, гидролиз изоникотиновой кислоты, пипразинамид, циклосерин, тиамиды, фторхинолоны и другие,
- хирургические методы.

Профилактика:

- вакцинация БЦЖ,
- регулярные обследования (флюорография),
- здоровый образ жизни,
- укрепление иммунитета.

При проведении анализа заболеваемости активным туберкулезом легких показало рост. Так заболеваемость в 2022 году составила 0,01% населения, в 2023 году 0,02%, а в 2024 году выросла до 0,07% населения. А смертность в 2022 году составила 0,005% населения, в 2023 году 0,007% населения, в 2024 году 0,02%.

Было проведено анонимное анкетирование, в котором приняло участие 50 человек. Возраст опрошиваемых варьируется от 18 до 68 лет.

Респондентам было предложено ответить на 16 вопросов.

Блок вопросов направленных на выяснение знаний о пути передачи инфекции, источниках заражения, возбудителе показали, что население знакомо с данным заболеванием. 98% респондентов знают, что туберкулез передается воздушно-капельным путем. 68% назвали микроорганизм вызывающий заболевание, 10% не знают, 4% уверены, что это вирус.

Анализ данных показал, что большая часть опрошенных думают, что источником заражения является человек -72%, а 26% считают, что животные. 1% ответили – «птица». И еще 1 % респондентов уверены, что источником является «мышь». На уточняющий вопрос «употребление каких продуктов может привести к заражению туберкулезом?», 58 % опрошенных ответили, что, по их мнению, это колбаса, сделанная из мяса больных туберкулезом животных. 40% думают, что молоко больных туберкулезом животных, а 2% - употребляя сырую рыбу.

Результаты опроса показали, что 34% уверены, что заболевание имеет наследственную предрасположенность

Выясняя знания населения о факторах, способствующих развитию туберкулеза у человека, получили следующие ответы. Табакокурение, употребление алкоголя и наркотических средств по мнению 61 % респондентов способствует развитию болезни. Однако 38% ответили отрицательно и 1% затруднились дать ответ на данный вопрос.

Блок вопросов направленных на выявление осведомленности населения о профилактике заболевания выяснили ,что 63% опрошенных считают флюорографию основным методом диагностики туберкулеза легких. 98% считают этот метод обязательным.70% уверены, что можно защититься прививкой. 86% респондентов будут прививать своих детей против туберкулеза.

Выяснение респондентов о проявлениях заболевания и возможности излечения, получили следующие результаты: 71% ответили , что кровохарканье является основным запущенным проявлением., 20%назвали одышку и 9%-боли в грудной клетке. Относительно излечения ответы разделились следующим образом:74%-излечим, 26%-излечим только на первой стадии. 22% ззнают это заболевание не по наслышке, имея больных родственников и знакомых.

Вывод

Туберкулез является социально значимым заболеванием, которое обусловлено многими факторами, такими как: •уровень жизни населения; •своевременная выявляемость; •образ жизни населения.

Проблема ликвидации этого заболевания может быть решена с помощью профилактики туберкулеза, направленной на освобождение подрастающего поколения от возбудителя путем прививок, полного излечения больных, а также стимуляции биологического выздоровления ранее инфицированных взрослых лиц.

Сравнительный анализ заболеваемости активным туберкулеза легких за 2022,2023 и 2024г показал, что показатели заболеваемости растут, не смотря на активное проведение профилактических осмотров, туберкулезных проб и проведение флюорографических обследований.

Анализируя ответы анкетирования, пришли к следующим выводам, что население знакомо с заболеванием, возбудителем, с основными методами выявления туберкулеза, но не до конца разобрались с источниками заражения и факторами снижающие способность бороться с инфекцией.

Беря во внимание вышесказанное, пришла к выводу, о необходимости проводить на постоянной основе с населением беседы и вести наглядную агитацию, направленную на профилактику туберкулеза. С этой целью мною были разработаны буклет – «Практические рекомендации по профилактике туберкулеза легких» и памятка для пациентов, страдающих открытым туберкулезом легких.

Что такое туберкулез?

Туберкулез – это инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза, которые часто называют палочками Коха. Заболевание развивается только в ответ на размножение в организме человека этих микробов.

Туберкулез это проблема всего человечества. Каждый год 1% населения планеты инфицируется туберкулезом. К сожалению, определить по внешнему виду эпидемиически опасного больного не представляется возможным.

В большинстве же случаев - заболевший туберкулезом человек длительное время чувствует себя удовлетворительно.



Как можно заразиться туберкулезом?

Основным источником заражения туберкулезом является человек, который болеет туберкулезом легких. Из дыхательных путей, особенно во время кашля, отделяется мокрота, содержащая микобактерии туберкулеза. Мелкие капли мокроты могут попадать в дыхательные пути здорового человека, находящегося рядом. Мокрота может оседать на поверхности пола или земли, на предметах и вещах. Инфекция может попасть в организм человека вследствие нарушения правил гигиены –

например, если не вымыть руки после контакта с поручнями в общественном транспорте или употребить в пищу нематые овощи и фрукты, плохо обработанное мясо и некипяченое молоко.

Профилактика туберкулеза



Что может снизить защитные силы вашего организма?

Если в дыхательные пути попадет слишком большое количество туберкулезных палочек-микобактерий, организм может не справиться с таким натиском. Если Вы длительное время общаетесь с больным туберкулезом, ваш организм подвергается постоянным атакам, и может настать момент, когда он больше не сможет эффективно сопротивляться инфекции. Известны также другие факторы, содействующие развитию микобактерий в организме:

- стресс
- душевное или физическое перенапряжение;
- неумеренное потребление алкоголя;
- курение;

- недостаточное или неполноценное питание;

- другие болезни, ослабляющие организм.

Дети, подростки, беременные женщины и пожилые люди более подвержены инфекции.

Как уберечься от заболевания?

Чтобы не заболеть туберкулезом, необходимо вести здоровый образ жизни. Избегать стрессов. Пища должна быть полноценной, обязательно должна содержать достаточное количество белков. Важным условием для поддержки здоровья должна быть ежедневная нормальная физическая нагрузка. Пыльные непроветриваемые помещения благоприятствуют распространению туберкулезных бактерий. Для профилактики заболевания необходимо проветривать помещения.

Основные методы диагностики туберкулеза

- Рентген-флюорографическое исследование органов грудной клетки
- Лабораторное исследование мокроты
- Постановка пробы Манту или Диаскин тест (для детей)



Больному туберкулезом

Если Вы заболели туберкулезом, предлагаем Вам основные рекомендации, которые необходимо соблюдать в процессе лечения:

1. Если диагноз туберкулеза подтвердился, не отчаивайтесь. Следует настроиться на длительное, но эффективное лечение (при соблюдении всех предписаний врача).
2. Медикаментозное лечение является наиважнейшим, но не единственным элементом комплексного лечения туберкулеза только под наблюдением вашего врача.
3. Комплексное лечение больного может быть эффективным лишь при ее достаточной длительности, а окончание курса лечения должно быть установлено не больным, а врачом.
4. Хорошее самочувствие больного в процессе лечения - существенный положительный признак, но на его основании нельзя судить о полном излечении. Строго выполняйте советы Вашего лечащего врача.
5. Побочные действия лекарственных средств в процессе лечения наблюдаются редко (головная боль, тошнота и др.), в настоящее время их можно предупредить, а в случае их появления - быстро ликвидировать без вреда для больного. При их появлении сообщите врачу незамедлительно.
6. Успешность лечения больного и стойкость его результатов в основном зависят от правильности, аккуратности, своевременности выполнения больным предписанных ему всех врачебных назначений: в лечении, питании, поведении в быту.

7. Настоятельно рекомендуем отказаться от употребления алкогольных напитков и курения, так как они подавляют защитные силы организма.

8. Строго соблюдайте санитарно-гигиенические правила в домашних условиях, в быту (отдельная посуда, полотенца, постельное белье, плавательный костюм - мыть и стирать их после предварительного обеззараживания).



В условиях стационарного лечения это осуществляет персонал медицинского учреждения, в домашних условиях Вас научит участковая медицинская сестра противотуберкулезного диспансера с выдачей нужных дезинфицирующих средств, объяснит правила и порядок их приготовления, применения.



При необходимости Вы можете обращаться к врачу в противотуберкулезные учреждения по месту жительства и регистрации.

Помните! Туберкулез - тяжелое заболевание, но оно излечимо.

Список литературы:

1. Постановлении Главного санитарного врача от 22.10.2013 г. № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза».
2. В соответствии с приложением № 12 к приказу Минздрава России от 21.03.2003 №109 «Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулёза»
3. Методические рекомендации по лечению резистентных форм туберкулеза - ВОЗ, Женева, 1998 – 47 с.
4. Первичный туберкулез: Учебно-методическое пособие для студентов высш. мед. учебн. завед. и врачей / ММА им. И.М.Сеченова, Каф. фтизиопульмонологии; Сост.: Т.Ф.Смурова, Э.Я.Ягубянц; Научн. ред. М.И.Перельман. – М, 1999 – 66 с.

ВЛИЯНИЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ЗДОРОВЬЕ

Штеркель Елизавета Владимировна
Руководитель: Гребенюк Наталья Ивановна
КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум»

Косметика – учение о средствах и методах улучшения внешности человека. Косметикой также называют средства и способы ухода за кожей, волосами и ногтями, также ротовой полостью, применяемые с целью улучшения внешности человека, а также вещества, применяемые для придания свежести и красоты лицу и телу применения пластических операций и др.

Перед началом выполнения проекта был проведен опрос среди студентов 311 группы специальности Фармация о применении косметических средств, в котором приняло участие 22 человека. Из числа опрошенных: 15 человек применяют кремы для кожи, 7 человек – лосьоны, 17 человек – парфюмерию, 22 человека – помаду, 19 человек – лаки для ногтей и средства для макияжа глаз и лица, 4 человека – средства для химической завивки волос и краски для волос.

В результате опроса было выявлено, что губная помада является самым популярным косметическим средством. Среди других косметических продуктов именно она занимает особое место в повседневном уходе.

Поэтому, решили подробнее остановиться на губной помаде и ее свойствах.

В современном мире косметические средства стали неотъемлемой частью жизни людей. Помада, как один из самых популярных косметических продуктов, используется

женщинами всех возрастов для повышения уверенности в себе и для улучшения внешнего вида. Мало кто задумывается о потенциальном влиянии компонентов помады на здоровье. Состав многих помад включает в себя химические вещества, некоторые из которых могут вызывать аллергические реакции, раздражения кожи и даже более серьезные проблемы со здоровьем.

Данная работа актуальна, потому что широкое распространение использования губной помады делает важным изучение её воздействия на здоровье.

Цель: выявление влияния компонентов губной помады на здоровье человека, для повышения осведомленности о потенциальных рисках и пропаганде ответственного выбора косметической продукции.

Задачи:

1. Ознакомиться с историей возникновения губной помады.
2. Изучить состав губной помады.
3. Провести опрос среди студентов на тему: «Ваше мнение об использовании губной помады?».
4. Сделать вывод о влиянии губной помады на здоровье людей.
5. Разработать рекомендации.

Губная помада – косметический продукт для яркой окраски, защиты или увлажнения губ.

Первые помаду стали использовать в Месопотамии примерно 5000 лет назад. Краска для губ была известна уже в Древнем Египте. В 1883 году на всемирной выставке в Амстердаме французские парфюмеры представили завернутую в шелковую бумагу помаду в форме карандаша.

Популяризации помады способствовала знаменитая актриса Сара Бернар. Она прямо-таки боготворила это «великое открытие XIX века»

Авторство помады в тюбике принадлежит фирме Guerlain. Появление первой помады в металлической упаковке (в США, 1915) породило «помадный бум», ведь пользоваться помадой стало удобно.

Первой помадой стала *Ne m'oubliez pas* (с фр. – «Незабываемая»), созданная на основе розового воска. Она продавалась в футляре с поршневым механизмом, который был очень удобен, поскольку позволял использовать помаду полностью, до самого конца. Футляр имел сменные блоки.

В 1920 году Елена Рубинштейн выпустила первый тюбик губной помады, получившей название *Valaz Lip-Listre*; губная помада от Рубинштейн стала явлением почти революционным – если ранее позволить себе это косметическое средство могли лишь женщины с высоким доходом, то *Valaz Lip-Listre* стала продуктом исключительно демократичным, стоимость которого не превышала нескольких долларов.

В 1949 году в США были сконструированы первые машины для выпуска помады в её сегодняшнем виде – в металлическом или пластиковом тюбике.

К 1950 годам темно-красная помада была снова в моде благодаря таким актрисам, как Мэрилин Монро и Элизабет Тейлор. Все женщины стремились им подражать, и популярность помады росла безудержно.

Цветовая палитра помады начала изменяться в 1960-х, когда изменились тенденции в одежде и другой косметике. Вместо глубоких цветов 1950-х, изготовители начали продавать лёгкие, матовые варианты бледно-розовых, лавандовых оттенков, появилась помада белого цвета.

Но в конце 1970-х годов с панк-движением стали популярными чёрные и темно-фиолетовые оттенки.

Губная помада 1980-х годов обычно была ярко-оранжевой, коралловой, цвета фуксии и красной, которая сочеталась с яркими тенями для век, тушью на ресницах и тяжелым румянцем.

Оттенки помады менялись в течение 1990-х годов. Первоначально они были матовыми и темными, а позже более популярными стали коричневые и другие нейтральные

тона. В этот период вместе с губной помадой стал использоваться карандаш для губ.

Также в 90-х годах помада стала включать модные естественные компоненты и более нежные формулы. Многие имели в своём составе витамины и травы.

Сегодня можно найти множество оттенков губной помады: от бледных пастельных до багряно-чёрных. Фактуры и эффекты, которой насчитывают также огромное количество вариаций — кремовая помада, жидкая. В магазинах косметики можно найти губную помаду на любой вкус и кошелёк.

Самой востребованной современной тенденцией является использование в губной помаде органических продуктов, без химикатов.

В обычную, не гигиеническую помаду, как правило, входит четыре составляющих: основа, красящая смесь, добавки и отдушка помады.

Основа помады – воски и воскоподобные вещества – структурообразующие элементы, жиры и масла, пленкообразующие компоненты.

Воск определяет форму помады, обеспечивают её прочность и пластичность. Из восков и воскоподобных веществ чаще всего применяются парафин, пчелиный или силиконовый воск, церезин, микрокристаллические воски. Воск (например, пчелиный) предотвращает обезвоживание кожи губ, создаёт защитное покрытие, повышает упругость и эластичность кожи.

Масла. Основное масло для производства губной помады – касторовое. Главным его достоинством является устойчивость к окислению. Его ценят за высокую вязкость и хорошее смягчение губ. Кроме него применяется вазелиновое масло или жидкий парафин. Смесь масел придает помаде мягкость и легкость нанесения, а пленкообразующие элементы – полимеры и силиконовые производные, – создают блестящий устойчивый мазок.

Жиры придают губной помаде твёрдость. Оставляя на губах устойчивую плёнку, жиры предохраняют нежную кожу от обветривания и потери влаги.

Красители. Исторически первым красителем, применённым в производстве губных помад, был кармин. Цвет этого пигмента может изменяться от серого до пурпурно-фиолетового. Цвет помады зависит от смеси пигментов, красителей и масел.

Добавки. Среди добавок, входящих в состав губной помады, наиболее часто встречаются витамины А и Е. Они обладают противовоспалительным действием, содержат растительные экстракты и солнцезащитные фильтры.

Препараты, улучшающие регенерацию тканей с противовоспалительным действием, гиалуроновая кислота, растительные экстракты на масляной основе, солнцезащитные фильтры.

Часть добавок определяется модой – нейлоны, придающие блеск, перламутровые пигменты, отражающие свет.

Также все помады обязательно содержат консерванты, которые призваны сохранять свойства помады как можно дольше и антиоксиданты, предотвращающие ее окисление.

Отдушка скрывает запах сырья губной помады. Кроме того, все губные помады содержат консерванты, которые сохраняют свойства помады, а также антиоксиданты, предотвращающие ее окислению.

Стоит отметить, что отдельные компоненты способны вызвать аллергическую реакцию, жжение, зуд или покраснение. Аллергические реакции возбуждают заключающиеся в помаде химические красители. Вредными являются такие ингредиенты, содержащиеся в помадах: кармин – употребляется при производстве помады красно-розовых тонов, может инициировать аллергические реакции, ланолин — используется для увлажняющего эффекта, нехорошо влияет на пищеварительный процесс, и вазелин, который и сушит губы, вынуждая наносить добавочный слой помады, и также вызывает аллергические реакции. Людям, у которых увеличена восприимчивость кожных покровов и пищеварительного тракта, данные ингредиенты представляют вероятную угрозу, потому как могут инициировать боли в голове, тошноту, кожные проблемы, перепады настроения.

Далее был проведен опрос среди студентов этой же группы на тему: «Ваше мнение об использовании губной помады?»

Исходя из результатов опроса, был сделан вывод, что большинство студентов пользуются губной помадой каждый день, при этом не испытывают аллергических реакций или раздражений. Большинство студентов считают, что использование губной помады совершенно не влияет на здоровье. Приобретают данный косметический продукт в специализированных магазинах косметики и интернет магазинах.

Ухоженные женские губы сразу привлекают внимание, они более чувствительные, чем нос или лоб. Заботливо ухаживайте за губами, это даст вам возможность сохранить их свежими и привлекательными. Выбирая помаду, помните вот что. В первую очередь, помада выполняет гигиенические функции. Она должна хорошо защищать и увлажнять губы. Так же губная помада выполняет и декоративную функцию: должна красиво смотреться на губах, украшать их и дополнять созданный образ.

Но помимо положительного воздействия у помады есть и отрицательное. Пользоваться нужно помадой высокого качества, которая не содержит добавки, вредящие организму. Такие помады чаще всего бывают не дешёвыми. Но если подобрать дорогую помаду известных косметических фирм, то здоровье будет в безопасности.

Итогом выполнения проекта стали рекомендации по покупке и применению губной помады:

1. Изучайте состав:

Выбирайте помаду с натуральными ингредиентами и без вредных добавок. Избегайте парабенов и силиконов.

2. Проверяйте срок годности:

Не покупайте продукты с истекшим сроком, чтобы избежать риска неприятных реакций.

3. Читайте отзывы:

Ознакомьтесь с мнениями других пользователей о конкретной марке и формуле.

4. Пробуйте тестеры:

Если возможно, протестируйте помаду на губах в магазине, чтобы проверить текстуру и оттенок.

5. Увлажнение:

Перед нанесением помады используйте бальзам для губ, чтобы избежать пересыхания.

6. Коррекция формы:

Используйте контурный карандаш, чтобы создать четкий контур и избежать растекания помады.

7. Нанесение в несколько слоев:

Наносите помаду по одному слою, давая каждому подсохнуть для лучшей стойкости.

8. Проверка на аллергию:

Всегда проверяйте новую помаду на небольшом участке кожи, чтобы избежать аллергических реакций.

На протяжении 5000 лет губная помада менялась и преображалась, но осталась самым знаменитым и востребованным средством, делающим женщину красивой!

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дрибноход, Ю. Ю. Косметология: учебное пособие / Ю. Ю. Дрибноход. — Ростов н/Д.: Феникс, 2022. — 828 с.

2. Солодовников, Ю. Л. Гигиена и экология человека (цикл лекций и практических занятий): учебное пособие для СПО / Ю. Л. Солодовников. — С.: Лань, 2021. — 468 с.

3. Косметика [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org>. — Заглавие с экрана. — (Дата обращения: 21.01.2025).

4. Губная помада [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org>. — Заглавие с экрана. — (Дата обращения: 22.01.2025).

5. История губной помады: от Древнего мира до наших дней [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.livemaster.ru>. — Заглавие с экрана. —(Дата обращения: 24.01.2025).

6. Состав губной помады [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://obuchonok.ru>. — Заглавие с экрана. —(Дата обращения: 25.01.2025).

ВКУС ЖИЗНИ»: КАК ДИЕТЫ ВЛИЯЮТ НА НАШЕ ЗДОРОВЬЕ?

*Катюкова Юлия Евгеньевна,
Кайзер Екатерина Андреевна,
Руководитель: Попова Ульяна Сергеевна,
КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»*

Актуальность учебно-исследовательского проекта заключается в том, что избыточный вес стал одной из самых распространенных проблем современности. В поисках быстрого и легкого решения многие прибегают к различным диетам, которые обещают чудесные результаты. Однако чаще всего такие радикальные меры не приводят к долгосрочным успехам и могут нанести больше вреда, чем пользы. Неправильное питание и резкие ограничения в рационе могут негативно сказаться на здоровье и самочувствии человека. Вместо того, чтобы обратить внимание на здоровый образ жизни, который включает разнообразное и сбалансированное питание, физическую активность и меры по улучшению психоэмоционального состояния, люди увлекаются краткосрочными диетами.

В связи с этим нам необходимо выяснить, что необходимо делать, чтобы сохранить свое здоровье.

Цель: выяснить, какие диеты популярны на данный момент, какие из них несут пользу, а какие - вред для здоровья.

Гипотеза: не все диеты полезны для здоровья человека — некоторые диеты приносят вред.

Методика работы: анализ, синтез, классификация информации, анкетирование, статистическая обработка материала.

Ожидаемые результаты: после ознакомления с информацией по данной теме и буклетом студенты г. Рубцовска выяснят, что такое диеты, узнают некоторые их виды, какой вред и пользу они несут, а также советы по правильному питанию.

Перспективы дальнейшего развития: проведение просветительской работы среди школьников и студентов г. Рубцовска.

Рассмотрим данную тему подробнее.

В современном мире, когда практически каждый человек внешне мечтает быть идеальным, тема диет особенно актуальна. Но не стоит забывать, что диеты также играют важную роль в поддержании здоровья и влияют на физическое и эмоциональное состояние человека. Они могут быть направлены на снижение веса, улучшение обмена веществ, лечение заболеваний или повышение энергии. Разнообразие диет позволяет выбирать подходящий вариант в зависимости от целей и особенностей организма. Однако неправильно подобранная диета может привести к дефициту питательных веществ, нарушению работы органов и ухудшению самочувствия. Большинство людей не задумываются над тем, что организм у всех разный, и тенденциям моды в диетах соответствовать не стоит, так как это может привести к серьезным нарушениям здоровья. То, что подходит одним, для других может быть абсолютно не подходящим. Только одних диет насчитывается около 28000 тысяч. Эта цифра с каждым годом становится всё больше, так как борьба с ожирением и стремление иметь «идеальную фигуру», безусловно, является одной из самых актуальных тем на сегодняшний день. Научные исследования подтверждают, что сбалансированное питание способствует укреплению иммунитета, нормализации веса и профилактике хронических заболеваний.

«Вред от популярных диет очевиден» - утверждают известные диетологи. Но так

ли это на самом деле? Или есть польза от таких диет?

В наше время в мире существует огромное количество различных диет. Все они отличаются определенными характеристиками, чертами, каждая имеет свои отличительные особенности. Для того, чтобы подобрать для себя какую-либо диету, необходимо прежде всего определиться с целью: для чего вам необходимо сесть на диету?

Если основная цель - похудение, то каждый человек может подобрать себе диету, соблюдать которую ему будет максимально легко. Также необходимо учитывать особенности организма, так как любая диета может оказать на него губительное влияние.

Многим людям, изнуряющим себя диетами, не удается достичь стойкого результата. После сброса веса лишние килограммы возвращаются, причем их количество заметно увеличивается. Резкое снижение калорийности рациона и недостаток питательных веществ, организм воспринимает как угрозу и стремится от нее защититься. Это проявляется в усилении аппетита. В результате человек, «сидящий на диете», срывается, начинает есть по ночам и набирает вес.

Поэтому, прежде всего следует разобраться с самим понятием диеты в целом, и после уже рассмотреть конкретные варианты.

Диета (от греч. *diaita* - образ жизни) — специально подобранный по количеству, химическому составу, калорийности (энергетической ценности) и кулинарной обработке рацион, а также режим питания.

Принято выделять два типа диет: лечебные и корректирующие. Первые назначаются для преодоления нарушений в организме человека. Они могут быть использованы для создания фона, способствующего эффективному лечению различных заболеваний. Например, для усиления воздействия медицинских препаратов. Кроме того, лечебные диеты используются для задержки развития хронических болезней. Вторые предназначены для коррекции массы тела и придания ему желаемой формы.

Питьевая диета остается одним из самых популярных способов сбросить лишние килограммы. Ее часто используют зарубежные актеры, чтобы быстро прийти в необходимую физическую форму для предстоящих ролей. Заменяв твердую пищу жидкостями, можно обрести небывалую легкость.

Питьевая диета — особый режим питания. При нем нельзя есть — вместо этого разрешается пить любые напитки. Заменяя привычную пищу жидкостями, человек сокращает объем калорий до 600–1200 в день.

Желающие нормализовать вес придерживаются рациона от одной недели до месяца. При этом на питьевой диете можно употреблять не только напитки и бульоны, но и продукты, перемолотые в блендере. Например, жидкие крем-супы и смузи. Но даже такой рацион должен назначать и контролировать врач. Классическая питьевая диета (питание только жидкостями) — вредная разновидность монодиет. Такой рацион стоит выбирать исключительно по назначению врача, мнение которого основано на индивидуальных медицинских показаниях.

Почему питьевая диета вредна:

- При таком рационе в организм перестает поступать нужное количество питательных веществ и калорий. В результате человек недополучает клетчатку, витамины и минералы.
- Во время этой диеты у многих девушек прерывается менструальный цикл. Чтобы не допустить этого, врачи советуют пройти обследование, сдать анализы и обратиться к диетологу.
- В отношении питьевой диеты врачи единодушны: на ней нельзя «сидеть» долго. Максимум, который они разрешают по особым показаниям, — неделя.

Кетогенная (КЕТО) диета - это низкоуглеводная диета. Особенностью этой диеты является использование организмом в качестве энергии кетонов. Кетон же вырабатывается в печени. Параллельно с этим наблюдается выработка инсулина и глюкозы в теле.

Глюкоза является основным источником энергии в организме человека. А инсулин является своеобразным регулятором сахара в крови. И именно из-за важной роли глюкозы в

качестве энергии происходит запасание жира. Иначе говоря, при употреблении углеводов организм будет использовать глюкозу в качестве главного источника энергии. А при их нехватке организм переходит в состояние так называемого кетоза.

Кетоз - процесс, который заключается в выживании организма при недостаточном потреблении пищи. При этом из свободных жирных кислот, поступающих из жировых запасов, в печени будут вырабатываться кетоны.

Кетоны - это альтернативный и универсальный источник энергии, поэтому основной целью кетогенной диеты заключается во вхождении тела человека в метаболическое состояние. Это как раз достигается при сниженном употреблении углеводов.

Организм начинает использовать кетоны, когда увеличится потребление жирных продуктов и уменьшится поступление углеводных. Определенное количество кетонов благотворно влияет на состояние организма человека.

Все это говорит о том, что у этой диеты существуют определенные преимущества:

- Потеря веса, которая связана с использованием в качестве энергии жиров;
- Снижение уровня сахара в крови (эффективно при лечении сахарного диабета);
- Повышение работоспособности, так как кетоны- отличный источник энергии для мозга;
- Контроль чувства голода, потому что жирная пища является более калорийной;
- Контроль артериального давления;
- Резистентность к инсулину;
- Улучшение состояния кожи (возможно уменьшение количества угревой сыпи и прыщей);
- Заметное улучшение настроения, возникновение чувства легкости.

Вред и опасность Кетогенной (Кето) Диеты заключается в следующем:

- При слишком долгом сидении на кетодиете может случиться так, что организм начнет производить слишком много кетонов, то есть в организме возникнет кетоацидоз. К счастью, такое состояние возникает очень редко.
- При употреблении пищи с высоким содержанием жира и углеводов организм производит глюкозу. Поскольку организм преобразовывает углеводы в энергию, он использует их в первую очередь. В конечном итоге жиры будут откладываться про запас. Это ведет к ожирению и появлению проблем со здоровьем, связанных с питанием с высоким содержанием углеводов и жиров.

Интервальное (периодическое) голодание — это методика, при которой вы даете организму время отдохнуть без еды и в качестве энергии использовать свои запасы жировой ткани.

Основная идея в том, что у человека должен быть определенный план питания в течение суток. Питание и голодание должно проходить по конкретному графику: время приема пищи должно быть строго ограничено, так же, как и время голодания. Данная диета направлена, в первую очередь, на контроль режима употребления пищи. Это не значит, что в периоды, когда вы можете есть, можно есть что угодно. Обычно данная диета четко регулирует количество приемов пищи, а также калории и ее состав.

Польза от такой диеты:

- Улучшение сжигания жира и, соответственно, потеря веса.
- Снижение уровня холестерина в крови.
- Снижение уровня инсулина и сахара в крови.
- Уменьшение воспалений.
- Купирование сахарного диабета 2 типа.
- Ясность ума и концентрация.
- Увеличение энергии.

Среди неблагоприятных эффектов чаще всего встречаются: быстрая утомляемость, бессонница, тошнота и головная боль. У некоторых людей эти эффекты временные и проявляются только в адаптивном периоде, а кто-то отмечает их как постоянные.

Лечебные столы (диеты) по Певзнеру — эта система диет, созданная профессором Мануилом Исааковичем Певзнером, одним из основоположников диетологии и гастроэнтерологии в СССР. Система широко применяется в комплексном лечении заболеваний пациентов, находящихся в стационарах, санаториях. Столы также носят рекомендательный характер пациентам при нахождении вне лечебных учреждений.

Система диет по Певзнеру включает в себя 15 лечебных столов, соответствующих определенным группам заболеваний. Рассмотрим наиболее часто используемые диеты за последнее время, в связи с возросшим количеством человек, столкнувшихся с данным недугом.

В процессе работы над индивидуальным проектом было проведено анкетирование, в котором приняли участие студенты 1-го курса в количестве 60 человек.

На вопрос «Знаете ли Вы что такое «диета»?» 100% опрошенных ответили, что знают, что такое «диета», 0% - не знают и 0% - затрудняются ответить.

На вопрос «Прибегали ли Вы к помощи диет?» 57% опрошенных ответили, что прибегали к помощи диет, 43% - нет.

На вопрос «В каких целях вы использовали диету?» 42% опрошенных ответили, что использовали диету для похудения, 33% опрошенных использовали диету в лечебных целях, 22% - не использовали диету и 3% ответили, что использовали диету в других целях.

На вопрос «Какие из перечисленных диет вы знаете?» 57% опрошенных ответили, что знают диету «Интервальное голодание»; 50% - «Питьевую диету»; 37% - Стол №8 по Пневрезу (ожирение); 32% - «Кето-диета» — безуглеводная; 30% - Стол №9 по Пневрезу (сахарный диабет); 22% - Стол №10 по Пневрезу (заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения); 7% выбрали вариант ответа - «другое».

На вопрос «По вашему мнению: диета несет пользу или вред?» 32% опрошенных ответили, что диета несет пользу, 33% - вред и 35% - затрудняются с ответом.

На вопрос «Какой вред могут принести неправильно подобранные диеты?» 48% опрошенных ответили, что неправильно подобранная диета может вызвать дефицит питательных веществ; 48% - нарушение обмена веществ; 47% - проблемы с пищеварением; 43% - ослабление иммунитета; 43% - набор веса после окончания диеты; 40% - гормональные сбои; 38% - психологические проблемы; 28% - потеря мышечной массы; 8% - ответили, что диета не несет вред и 5% выбрали вариант ответа - «другое».

Проанализировав результаты анкетирования, можно сделать вывод, что большая часть опрошенных студентов осведомлены о том, что такое «диета», использовали различные типы диет. Среди тех, кто использовал диету, большинство делали это с целью похудения. Наиболее известными среди опрошенных являются диета «Интервальное голодание» и «Питьевая диета». Мнения опрошенных относительно пользы и вреда диеты разделились практически поровну, однако значительное число участников опроса испытывают трудности с однозначной оценкой влияния диеты на организм. Это частично подтверждает нашу гипотезу — часть диет и вправду способна навредить организму, но происходит это зачастую из-за неправильно подобранных диет или из-за их несоблюдения (лечебные). Наиболее часто упоминаемыми рисками от неправильно подобранных диет были дефицит питательных веществ, нарушение обмена веществ и проблемы с пищеварением. Меньшее внимание уделялось таким последствиям, как потеря мышечной массы. Незначительный процент опрошенных считает, что диеты не несут никакого вреда.

Таким образом, наша гипотеза частично подтвердилась.

Рекомендация для правильного подбора диеты.

Подбор диеты — это индивидуальный процесс, зависящий от множества факторов, включая возраст, пол, уровень физической активности, здоровье и личные предпочтения. Вот несколько рекомендаций для правильного подбора диеты:

- Определите свои цели: решите, для чего вам нужна диета — для похудения, поддержания веса, набора массы или улучшения здоровья.

- Консультация с врачом или диетологом: прежде чем начинать любую диету, особенно если у вас есть хронические заболевания, важно проконсультироваться с медицинским специалистом.

- Учитывайте уровень физической активности: ваш рацион должен соответствовать вашему образу жизни. Активным людям требуется больше калорий и питательных веществ.

- Сбалансированность рациона: включайте в свой рацион разнообразные продукты из всех групп: белки (мясо, рыба, бобовые), углеводы (цельнозерновые продукты, фрукты, овощи) и здоровые жиры (орехи, авокадо, оливковое масло).

- Контроль порций: обратите внимание на размер порций, чтобы избежать переедания. Используйте тарелки меньшего размера и старайтесь есть медленно.

- Регулярность питания: старайтесь питаться регулярно, чтобы поддерживать уровень энергии и предотвратить приступы голода.

- Гидратация: не забывайте пить достаточно воды в течение дня. Вода помогает поддерживать обмен веществ и общее состояние организма.

- Слушайте свое тело: обращайтесь внимание на сигналы голода и насыщения. Учитесь различать физический голод и эмоциональное желание поесть.

- Постепенные изменения: вносите изменения в свой рацион постепенно, чтобы они стали привычкой и были легче усваиваемыми.

Следуя этим рекомендациям, вы сможете подобрать диету, которая будет соответствовать вашим потребностям и образу жизни.

Заключение.

По результатам исследования можно сделать вывод, что, несмотря на вред, который могут причинить некоторые популярные диеты, в определенных случаях они могут принести пользу. Например, иногда специализированные диеты применяются для лечения заболеваний или помогают людям с определенными пищевыми непереносимостями. Главное — осознанно подходить к выбору и прислушиваться к своему организму.

Следует помнить, что выбор диеты должен основываться на индивидуальных потребностях организма. Вместо слепого следования модным трендам стоит обратиться к профессионалам, которые помогут подобрать наиболее подходящий режим питания. Диета не должна быть временной мерой, а частью сбалансированного образа жизни.

Таким образом, для достижения здоровья и желаемой фигуры необходимо стремиться к гармонии, а не к идеальным стандартам, навязываемым обществом. Правильное питание и забота о своём теле должны стать приоритетом.

Список использованных источников

Интернет-источники:

1. Кетогенная диета и ее влияние на здоровье человека. Статья. - [Электронный ресурс] – URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=19875> (дата обращения: 29.04.2025 г.)

2. «Не панацея»: терапевт рассказал о пользе и вреде интервального голодания. Статья. - [Электронный ресурс] – URL: https://www.invitro.ru/moscow/about/press_relizes/ne-panatseya-terapevt-rasskazal-o-polze-i-vrede-intervalnogo-golodaniya/ (дата обращения: 29.04.2025 г.)

3. Питательная диета: почему это не стоит пробовать. Статья. - [Электронный ресурс] – URL: <https://style.rbc.ru/health/5dd798149a7947f1351458da?ysclid=m6uc7jevui246493283> (дата обращения: 29.04.2025 г.)

4. Сердечно-сосудистые заболевания — гроза 21 века. Статья. - [Электронный ресурс] – URL: <https://medinef.ru/dlya-vrachej/nauchnaya-zhizn/letters/serdechno-sosudistye-zabolevaniya-groza-21-veka?ysclid=m7a29i20lu954060071> (дата обращения: 10.05.2025 г.)

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НАСЕЛЕНИЯ Г.КРАСНОЯРСКА ЗА ПЕРИОД 01.01.2022Г.-31.12.2024

Кирейцева Виктория Алексеевна
Руководитель: Дорогайкина Елена Алексеевна
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»

Проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ) очень масштабна и глубока, требующая большого количества информации, чтобы правда о вреде курения, алкоголя, наркотиков была известна каждому. По данным государственной статистики в последние годы засвидетельствовано быстрое увеличение числа потребителей ПАВ, особенно среди молодого поколения.

Психотическое расстройство (ПР), вызванное употреблением психоактивных веществ (ПАВ) – расстройство, возникающее вовремя или непосредственно после употребления ПАВ, характеризующееся яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и/или идеями отношения (часто параноидного характера), психомоторными расстройствами, аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза.

Психоактивное вещество – вещество натурального или синтетического происхождения, способное вызывать при однократном приеме желательные с точки зрения пользователя эффекты, а при систематическом - психическую и физическую зависимость.

Какие изменения в поведении вызывает приём ПАВ?

- ✓ изменение ценностных ориентиров, обеднение круга интересов: со временем все мысли зависимого сводятся к поиску новой дозы;
- ✓ утрата социальных контактов, замкнутость: круг общения постепенно сводится только к тем, кто «на одной волне» с зависимым, то есть также употребляет;
- ✓ падение моральных принципов, нарастание склонности к девиантному и криминальному поведению: ради новой дозы психоактивного вещества, человек идёт на поправание личных и общественны моральных норм и законов;
- ✓ устойчивые изменения психоэмоционального состояния: зависимый человек может становиться излишне раздражительным, агрессивным, грубым или, наоборот, депрессивным, подавленным, пассивным;
- ✓ развитие психотический состояний, дереализация: из-за токсического повреждения ЦНС со стороны ПАВ, возможно развитие таких состояний как паранойя, галлюцинации, бред, диссоциация с собственным телом и т.д.

В данной работе в качестве объекта исследования рассматриваются расстройства психики и поведения на фоне употребления ПАВ.

Предметом исследования выступает анализ распространенности употребления ПАВ в городе Красноярске.

Цель исследовательской работы – проанализировать распространенность употребления ПАВ среди населения города Красноярска.

Анализ общего количества обращений в связи с употреблением ПАВ населения г. Красноярск за период 01.01.2022г.-31.12.2024г.

Наименование	01.01.2022- 31.12.2022г.г.		01.01.2023- 31.12.2023г.г.		01.01.2024-31.12.2024г.г.	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Хронический алкоголизм	65	1,1%	75	3,6%	100	3,8%
Алкогольная абстиненция	3423	60,1%	234	11,1%	168	6,4%
Алкогольная	520	9,1%	381	18,1%	451	17,3%

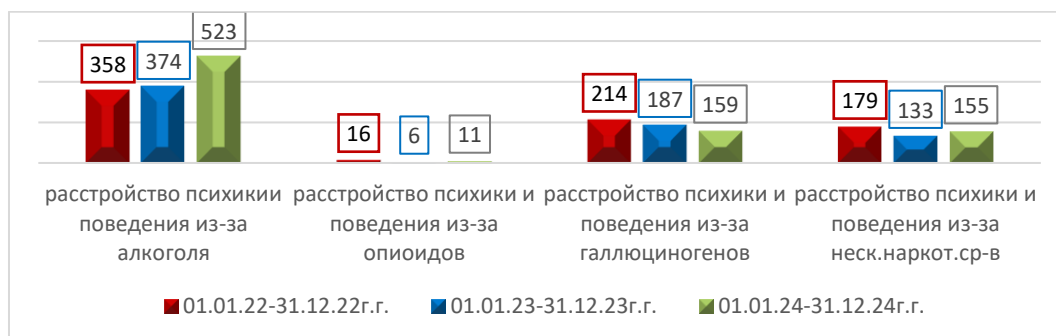
абстиненция с делирием						
Расстройство психики и поведения из-за алкоголя	358	6,3%	374	17,7%	523	20,0%
Употребление опиоидов (наркомания)	323	5,7%	24	1,1%	10	0,4%
Абстинентное состояние (ломка)	138	2,4%	6	0,3%	10	0,4%
Расстройство психики и поведения из-за опиоидов	16	0,3%	6	0,3%	11	0,5%
Расстройство психики и поведения из-за галлюциногенов	214	3,8%	187	8,8%	159	6,1%
Расстройство психики и поведения из-за нескольких наркотических средств	179	3,1%	133	6,3%	155	5,9%
Отравление героином	81	1,4%	181	8,6%	350	13,4%
Отравление другими синтетическими наркотиками	48	0,8%	67	3,2%	94	3,6%
Отравление неуточненными наркотиками	112	2,0%	256	12,2%	396	15,2%
Отравление неуточненными психодислептиками	88	1,5%	88	4,2%	94	3,6%
Отравление барбитуратами	15	0,3%	16	0,8%	17	0,6%
Отравление седативными средствами	66	1,2%	40	1,9%	38	1,5%
Отравление психотропными средствами	52	0,9%	37	1,8%	34	1,3%
Итого	5698	100%	2105	100%	2610	100%

Проанализировав графические и количественные данные обращений по поводу употребления ПАВ за период 01.01.22-31.12.24г.г. можно сделать вывод, что наибольшее количество обращений пришлось на употребление алкоголя и как следствие алкогольную абстиненцию и алкогольную абстиненцию с делирием. Только за период 01.01.22-31.12.22г.г. таких обращений было 3423 с алкогольной абстиненцией, что составило 60,1% от общего

числа обращений по поводу употребления ПАВ, с тенденцией к уменьшению в последующие периоды, но с возрастанием количества обращений с расстройствами психики и поведения на фоне употребления алкоголя, и абстиненции с делирием.

**Анализ общего количества обращений с расстройствами психики и поведения на фоне употребления ПАВ населения г. Красноярска
за период 01.01.2022г.-31.12.2024г.**

Наименование	01.01.2022- 31.12.2022г.г.		01.01.2023- 31.12.2023г.г.		01.01.2024- 31.12.2024г.г.	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Расстройство психики и поведения из-за алкоголя	358	46,7%	374	53,4%	523	61,7%
Расстройство психики и поведения из-за опиоидов	16	2,1%	6	0,9%	11	1,2%
Расстройство психики и поведения из-за галлюциногенов	214	27,9%	187	26,7%	159	18,8%
Расстройство психики и поведения из-за нескольких наркотических средств	179	23,3%	133	19,0%	155	18,3%
Итого	767	100%	700	100%	848	100%



В данной таблице и диаграмме рассмотрены обращения с расстройствами психики и поведения из-за употребления психоактивных веществ как отдельная группа вызовов. Из нее следует, что основным психоактивным веществом является алкоголь. За 01.01.22-31.12.24г.г. таких обращений – 358, что составило 46,7% от числа расстройств психики и поведения из-за употребления ПАВ. За период 01.01.23-31.12.23г.г. вызовов к пациентам с расстройствами психики и поведения в связи с употреблением алкоголя – 374, что составило 53,4%; а за период 01.01.24-31.12.24г.г. – 523 вызова, что составило 61,7%. Прослеживается рост таких обращений как в количественном, так и процентном соотношении.

Список использованных источников:

- 1.ФЗ от 08.01.1998г N 3 РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
- 2.Постановление правительства от 30.06.1998 г. N 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в

РФ».

3.Власова, Ж.В. Девиантное поведение молодёжи вследствие употребления психоактивных веществ / Ж.В. Власова, С.О. Коржова, О.А. Уколов // Центр. науч. вестн. – 2017. – Т. 2, № 12 (29). – С. 8–11.

4.Зенцова Н.И. // Программа первичной профилактики наркомании и токсикомании учащихся общеобразовательных и среднеспециальных учебных заведений // Методические рекомендации. М., 2011. – 28 с.

5.Кильсенбаев, Э.Р. Подростковая наркомания как социальная проблема / Э.Р. Кильсенбаев // Инновац. развитие. – 2017. – № 9 (14). – С. 33–34.

6. Об организации наркологической помощи в России и проблемах в системе профилактики наркомании. Брылев, В.И. Межведомственное взаимодействие по предупреждению наркомании среди молодёжи: общие выводы и предложения / В.И. Брылев, И.В. Исупова // Вестн. Балт. федер. ун-та им. И. Канта. Сер.: Гуманитар. и обществ. науки. – 2017. – № 2. – С. 32–38.

7. Щеглов, А.И. Привлечение к административной ответственности как один из способов профилактики наркомании / А.И. Щеглов // Актуал. проблемы борьбы с преступлениями и иными правонарушениями. – 2018. – № 16–17.

8.Федеральный сайт государственной статистики [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/?ref=toptrafficsites>

9.Бортникова С.М. Сестринский уход в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии - Ростов н/Д : Феникс, 2023. - 475 с.

10.Менделевич В.Д. Психиатрия - Ростов н/Д : Феникс, 2023. - 412 с

ВИТАМИНЫ ВОКРУГ НАС

*Киселева Яна Андреевна,
Руководитель: Епонешникова Светлана Владимировна,
КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»*

В организме человека осуществляются различные процессы. И никто не застрахован от болезней. Я решила изучить влияние витаминов на здоровье человека. Мне интересно узнать, какое воздействие витамины разных групп оказывают на иммунитет и организм человека.

Во все времена люди болели, и многие болезни вызваны именно недостатками, либо же излишками (намного реже) витаминов в организме человека. Поэтому, знать о витаминах очень важно, чтобы предотвратить заболевание или его не усугубить. Считаю, что тема данного учебно-исследовательского проекта актуальна во все времена.

Цель работы: изучить роль витаминов в жизни человека.

Гипотеза: считаю, что витамины играют огромную роль для организма человека, влияют на его работоспособность, умственную деятельность и в целом на здоровье.

Витамины - это органические соединения, жизненно необходимые для человеческого организма. Эти вещества, называемые микронутриентами, выполняют сотни ролей. Они укрепляют кости, иммунную систему, заживляют раны. Витамины – своеобразные катализаторы, позволяющие преобразовывать пищу в энергию, восстанавливать поврежденные клетки.

При недостатке витаминов и микроэлементов, которых в общей сложности нужно несколько грамм в сутки, нарушается обмен веществ, человек болеет и плохо выглядит.

Нашему организму нужно более 20 видов витаминов и минералов. При сбалансированном питании человек получает их с пищей в достаточном количестве. К сожалению, в современном меню преобладают «рафинированные» продукты, а тепличные овощи и фрукты бедны витаминами и микроэлементами, поэтому возникают авитаминоз и минеральная недостаточность. Чтобы достичь нормального уровня, витамины принимают дополнительно.

По своим химическим свойствам витамины делятся на две категории:

Жирорастворимые(А,D,E,K).Эти вещества накапливаются в организме, поэтому при приеме нельзя превышать рекомендуемую дозировку.

Водорастворимые (С В и др), которые легко усваиваются, быстро действуют и полностью выводятся из организма. Передозировка при их применении не возникает.

Потребность в витаминах должна обеспечиваться, прежде всего за счет натуральных витаминов, содержащихся в продуктах. Источниками витаминов являются продукты как растительного, так и животного происхождения. Однако при повышенной потребности в витаминах, для ускорения восстановительных процессов, для повышения работоспособности можно прибегать и к витаминным препаратам

При нехватке витаминов в организме возникает авитаминоз - заболевание, являющееся следствием длительного неполноценного питания, в котором отсутствуют какие-либо витамины. Симптомы авитаминоза отличаются в зависимости от того, каких витаминов не хватает, но общими симптомами является:

- Головная боль
- Слабость
- Быстрая утомляемость

В зимнее и весеннее время зачастую возникает нехватка витаминов, для борьбы с этим употребляйте витамины и сбалансируйте свое питание, если это не помогает, посоветуйтесь с врачом по поводу дополнительных лекарств.

Также не менее опасен Гипервитаминоз — острое расстройство в результате интоксикации сверхвысокой дозой одного или нескольких витаминов (содержащихся в пище или витаминсодержащих препаратах).Чаще всего гипервитаминозы вызываются приёмом резко повышенных доз витаминов А и D.

Симптомы также зависят от групп витаминов.

Общие: головная боль, тошнота, спазмы и расстройство пищеварения.

В ходе работы над проектом провела анкетирование среди студентов КГБПОУ РМК. Респондентами являлись 60 человек.

На вопрос «Как часто вы пьете витамины?» из 60 студентов 48% ответили «Нерегулярно», 38% ответили «Никогда» и 14% - «Регулярно».

На вопрос «Как часто вы испытываете недомогания?» 48% опрошенных ответили «Редко», 29% - «Никогда», 23% - «Часто»

На вопрос «Какие витамины вы принимаете?» студенты сообщили какие витамины они принимают, чаще всего - витамины группы В, С, D, Е, А, а также Са, Омега 3, Аскорбиновая кислота.

На вопрос «Несут ли витамины пользу здоровью?» 95% ответили «Да», и всего 5% - «Нет».

На вопрос «Как витамины могут влиять на здоровье человека?» 36% студентов ответили «Поддержка иммунной системы», 25% ответили «Здоровье кожи и волос», 23% - «Улучшение обмена веществ», 16% ответили «Профилактика заболеваний», менее 1% ответили «Никак».

Таким образом, анкетирование показало, что большинство опрошенных пьют витамины нерегулярно, большинство редко испытывает недомогания. Студенты поделились списком витаминов, которые чаще всего принимают. 95% студентов согласны, что витамины несут пользу здоровью и пояснили, как именно витамины могут влиять на здоровье человека по их мнению. Из этого следует, что моя гипотеза о том, что витамины играют огромную роль для организма человека, влияют на работоспособность, умственную деятельность и в целом на здоровье, подтвердилась.

Рекомендации по употреблению витаминов:

1. Наилучший способ получить необходимые витамины - это сбалансированное питание.

2.Учтите, что потребности в витаминах могут варьироваться в зависимости от возраста, пола и состояния здоровья.

3.Соблюдайте указания по дозировке.

4.Прежде чем начинать прием витаминных добавок, обязательно проконсультируйтесь с врачом, особенно если у вас есть хронические заболевания или вы принимаете другие лекарства.

5. Убедитесь, что ваши витаминные добавки свежие и хранятся в соответствии с указаниями на упаковке.

6.Изучите свою диету и оцените необходимость приема витаминов.

Заключение

Правильное употребление витаминов является важной частью нашего здоровья. Следуя рекомендациям, можно минимизировать риск недостатка или переизбытка витаминов и обеспечить организму необходимые элементы для нормального функционирования. Если у вас возникнут сомнения, всегда лучше обратиться за советом к специалистам.

Таким образом, можно сделать вывод, что витамины - это очень важные добавки, которые нужно употреблять в умеренном количестве.

Список использованных источников:

1. Что такое пищевая пирамида? Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://toitumine.ee/ru/> (дата обращения: 21.04.2025 г.),

2. Витамины. Википедия. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D1%8B> (дата обращения: 22.04.2025 г.),

3. Роль витаминов в укреплении здоровья. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://www.gkib.by/stati/659-rol-vitaminov-v-ukreplenii-zdorovya> (дата обращения: 22.04.2025 г.).

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ

Кретинина Дарья Дмитриевна, Абжалова Наргиза Азизилловна
Руководитель: Векман Константин Валерьевич
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»

Актуальность данной темы заключается в том, что синдром эмоционального выгорания выходит за пределы представителей социально значимых профессий, перемещаясь в образовательную сферу в целом. Психологи отмечают, что студенты могут быть подвержены данному синдрому не меньше работающих людей, особенно в период сессий, когда нужно постоянно что-то учить, запоминать, сдавать зачёты и экзамены, испытывать постоянный стресс и страх за результаты и оценки. Введение рейтинговой оценки достижений студентов становится дополнительным стрессовым фактором в процессе обучения. Новизна исследования: выявление мнения студентов о причинах развития у них синдрома эмоционального выгорания, а также краткий анализ базовых методов профилактики синдрома эмоционального выгорания у студентов.

Синдром эмоционального выгорания становится все более распространенной проблемой среди студентов, что вызывает серьезные опасения, как в образовательной среде, так и в обществе в целом. Увеличение учебной нагрузки, постоянное давление со стороны окружающих и высокие ожидания от себя могут привести к истощению эмоциональных ресурсов, что негативно сказывается на учебной деятельности и общем состоянии здоровья студентов. Важно понять, какие факторы способствуют возникновению этого синдрома и как можно эффективно предотвратить его развитие.

Цель данной работы заключается в анализе причин возникновения синдрома эмоционального выгорания у студентов и разработке рекомендаций по его профилактике. В процессе исследования будут рассмотрены ключевые аспекты, такие как влияние учебной

нагрузки, социальные факторы и психологические аспекты, которые могут способствовать развитию этого состояния.

На формирование синдрома эмоционального выгорания влияют различные факторы, среди которых можно выделить учебную нагрузку, социальные взаимодействия и индивидуальные психологические особенности студентов. Эти элементы требуют внимательного анализа, чтобы понять, как они взаимосвязаны и как их влияние можно минимизировать.

Актуальность темы обусловлена тем, что в условиях современного общества, где конкуренция и требования к студентам постоянно растут, проблема эмоционального выгорания становится все более значимой как для России, так и для других стран. Эффективные методы профилактики могут не только улучшить качество жизни студентов, но и повысить их академическую успеваемость и общее психическое здоровье.

В рамках данной темы можно попытаться решить задачи, связанные с выявлением основных причин выгорания, анализом его последствий и разработкой практических рекомендаций по его предотвращению. Важно также рассмотреть, как социальная поддержка и создание благоприятной образовательной среды могут способствовать снижению уровня стресса у студентов.

ПРИЧИНЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ



1. Учебная нагрузка

Высокие требования к успеваемости, многочисленные задания и экзамены создают постоянный стресс, что может привести к выгоранию.

2. Недостаток времени

Студенты часто испытывают нехватку времени для выполнения учебных задач, что вызывает тревогу и чувство неуспеха.

3. Неопределенность будущего

Беспокойство о трудоустройстве и карьере после окончания учебы создает дополнительное давление на студентов.

4. Социальные факторы

Конфликты с однокурсниками или отсутствие поддержки со стороны друзей и семьи могут усугубить эмоциональное состояние.

5. Личностные характеристики

Перфекционизм и высокая самооценка могут способствовать развитию синдрома, так как студенты стремятся соответствовать своим высоким стандартам.

6. Отсутствие баланса между учебой и отдыхом

Нехватка времени для отдыха и хобби может привести к эмоциональному истощению.

ОСНОВОПОЛОЖНИК СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Американский психиатр Герберт Фройденбергер первым ввёл понятие синдрома эмоционального выгорания в психологию в 1974 году. Он использовал термин для обозначения наблюдаемого им у медицинских работников состояния, характеризующегося совокупностью признаков истощения, потери мотивации и снижения ответственности.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ РАЗЛИЧНЫЕ СИМПТОМЫ:

- Психологические симптомы: Усталость, раздражительность, апатия, безразличие к учебе и социальной жизни, снижение мотивации.
- Физические симптомы: Головные боли, проблемы со сном, ухудшение общего состояния здоровья, постоянная слабость.
- Влияние на учебу и личную жизнь: Эмоциональное выгорание может привести к снижению успеваемости, ухудшению отношений с окружающими и повышенному уровню стресса.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ:

1. Организация времени

Эффективное планирование учебной нагрузки и распределение задач помогут избежать переутомления.

2. Регулярные перерывы

Краткосрочные перерывы во время учебы способствуют восстановлению сил и улучшению концентрации.

3. Физическая активность

Занятия спортом помогают снизить уровень стресса и улучшить общее самочувствие.

4. Социальная поддержка

Общение с друзьями, родственниками и преподавателями может помочь справиться с эмоциональными трудностями.

5. Развитие навыков управления стрессом

Практика медитации, йоги или других методов релаксации может снизить уровень стресса.

6. Участие в внеучебной деятельности

Хобби и увлечения позволяют отвлечься от учебных забот и восстановить эмоциональный баланс.

7. Обращение за помощью

8. Здоровый сон

Важно ложиться спать и просыпаться в одно и то же время.

9. Проведение время с друзьями и близкими

Общение с поддерживающими людьми наполняет человека силами.

При серьезных симптомах выгорания важно обратиться за помощью к психологу или консультанту.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж» методом анонимного анкетирования. В исследовании приняли участие 67 человек. Представленные вопросы:

- 1) Встречались ли вы с эмоциональным выгоранием?
- 2) Обострялся ли у вас синдром эмоционального выгорания в период учебы?
- 3) Насколько долгий у вас период эмоционального выгорания?

ВЫВОДЫ

1. С выгоранием в повседневной жизни встречаются 43% девушек и 57% юношей.
2. Синдром эмоционального выгорания наступает хотя бы 1 раз в три месяца у

девушек и юношей.

3. С вероятностью 72% риск возникновения эмоционального выгорания увеличивается с началом учебного года.

4. По продолжительности период эмоционального выгорания встречается: короткая 64%, продолжительная 29% и 7% длительная.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синдром эмоционального выгорания является актуальной проблемой среди студентов, требующей внимания как со стороны образовательных учреждений, так и самих студентов. Понимание причин его возникновения и применение методов профилактики могут значительно улучшить психоэмоциональное состояние студентов, способствуя их успешной учебной деятельности и общему благополучию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Maslach, C., Leiter, M. P. (2016). Burnout: A Guide to Identifying Burnout and Pathways to Recovery. Harvard Business Review Press.
2. Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. (2004). Job Demands, Job Resources, and Their Relationship with Burnout and Engagement: A Multi-Sample Study. Journal of Organizational Behavior, 25(3), 293-315.
3. Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. (1988). Burnout: Causes and Consequences. The University of Alabama Press.
4. <https://artspaceblog.ru/blog/kratkaya-istoriya-emocionalnogo-vygoraniya-ch1>
5. <https://myresume.ru/blog/vygoranie-u-studentov/>
6. . Zhuravleva A. L. Sergienko E. A. Stress, burnout, coping in the modern context. 2011.
7. Gross J.J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review // Review of General Psychology, 1998, 2 (3), 271–299.
8. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications // Psychological Inquiry, 2004, 15 (3), 197–215.
- 9.. Schutte N.S., Malouff J.M., Hall L.E. [et al.]. Development and validation of a measure of emotional intelligence // Personality and Individual Differences, 2002, 25 (2), 167–177.
10. Petrides K.V., Frederickson N., Furnham A. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school // Personality and Individual Differences, 2007, 36 (2), 277–293.

ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА

Крицкая Юлия Евгеньевна,

*Руководитель: Вахрушева Екатерина Владимировна,
КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»*

Гипотиреоз — это заболевание, связанное со снижением функции щитовидной железы и недостаточностью выработки ею гормонов. Оно является одним из наиболее распространённых эндокринных заболеваний щитовидной железы [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гипотиреоз занимает второе место в мире после сахарного диабета. Ежегодно количество заболевших в мире увеличивается на 5% [4].

Первичный гипотиреоз возникает в 99% случаев из-за патологий щитовидной железы, включая йоддефицитные состояния, эндемический зоб, воспалительные заболевания, аутоиммунный тиреоидит, операции и лечение радиоактивным йодом [2].

В Красноярском крае статистика первичной заболеваемости эндокринной системы и нарушения обмена веществ составила 17,5 на 1000 населения, отмечено увеличение заболеваемости на 54,9% по отношению к 2021 году. За 2023 год зарегистрировано 11 133 жителя с дефицитом йода [3].

Особенно важно обратить внимание на проблему гипотиреоза среди женщин, так как по статистике он встречается в четыре раза чаще, чем у мужчин.

Ранняя диагностика первичного гипотиреоза представляет собой сложную задачу, так как его проявления часто маскируются под другие болезни и психоэмоциональные расстройства. Своевременное лечение крайне важно, чтобы избежать тяжёлых и опасных для жизни осложнений.

Медицинская сестра играет важную роль в профилактике первичного гипотиреоза. Она может проводить просветительские мероприятия, направленные на повышение уровня знаний о заболевании и факторах его развития.

Мы поставили перед собой цель — повысить информированность населения по профилактике первичного гипотиреоза. Для реализации указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить теоретический материал по теме проекта;
2. Составить анкеты для выявления уровня знаний целевой группы;
3. Провести первичное анкетирование;
4. Подготовить наглядный и раздаточный материал, содержащий необходимую информацию о профилактике заболевания;
5. Провести информационную беседу с использованием наглядного материала с целевой группой;
6. Провести повторное анкетирование;
7. Проанализировать результативность проделанной просветительской работы.

В проекте приняли участие 20 сотрудниц МАОУ «Гимназия №1» города Сосновоборска, Красноярского края.

Нами была составлена первичная анкета из 16 вопросов. Анкетирование проводилось по ссылке: <https://forms.gle/PG7bc8UxEvq2BNQv7>. Фактически было опрошено 20 сотрудниц после 40 лет.

Результаты анкетирования показали, что основные симптомы, которые беспокоят женщин, — забывчивость (40%), набор веса при обычном питании и активности (45%), нарушение сна и учащённое сердцебиение (40% и 45% соответственно) (Рисунок – 1).

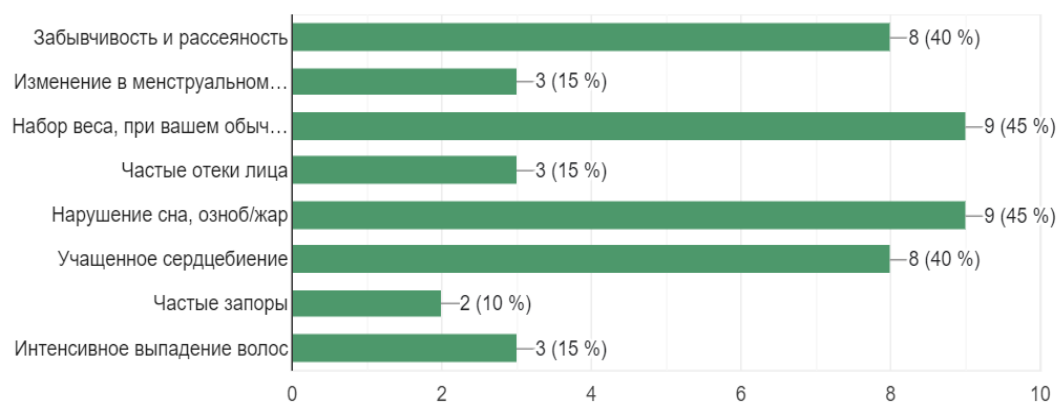


Рисунок 1 – Симптомы, вызывающие беспокойство у респондентов

Результаты опроса, связанные с питанием: только 35% респондентов употребляют рыбу и морепродукты 1–2 раза в неделю (Рисунок – 2).

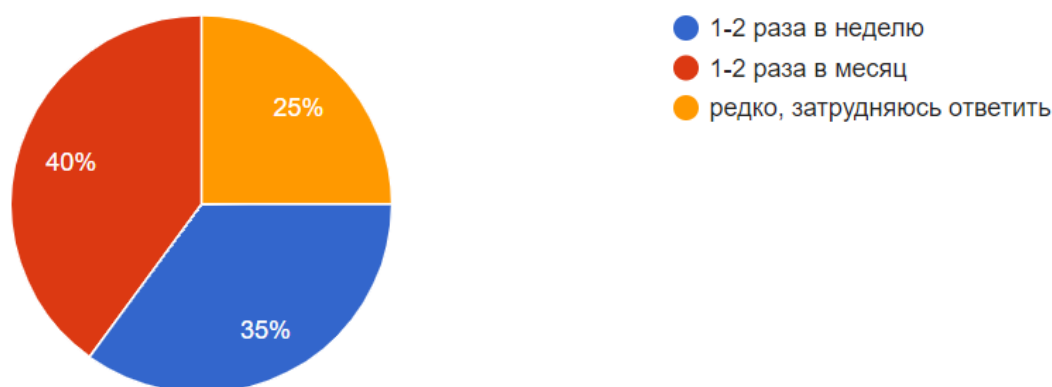


Рисунок 2 – Частота употребления респондентами рыбы и морепродуктов в повседневной жизни

Лишь 15% используют йодированную соль для приготовления пищи ежедневно, а 80% не придают этому значения (Рисунок – 3).

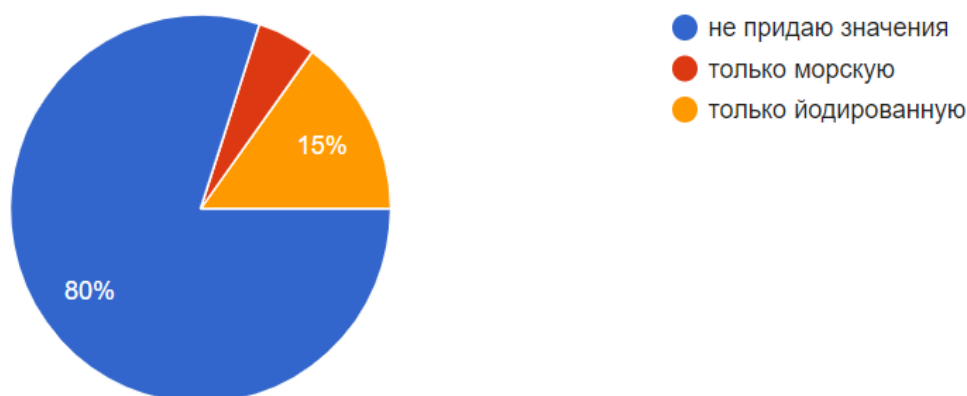


Рисунок 3 – Частота употребления респондентами йодированной соли в повседневной жизни

На вопрос по употреблению профилактической дозы йодида калия только 25% ответили, что употребляют строго каждый день, 55% не употребляют вовсе, 20% — иногда, когда вспомнят (Рисунок – 4).

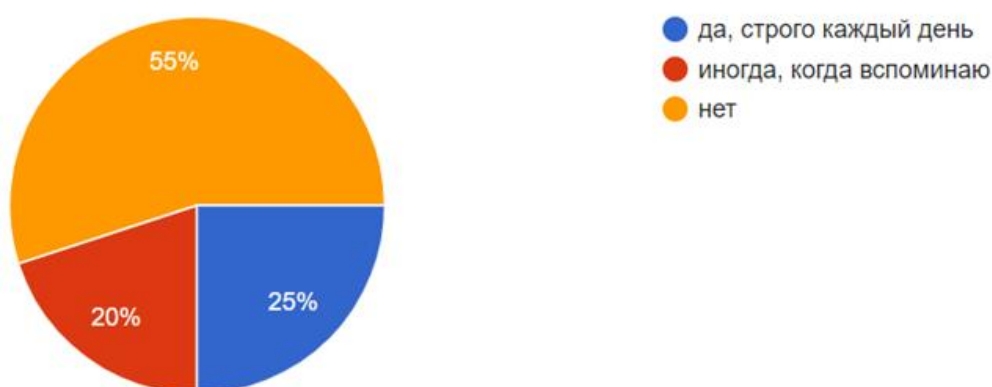


Рисунок 4 – Частота употребления респондентами профилактической дозы йода 150 мг (рекомендованной ВОЗ)

95% опрошенных были заинтересованы в повышении своих знаний по профилактике первичного гипотиреоза.

Проанализировав результаты первичного опроса, нами был составлен

информационный материал и памятка по профилактике первичного гипотиреоза.

На основном этапе была проведена просветительская беседа. Материал презентации содержал анатомию щитовидной железы, симптомы, диагностику, последствия и меры профилактики гипотиреоза. Беседа сопровождалась с мультимедийной презентацией и демонстрацией на фантоме (Рисунок 5).

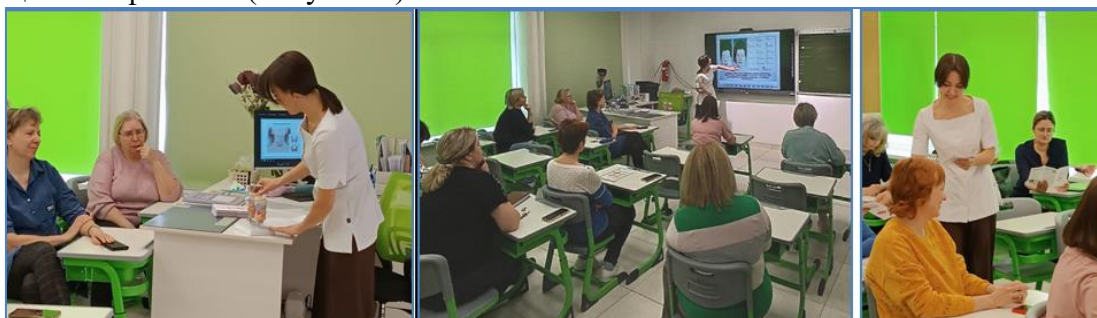


Рисунок 5 – Проведение просветительской работы

В конце беседы все участники получили раздаточный материал (Рисунок 6).



Рисунок 6 – Памятка.

Повторное анкетирование для оценки уровня усвоения полученной информации и оценка качества подачи информационного материала включала в себя вопросы, вызвавшие затруднения в первом анкетировании, представленные в презентации, и те, которые обсуждались при встрече с сотрудниками общеобразовательного учреждения.

Сравнительная оценка осведомлённости сотрудниц по профилактике первичного гипотиреоза до и после беседы повысилась до 100%. Респонденты высоко оценили уровень удовлетворенность проведенной просветительской работы и наглядный информационный материал – памятку.

Вывод: участницы опроса на момент беседы имели расплывчатое представление о первичном гипотиреозе и о способах профилактики заболевания. Задача состояла в том, чтобы в просветительской форме рассказать участницам проекта о важности йоддефицитных состояниях и их возможных серьёзных последствиях для организма. Дать подробную информацию о вариантах профилактики первичного гипотиреоза корректировками в питании и образе жизни. Поставленная цель была достигнута.

Просветительская деятельность медицинской сестры по профилактике первичного гипотиреоза является важным шагом в борьбе с этим заболеванием. Она позволяет повысить уровень знаний о заболевании, факторах его развития и способах профилактики. Это, в свою очередь, способствует раннему выявлению и своевременному лечению гипотиреоза, что крайне важно для сохранения здоровья и качества жизни пациентов.

Список использованных источников

1. Национальное руководство "Эндокринология" Москва, "Геотар-Медиа", 2016 г.; с. с.604-616.
2. Клинические рекомендации «Гипотиреоз». Разраб.: Российская ассоциация эндокринологов. – 2024.
3. <https://24.rospotrebnadzor.ru/content/1525/166721/>
4. https://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Gipotireoz__meghdisciplinarnaya_problema/#ixzz8oMFyka4w

ВЛИЯНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МАТЕРЕЙ НА ПРОЛОНГАЦИЮ ПРОЦЕССА ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

*Кузнецов Максим Анатольевич,
Руководитель: Кравцова Наталья Николаевна,
КГБПОУ "Рубцовский медицинский колледж"*

По оценкам ВОЗ, недостаточность питания ежегодно приводит к 2,7 миллиона случаев смерти детей, или к 45% всех случаев смерти детей. Кормление детей грудного и раннего возраста является одним из важных направлений в области улучшения выживаемости детей и содействия их здоровому росту и развитию. Первые два года жизни ребенка особенно важны, так как оптимальное питание в течение этого периода способствует уменьшению заболеваемости и смертности, снижению риска хронических заболеваний и общему лучшему развитию. Оптимальное грудное вскармливание критически важно — благодаря ему можно было бы ежегодно спасать более 820 000 детей в возрасте до 5 лет [4].

Рекомендации ВОЗ и ЮНИСЕФ по оптимальному кормлению детей грудного и раннего возраста заключаются в следующем:

- раннее начало грудного вскармливания в течение часа после рождения ребенка;
- исключительное грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни;
- введение надлежащего питательного и безопасного прикорма в возрасте шести месяцев наряду с продолжением грудного вскармливания до достижения ребенком возраста двух лет и больше.

Однако многие дети грудного возраста и других возрастных групп не получают оптимального питания; так, например, в среднем, лишь 36% детей в возрасте до 6 месяцев находится на исключительном грудном вскармливании [3].

В первые годы жизни ребенка питание имеет основное значение для его нормального физического и умственного развития. В этом возрасте формируются также и пищевые привычки, определяющие впоследствии здоровье и характер питания. Состояние здоровья ребенка во многом зависит от того, вскармливали ли он грудью и его продолжительности.

Главным преимуществом грудного молока является сбалансированный состав всех необходимых ребенку пищевых веществ. Все содержащиеся в нем белки, жиры, микроэлементы и витамины усваиваются организмом ребенка наиболее полно, чего не удастся добиться при кормлении смесями [1, 4]:

1. Белки, входящие в состав грудного молока, не вызывают у ребенка аллергических реакций, содержат необходимые для роста и развития аминокислоты.
2. Жиры материнского молока содержат много полезных жирных кислот. Собственный фермент, содержащийся в молоке – липаза, помогает расщеплять жиры, обеспечивая нормальный стул ребенка, отсутствие запоров и кишечных колик. Больше всего жира содержится в «заднем» молоке.
3. Углеводы материнского молока представлены лактозой, регулирующей кислотную среду желудочно-кишечной системы ребенка, что очень важно для функционирования полезных бактерий и подавления болезнетворных. Калорийность материнского молока обеспечивает ребенку необходимую энергию для роста и развития.
4. Грудное молоко содержит необходимые для правильного развития ребенка

гормоны и биологически активные вещества, естественные иммуномодуляторы, благодаря которым малыш получает мощную защиту от вирусов и инфекций.

5. Грудное вскармливание снижает риск заболевания диабетом и ожирения во взрослом состоянии.

6. Грудное молоко всегда имеет оптимальную температуру, кроме того, оно всегда стерильное и не может быть несвежим или содержать бактерии, что достаточно часто встречается при использовании смесей.

7. Способствует формированию правильного прикуса. Сосание груди в дальнейшем уменьшает вероятность развития кариеса и стоматитов.

8. Преимущества грудного вскармливания заключаются также в установлении особого психоэмоционального контакта малыша и мамы в процессе кормления, что благотворно влияет на нервные системы их обоих, способствует формированию у малыша чувства защищенности и уверенности в себе.

9. Малыши, которых кормили материнским молоком до 1 года и более, легче налаживают контакты с окружающими, имеют более высокий индекс интеллектуального развития.

Доказанные положительные моменты грудного вскармливания ребенка существенно влияют на сокращения списка клинических противопоказаний его применения.

Так в настоящее время доработаны рекомендации, отвечающие потребностям детей грудного возраста, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. В настоящее время благодаря антиретровирусным препаратам эти дети могут находиться на исключительном грудном вскармливании до шести месяцев и продолжать находиться на грудном вскармливании, по меньшей мере, до 12 месяцев при значительном снижении риска передачи ВИЧ [2].

Наши цели заключаются в изучении влияния правильного питания, его организации и предоставленной информации на осведомленность молодых родителей о пользе естественного вскармливания.

В данной работе мы хотели их изучить в процессе реализации следующих задач:

1. Изучение влияния видов вскармливания на здоровье и развитие детей.

2. Сравнение частоты использования различных методов вскармливания в зависимости от осведомленности матерей.

3. Анализ факторов, влияющих на выбор способа вскармливания.

Для достижения поставленных целей был проведен обзор современной литературы по вопросу, а также организовано анкетирование среди родителей детей грудного и раннего возраста. В анкете рассматривались следующие аспекты:

- Возраст и пол ребенка.
- Способ вскармливания (естественное или искусственное).
- Длительность вскармливания грудным молоком.
- Причины выбора того или иного способа вскармливания.
- Здоровье ребенка (наличие заболеваний, аллергий и т.д.).

Было проведено анкетирование в группе молодых кормящих матерей в количестве 30 человек результаты обработаны с помощью нейро-сетевого кодирования и результаты представлены графически.

1. Демографические данные

Из 30 первично опрошенных матерей: к 6 месячному возрасту детей. 16 были намерены оставить грудное вскармливание. 12 перевести детей на искусственное вскармливание. 2 - на смешанное вскармливание.

Таким образом, статистика изначально выглядела следующим образом (рис.1):

- Грудное вскармливание: 53,3% (16 из 30)
- Искусственное вскармливание: 40% (12 из 30)
- Смешанное вскармливание: 6,7% (2 из 30)

Первый опрос

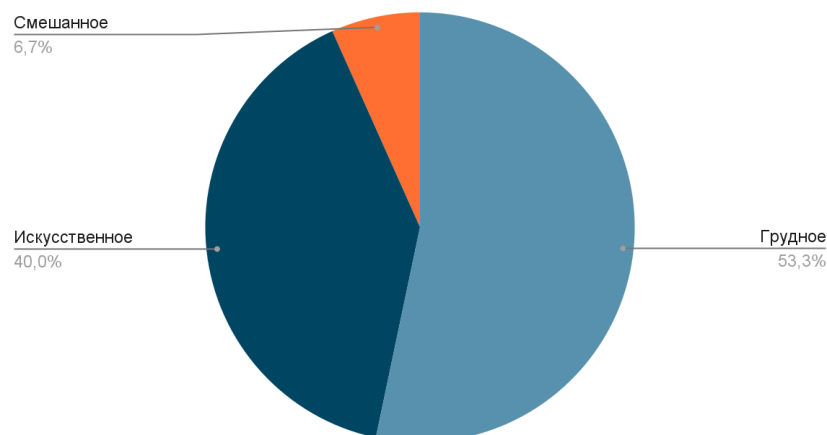


Рисунок 1 - Данные первого опроса

Через месяц, после предварительной работы с мамами, направленной на ликвидацию дефицита информации, повторное анкетирование выявило что, все же убежденно оставили детей на естественном вскармливании 22 мамы, 6 все же перевели детей на искусственное вскармливание и 2 на смешанное (рис.2):

- Грудное вскармливание: 73% (22 из 30)
- Искусственное вскармливание: 20% (6 из 30)
- Смешанное вскармливание: 6.7% (2 из 30)

Повторный опрос

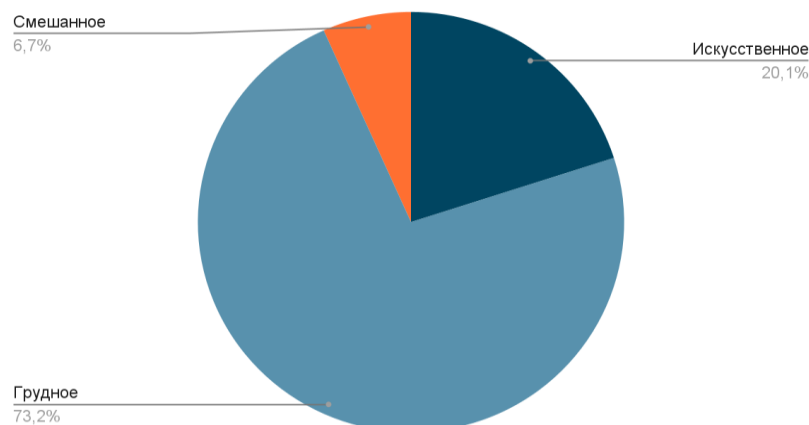


Рисунок 2 - Данные второго опроса

По прошествии месяца процент сохранения грудного вскармливания после осознания матерями информации увеличился с 53% до 73% ((6 матерей (25%) из группы матерей, планирующих перевод детей на искусственное вскармливание намерены оставить вскармливание детей грудью до 1 года и более)), соответственно доля матерей, планирующих перевод детей на искусственное вскармливание снизилась с 40% до 20%.

2. Длительность вскармливания

- Средняя продолжительность грудного вскармливания составила около 7 месяцев.
- После получения информации о неоспоримой пользе грудного вскармливания кормящие мамы сообщили, что намерены продлить естественное вскармливание детей до 1 года

3. Влияние на здоровье

При анкетировании был задан матерям вопрос, уточняющий болели ли их дети инфекционными заболеваниями, аллергическими проявлениями.

Инфекционные заболевания

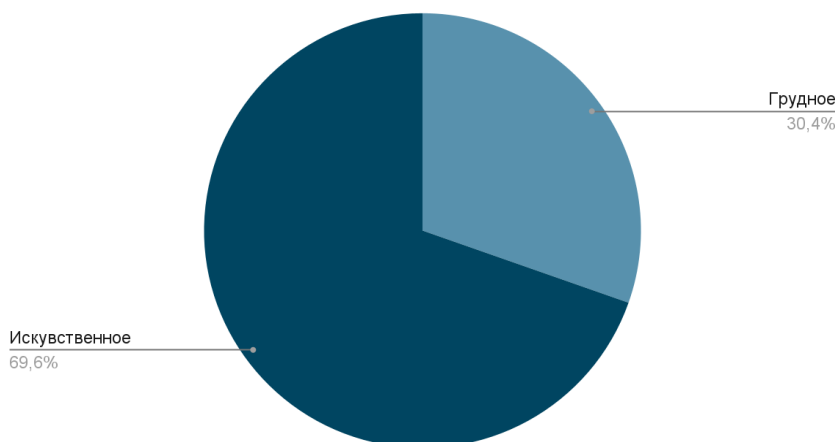


Рисунок 3 -Инфекционные заболевания

- Дети, вскармливаемые грудным молоком, реже болели инфекционными заболеваниями 36.36% (8 человек из 22), в то время как искусственники 83.3% (6 человек из 8) болели чаще(рис.3).

Пищевые аллергии

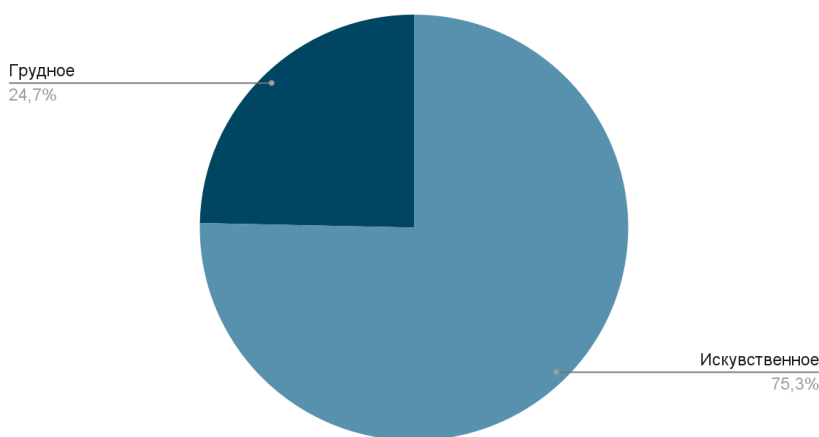


Рисунок 4 - Пищевые аллергии

- Исследование показало, что дети, находившиеся на искусственном вскармливании, чаще страдали пищевой аллергией 83.3% (6 человек из 8) против 27.27% (6 человек из 22) среди детей на грудном вскармливании (рис.4).

4.Причины выбора способа вскармливания

- У 70% или 16 матерей, выбравших грудное вскармливание, основной причиной было изначальное убеждение в его пользе для ребенка. После получения информации от медработников, процент информированных согласий матерей на использование грудного вскармливания детей повысился до 85%.

- Среди матерей, все же выбравших искусственное вскармливание, 40% (3 человека) указали на недостаток молока, 30% (2 человека) - на медицинские показания.

Важно учитывать, что выбор способа вскармливания может зависеть от множества факторов, включая здоровье матери, социальные условия и доступность информации.

Полученные данные свидетельствуют не только о положительном влиянии естественного вскармливания на здоровье детей, но и о влиянии подачи нужной информации на стереотип кормящих матерей. Поддержка грудного вскармливания, как со стороны медиков, так и со стороны общества, играет ключевую роль в формировании здорового поколения.

В ходе данной работы мы разобрали типы вскармливания, их эффективность, недостатки, влияние ликвидации дефицита информации у матерей на продление сроков

грудного вскармливания. Также в подробном варианте проекта рассмотрели модели прикормов для детей, были разработаны буклеты, содержащие варианты суточных меню для поддержания должного рациона ребёнка.

Таким образом, в процессе изучения литературы и анализа собственных наблюдений, мы убедились, что нерациональное вскармливание может приводить ребенка к отставанию в физическом и психомоторном развитии, повышению заболеваемости инфекционной и фоновой патологии. В процессе проведения динамического анкетного исследования было отмечено положительное влияние предоставления полезной наглядной информации, с которой можно ознакомиться в интернет-источниках через предоставленные QR-коды, на информированность матерей о необходимости продолжения естественного вскармливания ребёнка на 1 году его жизни. Гипотеза исследовательской работы подтверждена, цели достигнуты. Рекомендуются продолжать агитационно - информационную работу по освещенному вопросу.

Список использованных источников

1. Антонов, А. Н. Вскармливание ребенка раннего возраста и уход за ним [Текст]: учебник для студентов медвузов/ А.Н. Антонов. – М. Государственное издательство медицинской литературы, 2021. – 677 с.
2. Васильева, Е.И. Питание детей первого года жизни в норме и при некоторых патологических состояниях [Текст]: учеб. пособие для студентов медвузов / Е.И. Васильева, В.Г. Савватеева. – Иркутск, ИГМУ. – 2021. – 54 с.
3. Васильева, Я. В. Грудное вскармливание. Введение прикорма. Рецепты блюд [Текст]: учеб. пособие для студентов медвузов / Я.В. Васильева. – М.: Аргумент Принт, 2023. – 256 с.
4. Гаппаров, М.М. Питание детей первого года жизни: взгляд нутрициолога [Текст] / М.М. Гаппаров, М.И Левачев // Вопросы питания. – 2024. – № 4. – С. 23-27.

АТЕРОСКЛЕРОЗ – УГРОЗА ВСЕЛЕННОЙ

**Кусаинова Аина Ергазиевна,
Руководитель: Епонешникова Светлана Владимировна,
КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»**

Атеросклероз – это одно из самых актуальных заболеваний XXI века, от которого ежегодно умирает около 16 миллионов человек. Это вечная проблема человечества. После 30-35 лет атеросклерозом страдают 75% мужчин и 38% женщин. В возрасте 55-60 лет эти показатели близки к 100%. Однако смертность от атеросклероза составляет в среднем 58% (в основном от острых инфарктов и инсультов), хотя в некоторых странах она достигает 69%. Чем старше человек, тем больше вероятность появления у него распространенного атеросклеротического поражения, т.к. атеросклероз представляет собой своеобразную форму старения сосудистой системы, следовательно, и организма в целом. Сегодня в ряде случаев кардиологи отмечают наступление атеросклероза уже в подростковом возрасте, что еще 100 лет назад считалось невероятным фактом. Нерациональное, неправильное питание, стрессовые ситуации, малоподвижный образ жизни - все это приводит к возникновению атеросклероза, и, как следствие, к дальнейшему развитию сердечных заболеваний и инсульта. Атеросклероз поражает все важные системы и органы, присутствуют на всем протяжении жизни человека, неуклонно сокращая ее продолжительность на несколько лет. Таким образом, атеросклеротические изменения могут быть обнаружены у абсолютно любого человека, вне зависимости от пола и возраста. Помимо этого, атеросклероз – самая распространенная причина ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, инсульта, и соответственно - проблем кровообращения. Поэтому важно знать «врага в лицо»: чем он опасен и как от него защищаться.

Ключевые слова: атеросклероз, сердечно-сосудистая система, смертность, ишемическая болезнь, профилактика, атеросклеротическая бляшка, факторы риска, нарушение кровообращения, тромбоз, последствия.

Abstract

Atherosclerosis is one of the most pressing diseases of the 21st century, from which about 16 million people die every year. This is the eternal problem of mankind. After 30-35 years, atherosclerosis affects 75% of men and 38% of women. At the age of 55-60 years, these figures are close to 100%. However, mortality from atherosclerosis averages 58% (mainly from acute heart attacks and strokes), although in some countries it reaches 69%. The older the person, the more likely it is that he will have a widespread atherosclerotic lesion, because atherosclerosis is a peculiar form of aging of the vascular system, and therefore of the body as a whole. Today, in a number of cases, cardiologists note the onset of atherosclerosis already in adolescence, which was considered an incredible fact 100 years ago. Irrational, malnutrition, sedentary lifestyle, stressful situations - all this leads to atherosclerosis, and, as a result, to the further development of heart disease and stroke. Atherosclerosis affects all important systems and organs, is present throughout a person's life, steadily reducing its duration by several years. Thus, atherosclerotic changes can be detected in absolutely any person, regardless of gender and age. In addition, atherosclerosis is the most common cause of coronary heart disease and myocardial infarction, stroke, and, accordingly, circulatory problems. Therefore, it is important to know the "enemy in the face": how dangerous it is and how to defend against it.

Keywords: atherosclerosis, cardiovascular system, mortality, ischemic disease, prevention, atherosclerotic plaque, risk factors, circulatory disorders, thrombosis, consequences.

Актуальность данного проекта обусловлена тем, что заболевания сердечно-сосудистой системы справедливо называют эпидемией 21 века. В течение многих лет они являются ведущей причиной смертности населения во многих экономически развитых странах, в том числе и в России. Ежегодно в России от заболеваний сердечно-сосудистой системы умирает около 1 миллиона человек, и 78% из них – от поражений сосудов мозга и сердца, которые были вызваны атеросклерозом.

Цель: ознакомление различных возрастных групп населения с факторами риска и последствиями атеросклероза, а также мерами профилактики.

Для достижения поставленной цели необходимо реализовать следующие задачи:

1. Проанализировать научную литературу и найти необходимую информацию в сети Интернет,
2. Изучить факторы риска развития атеросклероза и этиологию возникновения,
3. Выявить симптомы атеросклероза,
4. Изучить меры профилактики.

Материалы и методы.

В своей работе я изучила информацию из интернет-источников, выделив для себя статью «Атеросклероз - вечная проблема человечества», а также «Атеросклероз. Гипертоническая болезнь. Пособие для ординаторов» и рассмотрела статистику заболевания Атеросклерозом в России.

Для достижения цели использовались следующие методы:

1. Социальное исследование (Анализ различных источников для получения максимально точной информации)
2. Эмпирические методы исследования
3. Теоретические методы исследования (Анализ, Синтез, Классификация)

Результаты и их обсуждение

Результаты проектной деятельности: Изучила теорию темы, провела тестирование, проанализировала полученные данные, сделала анализ проведенной работы, разработала конечный продукт, создала сценарий защиты проекта и мультимедийную презентацию. В результате реализации проекта представители различных возрастных групп населения поменяют свое мнение по поводу данного заболевания и будут соблюдать правила профилактики.

Выводы

В тестировании приняли участие 30 человек различных возрастных групп в диапазоне от 16 до 60 лет. Существует 4 группы фактора риска: риск отсутствует, умеренный, значительный и максимальный. Результаты тестирования:

Максимальный фактор риска – 4 человека (13,3%)

Значительный фактор риска – 16 человек (53,3%)

Умеренный фактор риска – 10 человек (33,3%)

Отсутствует фактор риска – 0(0%)

Таким образом, можно сделать вывод по проделанной практической работе, что у каждого опрошенного в той или иной мере присутствует фактор риска атеросклероза в будущем, а следовательно - данная информация актуальна для всех возрастных групп населения и атеросклероз - действительно социальная проблема. Знание причин возникновения болезни и профилактика заболевания помогут избежать сердечно-сосудистых проблем в будущем.

Практические рекомендации

Памятка по профилактике атеросклероза

Ведущую роль в снижении риска возникновения атеросклероза играет ведение здорового образа жизни:

1. Диетическое питание:

Ограничения в еде. Следует употреблять продукты с пониженным содержанием соли и холестерина; злаки, овощи, например: морковь, баклажаны, лук порей, чеснок, вареную рыбу, йогурты, подсолнечное масло и, конечно же, любые овощи и фрукты. В большом количестве необходимо употреблять ягоды и растения желтовато-рыжих цветов – например, боярышник, рябину, землянику, калину, пажитку и т. д;

Приведем рекомендации для снижения общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности (Таблица 1).

Таблица 1

	Употреблять предпочтительно	Употреблять умеренно	Употреблять редко в ограниченных количествах
Хлеб, крупы	Из цельного зерна 1 порция = 1 кусок хлеба или 200г каши или 100 г макаронных изделий	Хлеб и макароны из рафинированной муки, белый рис, бисквит, кукурузные хлопья	Выпечка (булочки, круассаны)
Овощи и фрукты	Свежие и обработанные овощи, свежие и замороженные фрукты – не менее 5 порций в день. 1 порция: 200г свежих или вареных овощей, 1 яблоко, 1 банан, 1 апельсин, 1 груша, 2 киви, 2 сливы, 1 ломтик дыни или	Сухофрукты, желе, джемы, консервированные овощи, фрукты	Овощи, приготовленные со сливочным маслом или соусами

	ананаса, 1 стакан сока		
Бобовые	Все (включая сою и соевый белок) – 3-4 порции в неделю. 1 порция = 100г.		
Мясо и рыба	Постная и жирная рыба (не менее 2 раз в неделю), птица без кожи. 1 порция = 100г.	Постная говядина, баранина, свинина и телятина, морепродукты, моллюски.	Колбаса, сосиски, бекон, потроха.
Молочные продукты	Обезжиренное молоко и кисломолочные продукты – 200мл, 30 г творога или сыра (со сниженным содержанием жиров) в день.	Молоко, другие молочные продукты, сыр.	Жирный сыр, сливки, цельное молоко и молочные продукты.
Яйца	Белок	Желток 2-3 в неделю.	
Жиры, используемые для приготовления пищи, заправки к салатам	Уксус, кетчуп, горчица, заправки, не содержащие жиров.	Растительные масла: подсолнечное, кукурузное – 2-3 чайные ложки, оливковое – не более 1 чайной ложки, мягкий маргарин – не более 5 грамм, майонез.	Сливочное масло, твердый маргарин, пальмовое и кокосовое масла, свиной и бараний жир, заправки с яичными желтками.
Орехи, семечки		Все	Кокос
Сладости	Низкокалорийные	Сахар, мед, фруктоза, глюкоза, шоколад, конфеты.	Пирожное, мороженое.
Приготовление пищи	Гриль, варка, приготовление на пару.	Жарка, тушение.	Приготовление во фритюре.

2. Отказ от курения и приёма алкоголя;

3. Повышение физической активности. Физическую активность следует повышать с учетом общего состояния здоровья и возраста. Начать её можно с наиболее безопасного и доступного вида физической активности – ходьбы. Занятия должны быть не менее трех-четырех раз в неделю по 35–40 минут;

4. Регулирование своего веса. Излишний вес и ожирение вызывает сосудистые осложнения. Излишний вес возникает в результате нарушения обмена жиров в организме. Для снижения веса рекомендуются низкокалорийные диеты с низким содержанием жира и физическая активность;

5. Контроль над уровнем артериального давления и профилактика гипертонии;

6. Контроль над уровнем сахара в крови;

7. Диспансерное наблюдение по поводу хронических заболеваний.

Список использованных источников:

Интернет ресурсы:

1. Атеросклероз, общие понятия. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: https://mir.ismu.baikal.ru/src/downloads/c64a1e50_ateroskleroz,_gipertonicheskaya_bolezn_ordina_tura.pdf (дата обращения: 27.04.2025 г.),

2. Атеросклероз – вечная проблема человечества. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <http://www.itdmed.com/patients/diseases/ateroskleroz/> (дата обращения: 27.04.2025 г.),

3. Профилактика и лечение атеросклероза сосудов нижних конечностей. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://rokkd.ru/materials/view/profilaktika-i-lechenie-ateroskleroz-a-sosudov-nizhnih-konechnostej-1964> (дата обращения: 07.05.2025 г.),

4. Профилактика атеросклероза. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://mcdl.ru/articles/profilaktika-aterosklerozza> (дата обращения: 07.05.2025 г.).

ЛЮБОВНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Ланина Альбина Денисовна, Щеглова Ариадна Денисовна,
Щербакова Емельяна Игоревна, Свиридова Арина Валерьевна
Руководитель: Маношкина Ольга Владимировна
КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»*

Каждый человек имеет свое представление о любви. У одних оно навеяно литературными произведениями, у других – кинематографом, а третьи имеют свой личный опыт переживания данного чувства.

Что же такое любовь? А. С. Макаренко говорил: «Любовь – это самое великое чувство, которое вообще творит чудеса, которое творит новых людей, создает величайшие человеческие ценности». И с этим нельзя не согласиться, так как любовь действительно воодушевляет и окрыляет, заставляет задуматься о важных ценностях и идти вперед со своим любимым человеком, преодолевая все трудности. Проект на тему любовных отношений в подростковом возрасте имеет высокую актуальность, так как он затрагивает важные аспекты развития личности и социальных взаимодействий, а также способствует улучшению качества жизни подростков. Нас заинтересовало, как чувство любви понимают одноклассники/однокурсники, и насколько любовь для них представляет ценность.

Цель проекта: изучить подростковую любовь, и как она влияет на молодежь.

Задачи:

1) Осуществить поиск информации по данной теме;

2) Проанализировать теоретическую информацию и создать реферат;

3) Разработать вопросы для анкетирования.

Гипотеза: У подростков во время влюбленности преобладают эмоции: стресс, переживание, тревожность.

Методика работы: анализ, синтез, классификация информации, анкетирование, статистическая обработка материала.

Ожидаемые результаты:

1) Понимание динамики отношений;

2) Влияние на психоэмоциональное состояние;

3) Выявление рисков.

Изучив теоретический материал по теме, узнали, что любовь - это чувство, которое возникает между людьми. Оно выражается в заботе, внимании и других проявлениях.

Какая бывает любовь? Её подразделяют на:

- **Агапэ.** Безусловная, бескорыстная и жертвенная любовь. Превыше всего она ставит благополучие близкого человека и не просит ничего взамен.
- **Филия.** Любовь-дружба, основанная на взаимном уважении, общих интересах и эмоциональной привязанности.
- **Сторге.** Семейные узы, глубокое, но спокойное чувство, основанное на долге и привычке. Такая любовь возникает между родителями и детьми, братьями и сёстрами, а также в результате длительных отношений.
- **Людус.** Игривая любовь-флирт, которая возникает в самом начале отношений. Это чувство приносит радость, интерес, ощущение новизны и лёгкости.
- **Прагма.** Зрелая любовь, которая возникает в результате длительных отношений. Это чувство сочетает взаимное уважение, глубокое знание внутреннего мира партнёра и готовность идти на компромисс.
- **Филавия.** Любовь к себе. В хорошем смысле она подразумевает самоуважение и заботу о своём благополучии, в негативном аспекте — эгоизм и отказ учитывать чужие потребности в угоду себе.

Проблемы подростковой любви:

Первые отношения — один из важных этапов в жизни подростка. Именно из этих отношений ребёнок получит ценный опыт и поймёт, как по принципам строятся взаимоотношения в паре и семье. Многие подростки начинают встречаться с кем-то только потому, что боятся остаться в одиночестве.

Часто подростки сталкиваются с непониманием со стороны родных и остаются одни на один со своей проблемой. Неумение управлять собой и своими чувствами. Это может приводить к нарушению распорядка, пренебрежению к учёбе, общественным и домашним обязанностям, недоверию к заботе родителей и учителей.

Какие эмоции испытывает подросток во время состояния влюблённости?

Подростки испытывают яркие эмоции как позитивные, так и негативные. Безответная любовь может привести к апатии, депрессивным расстройствам, снижению учебной мотивации и успеваемости, рисковому поведению, иногда к суициду. Подростки склонны идеализировать своих избранников, поэтому они драматично переживают своё состояние неразделённой любви. Родителям стоит быть крайне внимательными, если у влюблённого подростка проявляются такие чувства, как подавленность, депрессия, импульсивность, раздражительность, и появляются высказывания о суициде.

Для подтверждения нашей гипотезы было организовано и проведено анонимное анкетирование среди обучающихся 1 курса КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж» и СОШ №13 - 10 класс, в количестве 60 человек.

Результаты тестирования показали следующее:

- На вопрос «Во сколько лет вы в первый раз влюбились?» 22% студентов и школьников ответили, что влюбились с 2 до 10 лет, 78% — с 11 до 16 лет.

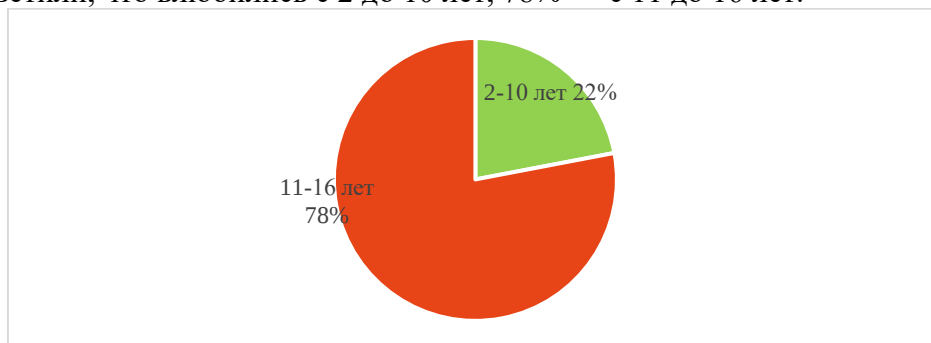


Рисунок 1 – Диаграмма

- На второй вопрос «Было ли это взаимно?» ответили 72% — да, 28% — нет.
- На вопрос «Как вы отреагировали на признание в любви?» 89% опрошенных ответили положительно, 11% — отрицательно.

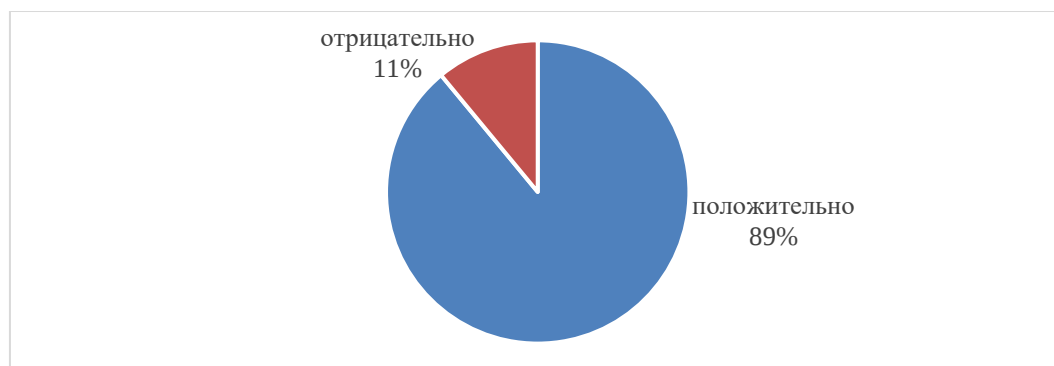


Рисунок 2 – Диаграмма

- На вопрос «Какие эмоции вы испытывали, когда вам признались в любви?» 69% испытали волнение, 62% — радость, 20% — страх, 22% — надежду, 27% — уверенность, 51% — неловкость, 9% — смягчение, 18% — возбуждение, 20% — облегчение, 20% — другое.

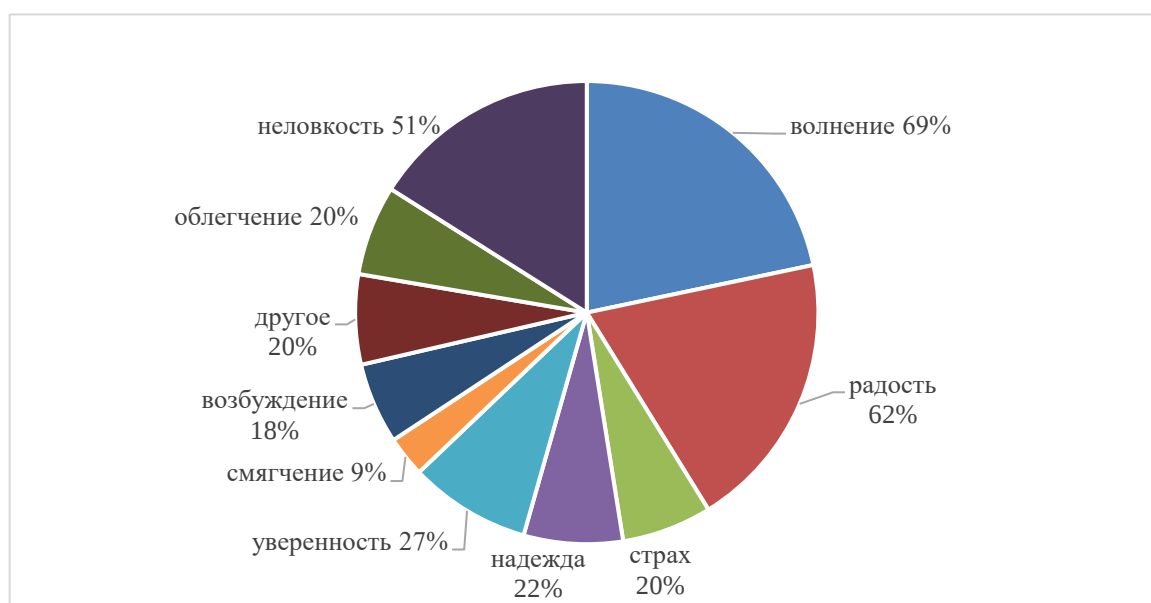


Рисунок 3 – Диаграмма

- На вопрос «Что вы сейчас испытываете по отношению к тому человеку?» 5% — отвращение, 76% — ничего, 6% — ненависть, 13% — любовь.
- На вопрос «Какой ваш пол?» 71% — девушки, 29% — юноши.

По проведенному опросу можно сделать вывод, что многих тех кому ответили взаимностью, 78% опрошенных ощутили любовь в подростковом возрасте. Больше всего ощущали волнение и радость. После расставания 76% людей ничего не ощущают по отношению к бывшему возлюбленному. Таким образом, после проведенного исследования можно сделать вывод, о том, что наша гипотеза подтвердилась, цель достигнута, задачи выполнены.

Заключение.

Важно понимать, что подростковая любовь — это естественный этап развития, который может иметь как положительные, так и отрицательные аспекты. Необходимо не только поддерживать подростков в их отношениях, но также помогать им развивать навыки решения конфликтов, коммуникации и способам саморегуляции.

Список использованных источников:

1. Воспитание чувства любви старшеклассниками. Любовь и позиции восприятия // Мир логики. Старшеклассниками. Любовь и позиции восприятия — 2018. - Электронный ресурс. URL: <https://mir-logiki.ru/lubov-i-prosicii-psihologia/> (дата обращения: 15.04.2025 г.),
2. Научить любить — 15 принципов Антония Макаренко // Редакция «Правмира». — 2018. Электронный ресурс (дата обращения: 15.04.2025 г.).

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЯ

Мельчукова Валентина Владимировна
Ковтун Алексей Григорьевич,
Руководитель: Пидрейко Елена Алексеевна
КГБПОУ «Родинский медицинский колледж»

В жизни каждой женщины наступает климактерический период - время сложной возрастной перестройки организма, а в первую очередь нейрогуморальной регуляции, связанной с угасанием репродуктивной функции, вследствие чего и происходит развитие возрастных и патологических изменений практически во всех органах и тканях. Этот этап происходит в возрасте 45-50 лет и продолжается от 8 лет до 10 лет (может длиться около 30 лет).

Актуальность данной темы состоит в том, чтобы донести как можно большему числу женщин определенного возраста, что встречающиеся в климактерическом периоде различные расстройства не представляют опасности и их течение можно облегчить, скорректировав свой образ жизни. С увеличением продолжительности жизни и старением населения, вопросы, касающиеся климакса, становятся особенно важными.

В Алтайском крае за 2024 год у женщин наступал климактерический период в возрасте 45-56 лет. При этом доля преждевременного наступления климакса в связи с патологическими факторами (стрессами, нарушениями обмена веществ, частыми инфекциями, вредными привычками) составляет около 25% всего женского населения края [5].

Недостаточная информированность о климактерии и его проявлениях может привести к ухудшению здоровья женщин: повышению риска развития остеопороза, сердечно-сосудистых заболеваний и онкопатологии. Исследования показывают, что многие женщины не осведомлены о симптомах климакса и возможностях их лечения. Это подчеркивает важность соблюдения мер профилактики и коррекции климактерических проявлений, включая здоровый образ жизни, как ключевого аспекта улучшения качества жизни женщин в этот переходный период.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных источников о влиянии здорового образа жизни на течение климактерического периода.
2. Оценить уровень информированности женщин о течении климактерия и значении здорового образа жизни.
3. Провести анкетирование женщин в возрасте от 40 и более лет для выявления факторов риска, способствующих патологическому течению климакса.
4. Проанализировать полученные данные и оформить сборник методических рекомендаций для женщин.

Объект исследования: влияние здорового образа жизни на течение климактерического

периода.

Предмет исследования: влияние здорового образа жизни на течение климактерического периода у женщин перименопаузального возраста.

Методы исследования: анализ медицинской литературы, анкетирование, статистическая обработка данных, эксперимент.

Климактерий (от греч. «klimakter» - «ступень лестницы, возрастной переломный момент») - период физиологической перестройки организма, характеризующийся постепенной инволюцией, угасанием функции половой системы, происходящим в связи с возрастными изменениями [1, с. 205].

Основные проявления климакса: вегетативные (приливы, потливость, сердцебиение), психоэмоциональные расстройства (раздражительность, тревожность, депрессия, нарушение сна), гинекологические изменения (сухость влагалища, снижение либидо, атрофия слизистых), а также обменные нарушения (увеличение массы тела, дислипидемия).

В этот период жизни может проявляться климактерический синдром разной степени тяжести, когда проявления, такие как приливы, изменения настроения и нарушения сна, становятся более выраженными и негативно влияют на качество жизни [1, с. 766].

Патологическое течение климактерия развивается под действием следующих факторов:

I. Немодифицируемые: возраст (снижение функции яичников после 45-50 лет приводит к естественному уменьшению выработки эстрогенов), генетическая предрасположенность (интенсивность проявлений, подверженность экстрагенитальным и гинекологическим заболеваниям) [1, с. 865].

II. Модифицируемые: экстрагенитальные патологии (диабет, ревматоидный артрит), гинекологические заболевания (эндометриоз, синдром поликистозных яичников), курение, употребления алкоголя, стресс, несоблюдение режима дня, рациона питания и режима физической активности [1, с. 879].

К осложнениям климакса можно отнести развитие остеопороза, сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероз, гипертония), усугубление влагалищных и мочевых расстройств (инфекции, урологические проблемы), психоэмоциональных нарушений (депрессии, тревожности). Эти осложнения требуют своевременного медицинского внимания и профилактики.

Здоровый образ жизни, включающий регулярную физическую активность, сбалансированное питание и отказ от вредных привычек, может оказать положительное влияние на течение климактерия [4].

Основные принципы здорового образа жизни, которых следует придерживаться в климактерий:

1. Регулярная физическая активность (например, утренняя зарядка, ходьба, аэробные нагрузки, силовые упражнения).

2. Сбалансированное питание, богатое витаминами и минералами и питьевой режим.

3. Отказ от вредных привычек (курение, чрезмерное употребление алкоголя).

4. Психологическая поддержка и управление стрессом.

5. Адекватный режим труда и отдыха.

6. Соблюдение правил личной гигиены и ухода за собой.

Выбирая вид физической активности, рацион питания, питьевой режим важно учитывать индивидуальные особенности каждой женщины, включая её общее состояние здоровья, возраст и наличие сопутствующих заболеваний.

В практической части исследовательской работы мы провели анкетирование пациенток женской консультации КГБУЗ «ЦРБ с. Родионо» в пяти возрастных группах: с 40 - 45 лет (наиболее обширная группа женщин, именно в этом возрасте чаще всего наступает климакс), с 46 до 50 лет, с 51 до 55 лет, с 56 до 60, 61 и старше.

Сколько часов в сутки вы спите в среднем?
63 ответа

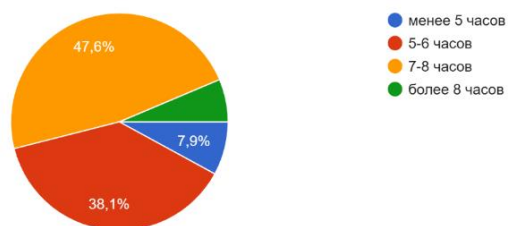


Рисунок 1 - Количество часов сна.

Исходя из данных представленных в диаграмме на 1 рисунке, почти половина респондентов испытывает недостаток сна, что, в свою очередь, негативно сказывается на общем состоянии здоровья, особенно в климактерический период, когда гормональные изменения могут вызывать различные дискомфортные проявления, такие как приливы, ночные поты и эмоциональная нестабильность.

Какое количество шагов в день вы обычно проходите пешком?
63 ответа

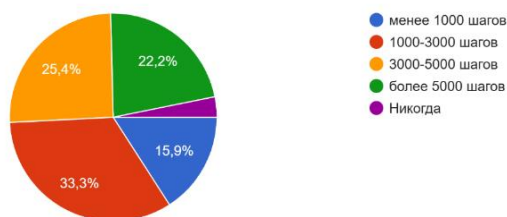


Рисунок 2 - Двигательная активность.

На основании данных, представленных в диаграмме рисунка 2, можно сделать вывод, что более половины опрошенных женщин (около 80%) не достигают рекомендованного уровня физической активности, проходя менее 5000 шагов в день. Гиподинамия способствует застою крови в органах малого таза, что в свою очередь может привести к различным гинекологическим заболеваниям, включая воспалительные процессы, нарушения менструального цикла и даже проблемы с фертильностью. Кроме того, недостаток физической активности негативно сказывается на общем состоянии здоровья, увеличивая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения и метаболических расстройств.

Сколько воды (чистой, без учета чая/кофе) вы выпиваете в день?
63 ответа

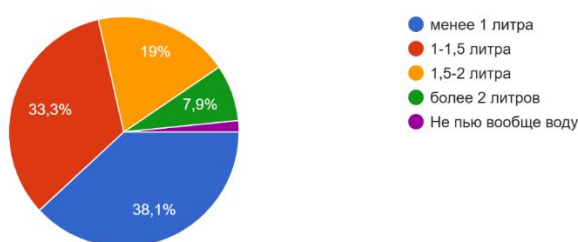


Рисунок 3 - Питьевой режим.

Итак, судя по данным, представленным в диаграмме рисунка 3, значительная часть женщин потребляет менее 1 литра воды в день. Это является тревожным показателем, так как недостаточное потребление жидкости может привести к развитию обезвоживания, проявляющемуся усталостью, головными болями, снижением когнитивных функций и ухудшением состояния кожи. У женщин это может также усугублять симптомы, связанные с

гормональными изменениями, что особенно актуально в период климакса.



Рисунок 4 - Рацион питания.

На основании данных, представленных в диаграмме на рисунке 4, можно сделать вывод, что в рационе большинства женщин наблюдается преобладание определенных категорий продуктов, таких как овощи и фрукты, рыба и морепродукты, молочные продукты, а также сладости и выпечка.

Такое разнообразие в питании может иметь как положительные, так и отрицательные последствия для здоровья. Овощи и фрукты, богатые витаминами, минералами и клетчаткой, играют важную роль в поддержании общего состояния здоровья. Рыба и морепродукты, в свою очередь, являются ценными источниками белка и омега-3 жирных кислот. Однако следует отметить, что присутствие в рационе значительного количества сладостей и выпечки может указывать на избыточное потребление простых углеводов и сахара, что может привести к различным метаболическим расстройствам, включая ожирение и диабет.

Заключительным этапом практической части научно-исследовательской работы стал запуск проекта «Территория здорового образа жизни в климактерий», в котором согласились принять участие 7 женщин. Сначала мы провели беседу, во время которой были вручены дневники самоконтроля с записью индивидуальных параметров тела, трекерами здоровья, ежедневным планом действий и сборник методических рекомендаций «Золотая осень, или как продлить молодость?». Записи необходимо было делать самостоятельно ежедневно на протяжении 6 месяцев. Один раз в месяц мы собирались, и подводили итоги: проводили контрольные замеры фигуры, показывали новые и интересные физические упражнения, проверяли дневники, обсуждали интересные темы, отвечали на вопросы. По истечении полугода многие женщины, которые ежедневно выполняли все рекомендации по образу жизни, отметили улучшение самочувствия. Они и по сей день продолжают делать записи и наслаждаться своим прекрасным состоянием.



Рисунок 5 - Первая встреча с женщинами на проекте «Территория здорового образа жизни в климактерий».

способствовали разработке эффективных рекомендаций и стратегий для улучшения качества жизни женщин в этот важный и ответственный период жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ. И ЛИТЕРАТУРЫ

Литература, статьи и монографии:

1. Артюнина Г. П. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебное пособие / Г. П. Артюнина. – Москва : Мир : Академический проект, 2023. С. 766-1012.
2. Двойников, С. И. Проведение профилактических мероприятий : учебное пособие / С. И. Двойников, Ю. А. Тарасова, И. А. Фомушкина, Э. О. Костюкова ; под ред. С. И. Двойникова. - 2-е изд. , перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. С. 250. (Учебники и учеб. пособия для студентов) - ISBN 978-5-222-27703-14. - Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785053204232.html> (дата обращения: 15.05.2025). - Режим доступа : по подписке

Источники Интернет:

3. Здоровый образ жизни в климактерий. – Режим доступа: <https://03-ektb.ru/83-book/2013-06-19-06-03-38/3602-zdorovyi-obraz-zhizni-v-climaktericheskom-vozhraze>
4. Улучшение качества жизни пациенток в пери- и постменопаузе. – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Uluchshenie_kachestva_ghizni_pacientok_v_peri-_i_postmenopauze/?ysclid=maury9bm6n577753915
5. Управление Федеральной службы государственной статистики по Алтайскому краю и Республике Алтай. – Режим доступа: <https://22.rosstat.gov.ru/>, дата обращения 15.05.2025 год (Статистические данные по наступлению климактерического периода в Алтайском крае)

РАЗРАБОТКА ИНТЕРАКТИВНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ ГАДЖЕТОВ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: ГИГИЕНА «НА ЛАДОНИ»

Мига Ирина Игоревна

*Руководитель: Бочанцева Марина Павловна
БПОУ ОО «Медицинский колледж»*

По данным регионального министерства здравоохранения каждый третий ребёнок в Омской области проводит за гаджетами более 4 часов в день. С 2022 по 2024 годы наблюдается тревожная тенденция: в среднем 25-30% выпускников школ страдают близорукостью, причём с каждым годом число учащихся с миопией продолжает расти. Среди младших школьников близорукость встречается у 6-8%, но к старшим классам этот показатель увеличивается до 25-30%. Параллельно растёт и число жалоб на хроническую усталость и нарушения сна — их частота выросла на 25%. Однако это лишь часть проблем, связанных с длительным пребыванием за электронными устройствами. Среди возможных последствий выделяются физические нарушения, такие как ухудшение осанки, проблемы с опорно-двигательным аппаратом, гиподинамия и ожирение, которое возникает вследствие неконтролируемых перекусов.

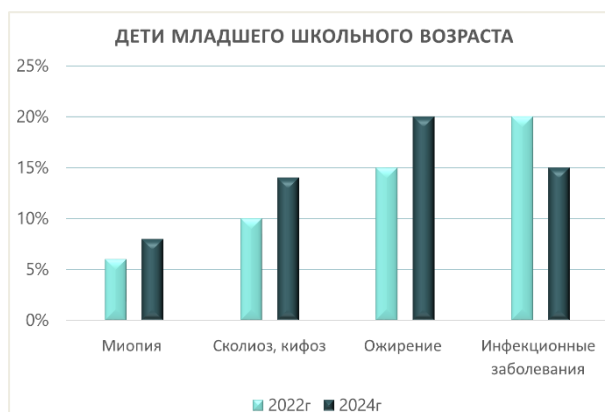


Рисунок 1 - Актуальность 1

Уровень ожирения увеличился с 15% до 20%, а случаи сколиоза и кифоза стали диагностироваться у 14% детей по сравнению с 10% ранее. При этом уровень инфекционных заболеваний снизился с 20% до 15%, что может быть связано с усилением мер профилактики, таких как соблюдение гигиены в период пандемий. Однако это не повод отказываться от подобных практик — важно продолжать их внедрять для сохранения положительной динамики. Данные факторы взаимосвязаны и в совокупности оказывают негативное влияние на качество жизни подрастающего поколения.

Основываясь на принципах национального проекта «Семья», реализуемого с 2025 по 2030 год, важно создать доступные условия для профилактических мероприятий, направленных на снижение негативного влияния гаджетов и формирование здорового образа жизни. Это позволит минимизировать риски близорукости, нарушений осанки и других проблем, способствуя укреплению здоровья подрастающего поколения и достижению целей проекта.

Цель исследования: разработать профилактические меры для снижения негативного влияния гаджетов на здоровье детей в интерактивной форме.

Задачи исследования.

1. Изучить нормативные документы и литературу, связанные с профилактикой негативных воздействий на здоровье детей, обусловленных использованием гаджетов.
2. Разработать профилактическую игру «Гигиена на ладони», направленную на обучение детей правилам гигиены и безопасного использования гаджетов.
3. Протестировать игру среди детей, чтобы оценить её эффективность в формировании здоровых привычек.
4. Оценить уровень знаний детей о гигиене использования гаджетов до и после участия в игре «Гигиена на ладони».

Объект исследования: профилактика негативных воздействий на здоровье детей дошкольного возраста, связанных с использованием гаджетов.

Предмет исследования: эффективность использования интерактивных игр в профилактике неинфекционных заболеваний

Методы исследования:

1. Анализ литературы — изучение научных статей, нормативных документов и рекомендаций по влиянию гаджетов на здоровье детей и вопросам цифровой гигиены.
2. Анкетирование — опрос детей и родителей для оценки уровня знаний о гигиене использования гаджетов.
3. Эксперимент — тестирование профилактической игры «Гигиена на ладони» среди детей для оценки её эффективности.
4. Статистический анализ — обработка данных для оценки результатов исследования и формулирования выводов.

Этапы исследования

Исследование проводилось на базе БУЗОО ДПП №2 им. Скворцова В.Е. В рамках производственной практики мной были изучены статистические данные поликлинического врачебного участка, полученные в ходе диспансеризации детей, что позволило выявить ключевые проблемные направления, которые могут негативно сказаться на здоровье и успеваемости учащихся. На основе полученной информации был сформирован контингент среди учеников младших классов, нуждающихся в профилактических мероприятиях.

Для реализации исследования мной были установлены контакты с образовательным учреждением — Средней школой №135 имени Героя Советского Союза Дмитриева А.П. После согласования с классными руководителями на внеурочных

Протираешь ли ты экран телефона спиртовой салфеткой?	ДА	НЕТ
Моешь ли ты руки перед тем, как взять телефон?	ДА	НЕТ
Сохраняешь ли ты порядок на рабочем месте у компьютера?	ДА	НЕТ
Делаешь ли ты зарядку для глаз, когда играешь на компьютере или телефоне?	ДА	НЕТ
Всегда ли у тебя имеются салфетки для протирания телефона?	ДА	НЕТ
Делаешь ли ты перерывы, когда играешь на компьютере или телефоне?	ДА	НЕТ
Разрешаешь ли ты друзьям пользоваться своими наушниками?	ДА	НЕТ
Протираешь ли ты чехол своего телефона?	ДА	НЕТ

занятиях было проведено анкетирование, направленное на оценку уровня первоначальных знаний детей в области гигиены использования электронных устройств. Анкета была разработана на подготовительном этапе исследования. Данный инструмент позволил собрать исходные данные, которые легли в основу анализа и формирования выводов в рамках проводимого исследования.

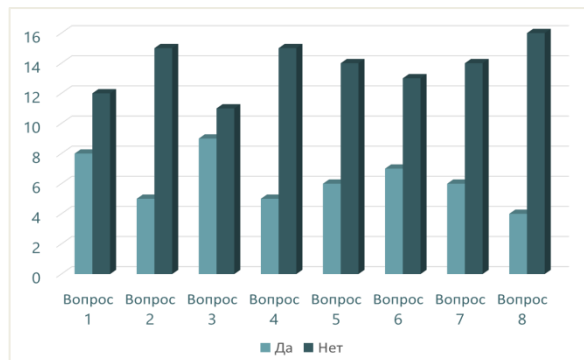


Рисунок 3 - Оценка анкетирования

На основе данных анкеты можно сделать вывод, что осведомленность респондентов в вопросах гигиены и правил использования электронных устройств составляет 30%. Это значение получено путем усреднения положительных ответов ("Да") по всем вопросам. Наибольшая осведомленность наблюдается в вопросах, связанных с использованием наушников (60%), а наименьшая — в вопросах обработки чехла телефона (20%).

Далее на классном часу детям был проведен эксперимент "Грязный телефон", чтобы наглядно показать, сколько бактерий может находиться на поверхности гаджетов. Эксперимент помогает осознать детям, что регулярная очистка телефонов и других устройств важна для их здоровья. Однако для того, чтобы эти знания не остались просто теорией, а стали частью повседневной практики, важно использовать такие методы обучения, которые будут не только понятными, но и увлекательными.

Именно поэтому был сделан вывод о необходимости разработки профилактической игры. Целевая аудитория лучше усваивает информацию через игровые методики, где ключевую роль играет визуальное восприятие. Игровой формат способствует эффективному освоению принципов гигиены при использовании гаджетов и их интеграции в повседневную жизнь. В отличие от традиционных методов, таких как лекции или беседы, игровой подход увлекает, вовлекает и обучает без принуждения, делая процесс естественным и интересным.

На основе этих данных разработан новый способ подачи информации о профилактике — игра «Гигиена на ладони». Эта игра, адресованная детям младшего школьного возраста, призвана обучить их правилам гигиены и безопасного использования гаджетов, которая выполнена в жанре, позволяющем в игровой форме прививать детям полезные навыки.



Рисунок 4 - Гигиена на ладони



Рисунок 5 - Дуня



Рисунок 6 - Вова



Рисунок 7 - Выполнение упражнений

Главная героиня, умная и заботливая собачка Дуня, с трогательной преданностью беспокоится о своем хозяине, мальчике Вове. Именно Дуня, с ее искренней заботой, становится проводником в мир гигиены и безопасного обращения с гаджетами, делая обучение не только эффективным, но и по-настоящему интересным для юных игроков.

Игра предлагает увлекательную смену деятельности, помогая детям профильтровать зависимость от гаджетов. В ней гармонично сочетаются физическая активность, полезные знания и интерактивные задания.

Например, в одной из сцен ребенок повторяет за Дуней упражнения: приседания, прыжки, наклоны, что способствует укреплению здоровья и отвлечению от экрана. В другой сцене — поиск отличий на рабочем столе с компьютером — наглядно демонстрирует, как должен выглядеть организованный рабочий стол, а также указывает на объекты, которые нарушают правила. Это помогает детям понять, как правильно сидеть за компьютером, почему важно делать перерывы и отрываться от экрана.



Рисунок 8 - Поиск отличий



Рисунок 9 - Физическая активность

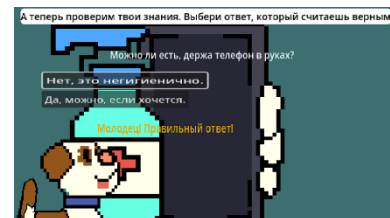


Рисунок 10 - Проверка знаний

В игре также представлены сцены физической активности, такие как футбол, бег и прыжки, которые не только развлекают, но и прививают любовь к движению. Помимо этого, в программу включены интерактивные сцены с проверкой знаний, где ребенку предлагается ответить на вопросы, такие как: "Что нужно сделать, если ты поиграл с телефоном и хочешь его убрать?", "Можно ли брать телефон с собой в туалет?", "Можно ли есть, держа телефон в руках?" и другие, способствующие развитию осознанного подхода к использованию гаджетов.

Информационные блоки игры наполнены полезными советами, такими как: «Чистота — залог здоровья! И гаджеты не исключение!», «Не забывай про перерыв! Встань, разомнись!», «Глазкам тоже нужен отдых! Сделай зарядку!», а также напоминаниями: «Протри экран! Там много микробов!», «Детям нужно двигаться хотя бы 1 час в день, а за компьютером сидеть не больше 1-2 часов», и важными правилами: «Ребята, помните: у компьютера у нас правило — ни крошки, ни капли! Экран тоже бережём от грязных пальчиков. Каждые 20 минуток — даём глазкам отдохнуть! И не забывайте мыть руки, чистить наушники и почаще протирать компьютер, ведь на нём тоже скапливается пыль!». Дуня, главная героиня, наглядно показывает, как правильно обрабатывать телефон и наушники, чехол для телефона, напоминая о важности гигиены. Демонстрирует, сколько микробов может оказаться на экране. Она объясняет Вове правила работы за



Рисунок 11 - информационный блок 3



Рисунок 12 - информационный блок 2



Рисунок 13 - информационный блок 1

компьютером, подчеркивая необходимость перерывов. Игроку предлагается отвлечься от экрана, чтобы дать отдых глазам и телу. Дуня также акцентирует внимание на важности мытья рук перед использованием гаджетов. Она помогает составить распорядок дня, где время для телефона разумно сочетается с другими полезными занятиями.



Рисунок 14 - Обработка чехла телефона



Рисунок 15 - Обработка телефона

Рисунок 16 - Как мыть руки

Таким образом, игра не только развлекает, но и учит детей бережному отношению к гаджетам, гигиене, здоровому образу жизни и правильному распределению времени.

Для оценки эффективности игры было проведено повторное анкетирование, которое позволило сравнить уровень знаний детей до и после проведения мероприятия, а также

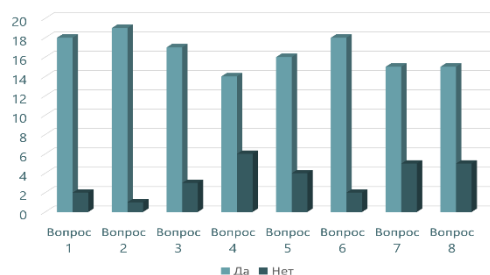


Рисунок 18 - Результаты анкетирования

Знаешь ли ты, что перед тем, как брать телефон или планшет, нужно обязательно помыть руки?	ДА	НЕТ
Знаешь ли ты, чем можно безопасно протирать телефон, чтобы он оставался чистым?	ДА	НЕТ
Знаешь ли ты, почему важно поддерживать порядок на столе, где стоит компьютер?	ДА	НЕТ
Знаешь ли ты, что нужно делать упражнения для глаз, если долго сидишь за компьютером или телефоном?	ДА	НЕТ
Знаешь ли ты, как правильно протирать телефон?	ДА	НЕТ
Знаешь ли ты, что лучше не делиться своими наушниками с друзьями?	ДА	НЕТ
Знаешь ли ты, что во время игры на компьютере или телефоне важно делать паузы?	ДА	НЕТ
Знаешь ли ты, что чехол телефона тоже нужно протирать?	ДА	НЕТ

Рисунок 17 - АНКЕТА №2

выявить изменения в их отношении к вопросам гигиены и ухода за гаджетами.

Осведомленность респондентов в вопросах гигиены и правил использования электронных устройств повысилась с 30% до 80%. Сравнение результатов двух анкетирований наглядно демонстрирует, что проведение гигиенической игры оказало положительное влияние на уровень знаний и поведение детей. Участники стали более осознанно подходить к вопросам гигиены гаджетов, что подтверждает эффективность образовательного мероприятия. Данные результаты подчеркивают важность продолжения подобной работы для формирования устойчивых полезных привычек у детей. В рамках реализации проекта все поставленные задачи были выполнены. Каждый этап работы сопровождался глубокой проработкой и ответственным подходом, что позволило достичь значимых результатов.

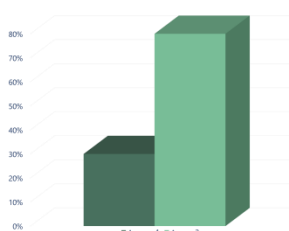


Рисунок 19 - Сравнение

Таким образом, профилактическая игра «Гигиена на ладони» доказала свою эффективность в снижении негативных последствий для здоровья детей, связанных с использованием гаджетов. Результаты исследования подтвердили, что профилактическая игра «Гигиена на ладони» является эффективным

инструментом для формирования здоровых привычек у детей. Она может быть успешно использована как дополнительный метод профилактики заболеваний, связанных с использованием гаджетов.



Рисунок 20 - Скачать игру

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 01.07.2021) // КонсультантПлюс. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 12.03.2025).

2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях [Электронный ресурс]: приказ от 29.10.2020 № 1177н (зарегистрирован 03.12.2020 № 61245) // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012030025> (дата обращения: 12.03.2025).

3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних [Электронный ресурс]: приказ от 10.08.2017 № 514н (зарегистрирован 25.08.2017 № 48105) // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201708250037> (дата обращения: 12.03.2025).

4. Алексеева О. В. Формирование здоровых привычек у детей в цифровую эпоху. — Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс», 2025. — 220 с.

5. Васильев П. С. Эргономика и здоровье: как правильно использовать гаджеты. — Самара: Издательство «Самарский университет», 2025. — 160 с.
6. Григорьев С. В., Федорова М. А. Микробиологическая безопасность гаджетов: современные исследования и рекомендации. — Казань: Издательство «Медицина и здоровье», 2025. — 150 с.
7. Зайцева Н. В. Роль родителей в формировании здорового образа жизни у детей. — Омск: Издательство «Омская медицинская академия», 2025. — 190 с.
8. Козлов В. И., Михайлова Л. П. Гигиена использования электронных устройств: рекомендации для родителей и педагогов. — Новосибирск: Издательство «Наука Сибири», 2024. — 210 с.
9. Смирнов Д. А., Кузнецова И. В. Профилактика нарушений зрения у школьников: методические рекомендации. — М.: Издательство «Просвещение», 2023. — 120 с.
10. БУЗОО «Областной центр медицинской профилактики» [Электронный ресурс]. — URL: <http://centpro.omskzdrav.ru/> (дата обращения: 12.03.2025).

УТИЛИЗАЦИЯ ТВЕРДЫХ КОММУНАЛЬНЫХ ОТХОДОВ В ГОРОДСКОЙ ЧЕРТЕ

Мосин Павел Евгеньевич

Руководитель: Толмачева Елена Васильевна

КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»

Проблема утилизации отходов была актуальной во все времена, но именно сегодня этот вопрос встал столь остро. Вынося из дома мусор, мы редко задумываемся о том, что же с ним происходит дальше. Несмотря на ряд принятых мер по сортировке и переработке отходов, объемы негативного воздействия на окружающую среду все еще остаются значительными. Но из-за того, что люди не осознают необходимости утилизации бытового мусора, а государство не организует целенаправленного сбора тары, заводы по переработке пластиковой упаковки простаивают.

Цель: ознакомиться с утилизацией твердых коммунальных отходов в городской черте, проблемами их переработки и провести анализ обезвреживания отходов в г. Барнауле.

Задачи:

1. Ознакомиться с методами утилизации твердых коммунальных отходов в городской черте.
2. Описать проблемы утилизации твердых коммунальных отходов в городской черте.
3. Провести анализ утилизации и раздельного сбора твердых коммунальных отходов в г. Барнауле.
4. Рассмотреть разделение твердых коммунальных отходов студентами КГБПОУ ББМК и разработать памятку по их сбору.

Объект: твердые коммунальные отходы в городской черте.

Предмет: проведение утилизации твердых коммунальных отходов в г. Барнауле.

Методы исследования: сбор и обработка информации, анализ результатов.

В условиях современного общества проблема утилизации отходов приобретает особую актуальность, поскольку с каждым годом объемы бытовых и промышленных отходов стремительно растут. Во многих городах наблюдается значительное увеличение количества отходов, что создает серьезные экологические и социальные вызовы. Неправильное обращение с отходами может привести к негативным последствиям для окружающей среды, здоровью населения и устойчивому развитию городов.

Утилизация отходов – это важный процесс для защиты окружающей среды и здоровья людей.

Существует несколько методов утилизации отходов: компостирование, пиролиз, переработка, захоронение на полигонах, газификация, биологическая очистка, закачка в глубокие скважины [5].

Каждый из методов утилизации имеет свои преимущества и недостатки, свою область применения и должен выбираться исходя из специфики отходов, доступности технологий и требований законодательства [5].

Основные проблемы утилизации отходов в России:

1. **Недостаток инфраструктуры.** Во многих регионах отсутствуют современные полигоны для захоронения отходов, мусороперерабатывающие заводы и сортировочные станции.

2. **Низкий уровень сортировки отходов.** Население зачастую не сортирует отходы, что затрудняет их дальнейшую переработку.

3. **Отсутствие культуры обращения с отходами.** Многие жители не осознают важности правильного обращения с отходами, что усугубляет проблему накопления мусора.

4. **Финансовые трудности.** Строительство и эксплуатация современных объектов по утилизации отходов требуют значительных финансовых вложений.

5. **Законодательство и контроль.** Недостаточный контроль за соблюдением экологического законодательства и отсутствие жестких санкций за его нарушение способствуют росту числа незаконных свалок и неправильной утилизации отходов [5;6].

В период с 01.11.24 г. по 31.03.25 г. был проведён анализ мусорно-контейнерных площадок на территории г. Барнаула с целью выявления проблем утилизации и раздельного сбора ТКО.

Сбор медиа информации осуществляли студенты КГБПОУ ББМК отделений «Медико-профилактическое дело» и «Стоматология ортопедическая». Для анализа было представлено 39 медиафайлов с Железнодорожного, Индустриального, Ленинского, Октябрьского и Центрального районов г. Барнаула.

Анализ проблем утилизации ТКО в г. Барнауле

Анализ проблем утилизации ТКО в г. Барнауле представлен на Рисунке 1.



Рисунок 1- Проблемы утилизации ТКО г. Барнаула

Большая часть мусорных площадок **не соблюдают** правила сбора, хранения и вывоза ТКО, некоторые площадки не организованы и контейнеры располагаются на земле, загрязняя мусором её территорию. Большинство мусорных контейнеров переполнены, что свидетельствует о несвоевременном вывозе мусора.

Анализ проблем раздельного сбора ТКО в г. Барнауле

Анализ проблем раздельного сбора ТКО в г. Барнауле представлен на Рисунках 2-3.



Рисунок 3- Контейнерная площадка без контейнера для пластиковых отходов



Рисунок 3- Контейнерная площадка с контейнером для пластиковых отходов

Из 39 осмотренных мусорных площадок города только 6 имели контейнер для сбора пластика в Ленинском, Индустриальном, Железнодорожном, Октябрьском, Центральном.

Анализ утилизации и раздельного сбора ТКО в г. Барнауле

Анализ утилизации и раздельного сбора ТКО в г. Барнауле представлен на Рисунках 4-5.

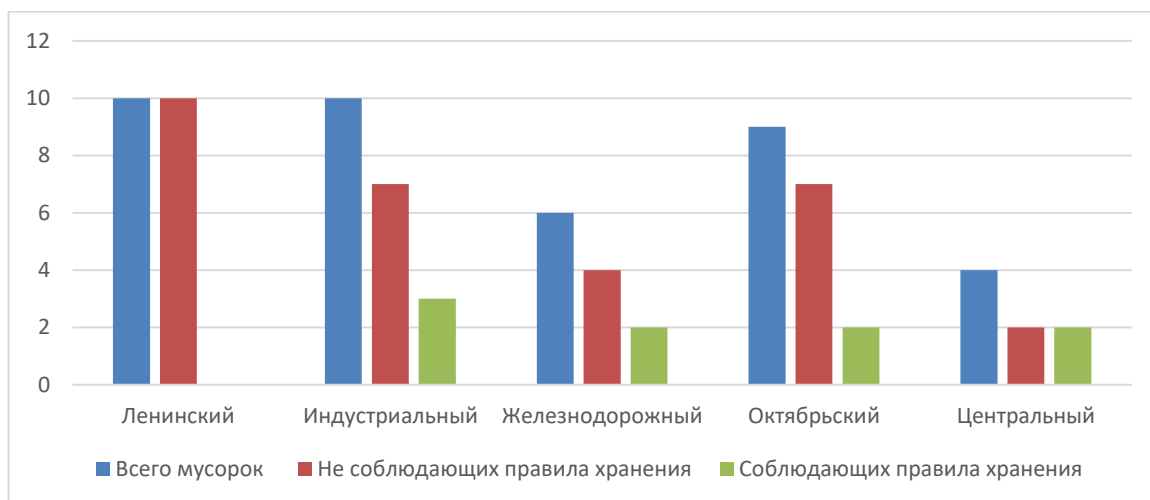


Рисунок 4 - Анализ утилизации ТКО в г. Барнауле

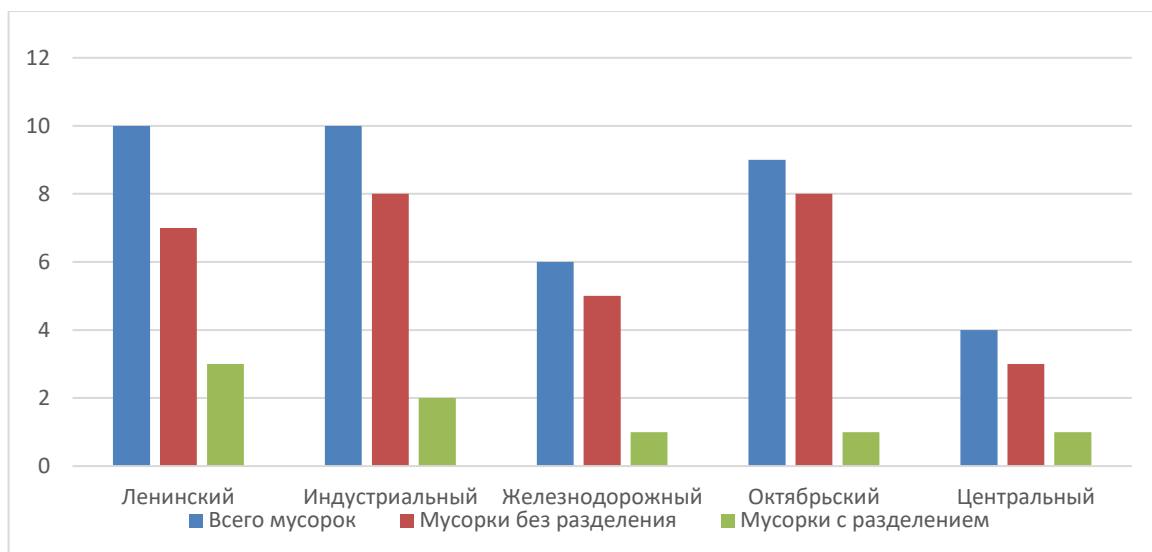


Рисунок 5 - Анализ раздельного сбора ТКО в г. Барнауле

Результаты анализа

Основными проблемами утилизации ТКО являются: переполненность площадок, необустроенность (отсутствие ограждений, навесов, твердого покрытия и подъездных путей), смешение различных видов отходов (включая строительный мусор), затрудненный подъезд к контейнерам и их плохое состояние. Это приводит к загрязнению территории, распространению неприятных запахов и привлечению животных, что ухудшает санитарное состояние города.

Ситуация с раздельным сбором ТКО также неудовлетворительная, так как только на 6 из 39 обследованных площадок были обнаружены контейнеры для сбора пластика.

Таким образом, в г. Барнауле наблюдается острая необходимость в улучшении организации сбора, хранения и вывоза ТКО, а также в развитии системы раздельного сбора отходов для уменьшения нагрузки на полигоны и улучшения экологической обстановки. Требуется обязать операторов по вывозу мусора организовать регулярный и своевременный вывоз, привлечь к ответственности лиц, допустивших нарушения, привести площадки в соответствие с нормативами и расширить практику раздельного сбора отходов.

Утилизация ТКО студентами КГБПОУ ББМК

С 01.03.25 г. по 06.04.25 в общежитиях № 1 № 2 КГБПОУ ББМК был проведен эксперимент. Суть эксперимента заключалась в том, чтобы проверить могут ли студенты осознанно сортировать ТКО.

Для этого в общежитиях № 1 и № 2 были установлены мусорные корзины с надписью Пластик.

В период установки мусорных корзин для пластика студенты осознанно разделяли мусор (Рис.6).

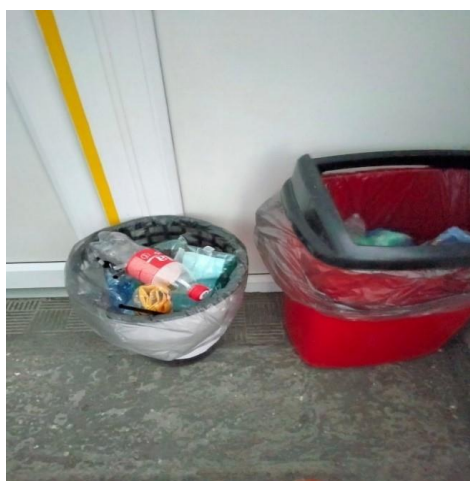


Рисунок 6 – Наполненная мусорная корзина для пластика

Студенты, проживающие в общежитиях № 1 и № 2 КГБПОУ ББМК, с 2023 года активно занимаются сбором пластиковых пробок и батареек, которые затем сдаются на переработку, а вырученные средства используются для озеленения территории колледжа. За два года студенты выручили 600 рублей, на которые в 2024 году были приобретены и высажены 6 саженцев кедра перед общежитием №1.

Проведённый эксперимент показал, что студенты способны осознанно сортировать ТКО при наличии соответствующих условий (установленные мусорные корзины, контейнеры для пластика). Эксперимент продемонстрировал готовность студентов к раздельному сбору мусора.

Этот опыт свидетельствует о высокой экологической сознательности студентов КГБПОУ ББМК и об их готовности участвовать в мероприятиях по утилизации и переработке отходов, а также в улучшении окружающей среды. Дальнейшее развитие и поддержка подобных инициатив способствуют формированию экологической культуры и практических навыков в сфере обращения с отходами.

ООО Алтайская фабрика пластиковых изделий готова предоставить КГБПОУ ББМК в аренду контейнер для сбора пластика. Вопрос на рассмотрении.

Для эффективной утилизации важен раздельный сбор мусора, который позволяет заранее сортировать отходы по категориям, что значительно облегчает их дальнейшую переработку, с этой целью была разработана **Памятка по раздельному сбору отходов**.

Заключение

Проведен анализ утилизации и раздельного сбора ТКО в г. Барнауле, позволивший оценить текущее состояние системы управления отходами в городе и выявить основные недостатки, препятствующие более эффективной переработке и обезвреживанию отходов. Подчеркнута важность повышения уровня общественного осознания и вовлечения населения в процессы раздельного сбора.

Рассмотрены вопросы разделения ТКО студентами КГБПОУ ББМК, и разработана памятка по раздельному сбору отходов, направленная на повышение экологической культуры и стимулирование ответственного отношения к утилизации отходов среди молодежи.

Результаты работы указывают на необходимость комплексного подхода к решению проблемы утилизации ТКО, включающего модернизацию системы управления отходами, внедрение передовых технологий переработки и утилизации, а также активное вовлечение населения в процессы раздельного сбора и переработки отходов. Дальнейшие исследования могут быть направлены на изучение экономических аспектов утилизации ТКО, разработку эффективных механизмов стимулирования раздельного сбора отходов и оценку экологического и социального воздействия различных методов переработки и утилизации отходов.

Список использованных источников

Законодательные нормативно-правовые акты:

1. Федеральный закон от 26 декабря 2024 г. N 497-ФЗ О внесении изменений в Федеральный закон «Об отходах производства и потребления» и Федеральный закон "Об охране окружающей среды".

2. СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг».

3. СанПиН 2.1.3684-21 Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению населения, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий

Специальная литература:

4. Харламова, М. Д. Управление твердыми отходами: учебник для среднего профессионального образования / М. Д. Харламова, А. И. Курбатова ; под редакцией М. Д. Харламовой. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 325 с. — (Профессиональное образование).

Интернет-источники:

5. Твердые бытовые отходы (ТБО). [Электронный ресурс].- Режим доступа: <https://ww.w.kp.ru/family/ecology/tverdye-bytovye-otkhody/?ysclid=m4dugqm2df196257573> (Дата обращения: 07.12.24 г.).

6. Раздельный сбор»: опыт регионов, барьеры и перспективы. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://upackunion.ru/novosti/razdelnyj-sbor-opyt-regionov-barery-i-perspektivy/> (Дата обращения: 06.04.25 г.).

«ПОНЧИКИ = СЧАСТЬЕ» ИЛИ ЧТО ТАКОЕ КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ

*Нощенко Анна Алексеевна, Кравченко Юлия Алексеевна
Дубрава Анастасия Андреевна
Руководитель: Попова Ульяна Сергеевна
КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»*

Актуальность: наша тема актуальна, поскольку все больше подростков сталкиваются с проблемой избыточного потребления пищи, особенно нездоровой, такой как сладости и жирная пища, что впоследствии может повлечь за собой серьёзные проблемы, а именно: ожирение, пищевые нарушения, болезни сердца и диабет.

Цель: выяснить влияние компульсивного переедания на организм человека.

Гипотеза: подростки часто сталкиваются с компульсивным перееданием, которое влечёт за собой негативные последствия для организма.

Методика работы: анализ, синтез, классификация информации, анкетирование, статистическая обработка материала.

Ожидаемые результаты: студенты и школьники, после ознакомления с информацией по данной теме и постером выяснили, что такое компульсивное переедание, причины его развития и способы профилактики, а также, советы по правильному питанию.

Перспективы дальнейшего развития: проведение просветительской работы среди студентов и школьников.

Рассмотрим данную тему подробнее.

Компульсивное переедание – это расстройство пищевого поведения, характеризующееся повторяющимися эпизодами чрезмерного поедания без контроля над потреблением пищи. Люди, страдающие от этого расстройства, испытывают непреодолимое желание есть, даже когда они не голодны, и часто едят до появления физического дискомфорта. Компульсивное переедание является одним из самых распространенных пищевых расстройств во всем мире. Согласно исследованиям, проведенным Национальным институтом психического здоровья США, около 2-3% населения страдает от этого расстройства. Однако, из-за стигмы и недостаточной осведомленности, многие случаи компульсивного переедания остаются не диагностированными и не лечатся. Причины компульсивного переедания многогранны и могут включать генетические, психологические и окружающие факторы. Некоторые исследования показывают, что у людей с этим расстройством может быть повышенный уровень стресса, депрессии или тревожности. Также, некоторые гены, связанные с регуляцией аппетита и насыщения, могут играть роль в развитии компульсивного переедания. Последствия компульсивного переедания могут быть

серьезными и включать ожирение, сахарный диабет, высокое кровяное давление и другие заболевания, связанные с избыточным весом. Кроме того, это расстройство может оказывать негативное влияние на психическое здоровье, вызывая чувства стыда, вины и низкой самооценки. В свете этих фактов, понимание и осведомленность о компульсивном переедании являются важными. Более глубокое изучение этого расстройства может помочь разработать эффективные методы диагностики, лечения и поддержки для тех, кто страдает от него. В данном реферате мы рассмотрим симптомы, причины и последствия компульсивного переедания, а также методы лечения и профилактики этого расстройства.

Компульсивное переедание — это регулярные приступы переедания, когда человек не может остановиться в процессе, а после испытывает физический и психологический дискомфорт, ругает себя за слабую волю, потому что снова не смог устоять перед едой. Похожее состояние могут время от времени испытывать люди без РПП, например, за праздничным столом или на отдыхе, где много аппетитных новых блюд.

Симптомы:

1. Переедание в виде потребления больших порций. Люди, страдающие компульсивным перееданием, могут употреблять гораздо больше пищи, чем обычно, и часто это происходит быстро и без ощущения утоления.

2. Отсутствие физической потребности в еде, отсутствие голода. Один из ключевых признаков — пищевая потребность не связана с физическим голодом. Переедание может происходить во время нарушения настроения, при стрессе, скуке, одиночестве и т.д.

3. Потеря контроля. Во время переедания человек может чувствовать потерю контроля над процессом. Он может продолжать есть даже после того, как уже чувствует физическое насыщение.

4. Скрытое потребление пищи. Некоторые люди с компульсивным перееданием могут скрывать свое потребление пищи, чтобы избежать осуждения или чувства стыда.

5. Социальная изоляция. Люди с этим расстройством могут избегать социальных событий, где есть еда, чтобы скрыть свои привычки переедания.

6. Физические симптомы. Компульсивное переедание может привести к проблемам с весом, ожирению, заболеваниям сердца и диабету.

7. Цикл переедания и диеты. Многие люди с компульсивным перееданием могут попадать в цикл переедания и ограничения в еде, когда они периодически переедают и потом пытаются контролировать свой вес путем жестких диет.

Исследования показывают, что каждого человека с расстройством пищевого поведения к заболеванию приводят уникальное сочетание факторов. Компульсивное переедание называют психогенным расстройством. Это значит, что человек временно утрачивает контроль над своим поведением и не может остановиться за счет силы воли. Чаще всего триггером заболевания становится стрессовая ситуация, которая запускает цепочку компульсивного поведения. Терапия этого состояния требует индивидуального подхода, учитывающего все обстоятельства, приведшие к его возникновению. Причины расстройства могут быть биологическими, социальными и психологическими. Роль каждого из факторов не следует недооценивать.

Биологические факторы:

Если близкие родственники страдают или страдали от пищевого расстройства или другого ментального заболевания, предрасположенность к компульсивному расстройству повышается. Также обнаружена связь с историей эндокринных болезней в семье, например, с диабетом первого типа. В таком случае стресс может стать триггером для развития пищевого расстройства. Также у людей, страдающих от РПП, обнаружена повышенная чувствительность к дофамину, который влияет на ощущение удовольствия и награды. Это тоже может повлиять на болезненные отношения с едой.

Психологические факторы:

Если человек испытывает психологические проблемы, то еда может быть его способом справиться с болезненными переживаниями. Иногда удовольствием от еды люди пытаются закрыть другие потребности, которые не удовлетворяются — например, в

принятии со стороны других или в самореализации.

Психологические причины, которые могут привести к компульсивному перееданию:

- одиночество;
- неуверенность в себе;
- перфекционизм,
- завышенные требования к себе;
- тяжелые эмоциональные переживания;
- депрессия, тревожность или другие ментальные расстройства.

Социальные факторы:

Социальная среда тоже серьезно влияет на пищевые привычки людей. Наше общество диктует нам стандарты красоты, которые не всегда отвечают реальным потребностям и особенностям каждого человека. В медиа мы постоянно сталкиваемся с идеальными образами успешных и красивых людей. Несоответствие этим стандартам приводит к недовольству своим телом и повышенному стрессу. Помните, что самое главное — не доверять модным тенденциям или трендам, а уважать свое тело и принимать его таким, какое оно есть.

Отношение к еде в семье тоже может оказать серьезное влияние на наше пищевое поведение. «Культь еды» зачастую формируется в семье представителями старшего поколения, которые пережили голод и дефицит продуктов в советский период. Из-за этого зачастую детей награждают вкусной едой, стараясь контролировать — например, в качестве поощрения за примерное поведение или хорошую оценку. Также многих с детства заставляли обязательно доедать все, что положили в тарелку, что тоже может стать фактором развития пищевого расстройства во взрослом возрасте.

Большинство воспринимают компульсивное переедание, как безобидное пристрастие к пище. Однако расстройство по мере прогрессирования приводит к формированию проблем со стороны психического и физического здоровья. Больной постоянно испытывает чувство тревоги, страха, беспокойство, это становится причиной развития панических атак, мании преследования, депрессивных расстройств, тревожно-фобических нарушений, обсессивно-компульсивных расстройств. Нередко больной борется с тяжелым психоэмоциональным состоянием начинает при помощи алкогольных напитков, наркотиков. Это приводит к формированию другой тяжелой зависимости. На этом фоне также могут появляться мысли о суициде. Переедание также отрицательно влияет на физическое здоровье. Избыточная масса тела, которая неизбежна при переедании становится причиной осложнений:

- Мышечная боль;
- Боли в шее, плечах и пояснице;
- Ухудшение, вызванное проблемами со здоровьем после коррективной --ИМТ;
- Гипертония;
- Диабет;
- Астма - респираторное заболевание;
- Заболевания коронарных артерий и сердечная недостаточность;
- Гиперлипидемия;
- Увеличение веса;
- Нарушение менструального цикла (аменорея, олигоменорея);
- Нарушение баланса гормонов кортизола (притупленная реакция кортизола на стресс-тест и снижение уровня кортизола в моче);
- Рак (толстой кишки, молочной железы, желчного пузыря и др.);
- Остеоартрит;
- Синдром гиповентиляции при ожирении;
- Неалкогольная жировая болезнь печени.

В качестве профилактики переедания специалисты рекомендуют придерживаться простых правил:

- ввести в рацион больше полезных продуктов;
- научиться отличать физический голод от эмоционального;

- не отвлекаться и не заниматься другими делами в процессе приема пищи;
- не голодать, питаться полноценно и регулярно;
- ограничить количество вредных продуктов;
- оставлять в тарелке небольшое количество еды;
- заботиться о себе;
- гулять на свежем воздухе — физические нагрузки помогают справляться со стрессом и способствуют выработке гормонов, которые улучшают самочувствие;
- выработать здоровый режим сна — при нарушенном режиме сна организм начинает вырабатывать больше гормонов, которые отвечают за аппетит, поэтому необходимо ложиться спать вовремя, чтобы на следующей день не было приступа переедания;
- заняться любимым делом — это поможет перенаправить фокус внимания с пищи, главное, чтобы занятие (хобби, работа, учёба, развитие собственного дела) приносило чувство удовлетворения;
- контролировать собственные мысли — можно записывать их в блокнот или в заметки телефона, чтобы отслеживать эмоции и чувства, это поможет отлавливать автоматические мысли, после которых хочется есть;
- чаще общаться с другими людьми и не замыкаться в себе.

Хорошо, если человеку удастся взять себя в руки и избавиться от проблемы, сформировать осознанное отношение к пище, изменить образ жизни и прислушаться к своему эмоциональному состоянию. Но если самостоятельно справиться с расстройством не удастся, то лучше обратиться за помощью к специалистам.

В ходе работы над учебно-исследовательским проектом было проведено анкетирование среди студентов РМК.

На вопрос «Сколько у вас приемов пищи в день?» на ответ «1 прием пищи в день» ответило 12%, на ответ «2 приема пищи в день» ответило 42%, на ответ «3 приема пищи в день» ответило 40%, на ответ «больше приемов пищи в день» ответило 6%.

На вопрос «Как часто вы ощущаете потребность есть, даже если вы только что поели?» на ответ «часто ощущается потребность есть, даже если вы только что поели» ответило 8%, «редко ощущается потребность есть, даже если вы только что поели» ответило 72%, на ответ «никогда ощущается потребность есть, даже если вы только что поели» ответило 20%.

На вопрос «Какую пищу вы обычно употребляете в большом количестве?» на ответ «обычно в большом количестве употребляются овощи» ответило 24%, «обычно в большом количестве употребляются фрукты» ответило 41%, под «обычно в большом количестве употребляются сладости» ответило 27%, а «обычно в большом количестве употребляется фастфуд» ответило 8%.

На «Как вы думаете, приносит ли переедание пользу здоровью человека?» на ответ «да, переедание приносит пользу для здоровья человека» ответило 6%, на ответ «нет, переедание не приносит пользу для здоровья человека» ответило 94%, на ответ «не знаю, приносит ли переедание пользу для здоровья человека» ответило 0%.

На «Как часто и в каких обстоятельствах вы переедаете?» на ответ «переедаю в стрессовой ситуации» ответило 40%, на ответ «переедаю от горя/отчаяния» ответило 24%, на ответ «переедаю от скуки» ответило 24%, на ответ «переедаю по другим причинам» ответило 12%.

На «Чувствуете ли вы себя спокойно или подавлено после еды?» на ответ «чувствую себя спокойно после еды» ответило 94%, на ответ «чувствую себя подавлено после еды» ответило 6%.

Проанализировав результаты анкетирования, можно сделать вывод, что большинство студентов питаются два раза в день, что является меньше рекомендуемой нормы. Также студенты в большинстве случаев редко ощущают потребность в еде, сразу после трапезы. Исходя из ответов, мы выяснили, что чаще всего студенты переедают именно фрукты, что не является хорошим, так как есть шансы на обострение гастрита и язвы. Большинство студентов считают, что компульсивное переедание не приносит пользу для здоровья, так как

переедание приводит к тяжести и болям в желудке, тошноте, сонливости и к лишним жировым отложениям. Студенты чаще переедают именно в стрессовых ситуациях, но несмотря на это, студенты чувствуют себя спокойно после употребления пищи.

Таким образом, наша гипотеза о том, что компульсивное переедание частое явление в среде подростков, которое оказывает негативное воздействие на здоровье, подтвердилась.

Заключение.

Компульсивное переедание - серьезное расстройство пищевого поведения, которое может иметь отрицательные последствия для физического и психического здоровья. Однако, с помощью поддержки окружающих, психотерапии и изменения пищевых привычек, данное расстройство можно успешно лечить и предотвращать. Образовательные программы и информационные кампании играют важную роль в осведомлении общественности о компульсивном переедании и помогают людям найти поддержку и лечение, необходимые для преодоления данного расстройства.

Список использованных источников

Интернет ресурсы:

1. Расстройство переедания (Компульсивное переедание). Статья – [Электронный ресурс] – URL: <https://empathycenter.ru/articles/rasstroystvo-pereedaniya/> (дата обращения: 26.04.2024);
2. Компульсивное переедание – симптомы и лечение. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://probolezny.ru/kompulsivnoe-pereedanie/#oslozhneniya-0> (дата обращения: 27.04.2024);
3. Переедание. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://rehabfamily.com/articles/pereedanie/> (дата обращения: 27.04.2024);
4. Компульсивное переедание – причины, симптомы и последствия. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://newday-rehabs.ru/stati/chastnaya-patologiya/kompulsivnoe-pereedanie> (дата обращения: 28.04.2024);
5. Признаки компульсивного переедания. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://www.israclinic.com/nashi-publikatsii/psixiatriya/priznaki-kompulsivnogo-pereedaniya-2023/> (дата обращения: 28.04.2024);
6. Компульсивное переедание. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://ves.clinic/obesity/kompulsivnoe-pereedanie/> (дата обращения: 29.04.2024);
7. Компульсивное переедание. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://lasalute-clinic.ru/podrostkovaya-psixiatriya/kompulsivnoe-pereedanie> (дата обращения: 30.04.2024);
8. Психогенное переедание. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki> (дата обращения: 30.04.2024).

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ О СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ольховская Дарья Константиновна

Руководители: Коробкова Светлана Юрьевна

Степанова Ольга Ивановна

КГБПОУ «Красноярский медицинский техникум»

Введение. В настоящее время на долю женского населения страны приходится большая доля ответственности - получить достойное образование, найти престижную работу и закрепится на ней, создать крепкую семью и поддерживать в ней благоприятный микроклимат, родить здоровых детей и быть хорошей матерью и женой. Все это является весьма непростыми задачами, которые требуют от девушек с юных лет не малых физических и психоэмоциональных усилий. Для того чтобы балансировать в этих динамично

меняющихся обстоятельствах жизни и оставаться здоровой - девушкам и женщинам необходимо регулярно заботиться о своем здоровье. Большую роль в организации заботы о себе и предотвращении заболеваний, в том числе онкологических, на ранней стадии является информированность подростков о причинах того или иного заболевания.

Актуальность: В данной работе речь пойдет о специфической профилактике рака шейки матки. В настоящее время среди всех злокачественных новообразований рак шейки матки (РШМ) все еще остается одной из наиболее распространенных форм, среди которых занимает 7-е место. Из всех форм злокачественных новообразований у женщин РШМ занимает 2-е место после рака молочной железы. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется 371 000 новых случаев РШМ, и умирают 190 000 женщин [1]. В настоящее время хорошо известно, что эпидемиология РШМ связана с этиологической ролью инфекционного агента. Впервые серьезные высказывания о возможной роли HPV в развитии РШМ были сделаны в середине 70-х годов XX века. HPV передается половым путем, проникая внутрь клетки слизистой оболочки. Его развитие и созревание тесно связано с процессами дифференцировки эпителиальных клеток и продвижения их к поверхности эпителиального пласта[1].

HPV может оказывать продуктивное и трансформирующее воздействие на слизистую оболочку. Классическим проявлением продуктивного воздействия HPV являются папилломы и кондиломы, множественные папиллярные выросты, основой которых является фиброзная ткань, покрытая многослойным плоским эпителием. Кондиломы бывают остроконечными, плоскими и эндофитными (инвертирующими). Результатом трансформирующего действия HPV могут быть внутриэпителиальные поражения (дисплазия, внутриэпителиальный рак) и инвазивный рак.

Существуют 2 профилактические вакцины против ВПЧ (Cervarix и Gardasil). В России зарегистрированы обе вакцины от ВПЧ. Cervarix представляет собой двухвалентную вакцину, произведенную GlaxoSmithKline, которая включает 2 типа ВПЧ (ВПЧ-16, ВПЧ-18), ответственных за 70 % случаев РШМ. Gardasil, изготовленный фирмой Merck, представляет собой четырехвалентную вакцину, которая дополнительно включает ВПЧ-6 и ВПЧ-11, вызывающие развитие генитальных бородавок [4, 5].

Первые результаты по вакцинации от ВПЧ были получены и оценены в Германии, США, Австралии и ряде других европейских стран. По итогам вакцинации, проведенной в Австралии в 2007-2009 гг., наблюдалось снижение частоты возникновения предраковых состояний шейки матки среди женщин в возрасте до 18 лет. При введении четырехвалентной вакцины заболеваемость РШМ за период 2007-2011 гг. снизилась в среднем на 75 % [6].

Опубликованные данные основных испытаний и предварительных отчетов свидетельствуют о возможности вакцин защищать от прогрессирования ВПЧ-инфекции. На сегодняшний день подтверждено клинически, что эффективность квадριвалентной вакцины сохраняется по меньшей мере 10 лет [3].

Но низкая информированность о наличии вакцин среди подростков свидетельствует об **актуальности** данного вопроса и необходимости его обсуждения. Остается очевидным, что женское население подросткового возраста недостаточно информировано о причинах возникновения рака шейки матки и методах специфической профилактики. Резюмируя, следует отметить, что **актуальность данной работы** связана с необходимостью освещения данной темы среди молодежи и разработки информационно-методических материалов.

Цель: изучить уровень информированности студентов о специфической профилактике против вируса папилломы человек, как одного из главных факторов возникновения рака шейки матки.

Данная цель обусловлена идеологией Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», реализация которого началась с 1 января 2025 года и будет рассчитана до 2030 года. Ключевой целью нацпроекта является повышение продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году. Цель данной работы напрямую связана с целью данного нацпроекта, так как в перспективе направлена на снижение уровня онкологических заболеваний шейки матки и как следствие продолжительности жизни среди женского населения страны.

Для достижения цели, поставленной в научной работе были определены следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ по данной теме.
2. Провести эмпирическое исследование «Анонимное анкетирование» на предмет выявления количества информированных студенток.
3. Сделать выводы по результатам исследования.
4. Разработать и внедрить комплекс мероприятий по увеличению информированности - создать информационных буклет.

Целевая группа: 23 студентки 1-го курса.

География проекта: КГБПОУ КрасМТ, по адресу: Инструментальная, 12, к. 16.

Тип проекта: практико-ориентированный

Срок реализации 2 месяца.

Этапы проведения проекта:

1. Подготовительный:

-изучение теоретического материала;

-составление плана работы;

-составление анкет.

2. Основной:

-проведение анкетирования;

-создание буклета;

-проведение информационной беседы со студентами.

3. Заключительный:

-повторное анкетирование;

-сравнение результатов, выводы.

На первом этапе исследования были получены следующие результаты.

Таблица 1. Результаты анкетирования студенток исследуемой группы в количестве 23 человека.

Знают о существовании ВПЧ	Знают как передается ВПЧ	Знают, что ВПЧ вызывает рак	Знают о возможности вакцинации	Вакцинированы	Планируют вакцинацию
15	12	7	4	0	4

По результатам первого этапа анкетирования можно были получены следующие результаты из общего числа исследуемых: 66 % знают о существовании ВПЧ, 30% знают, что ВПЧ вызывает рак шейки матки.

Полученные данные нельзя считать удовлетворительными, так как они свидетельствуют о недостаточном уровне знаний о ВПЧ и его последствиях в исследуемой группе подростков.

Полная картина всех данных представлена на диаграмме ниже.

Результаты первого этапа анкетирования

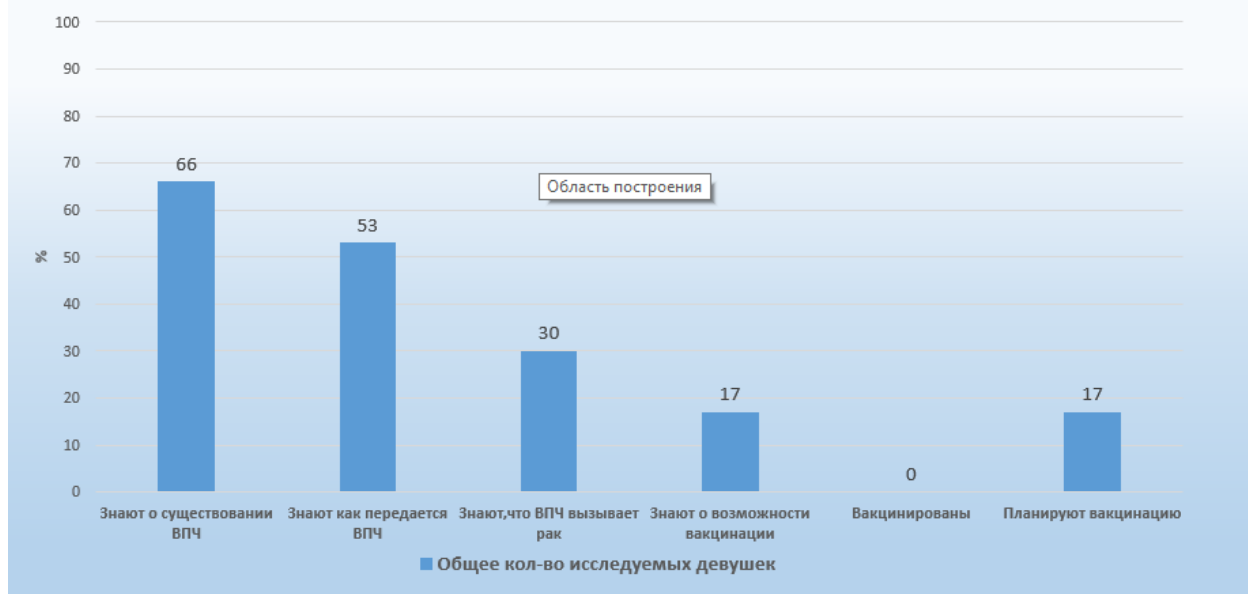


Рис. 1 Результаты анкетирования, полученные на первом этапе исследования

В дальнейшем нами был разработан информационный буклет, который предположительно должен был повысить информированность подростков о специфической профилактике ВПЧ. Буклет содержит в себе стандартную информацию о ВПЧ, факторы риска возникновения рака шейки матки, информацию о вакцинах, полезную контактную информацию.

На втором этапе исследования были получены следующие результаты:

Таблица 3. Результаты анкетирования студенток исследуемой группы после проведения информационной беседы.

Знают о существовании ВПЧ	Знают как передается ВПЧ	Знают, что ВПЧ вызывает рак	Знают о возможности вакцинации	Вакцинированы	Планируют вакцинацию
23	23	21	21	0	15

Результаты второго этапа анкетирования

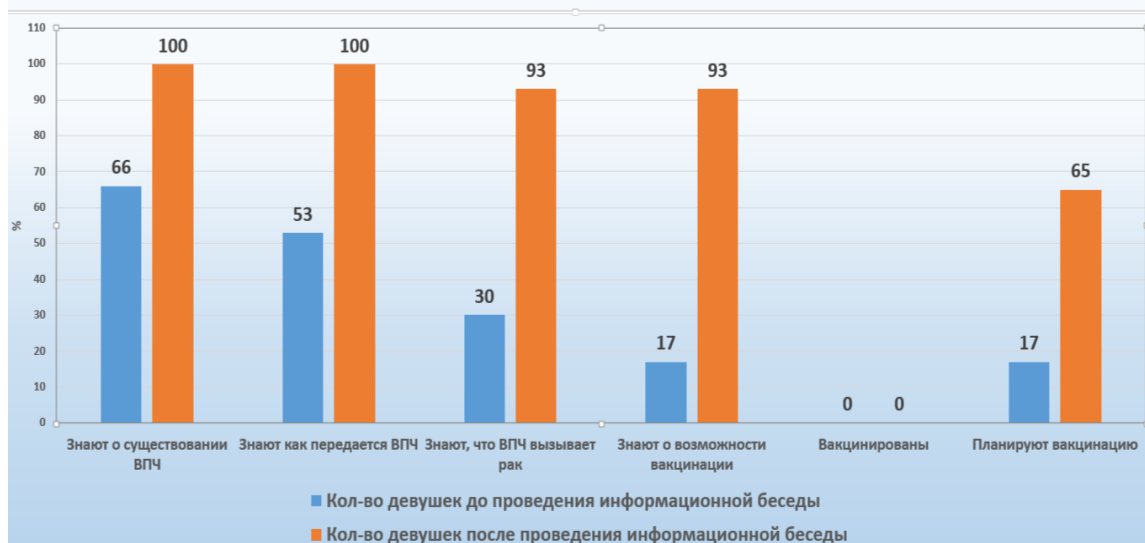


Рис. 2 Информированность о ВПЧ, как факторе, вызывающем рак шейки матки, среди девушек после проведения информационной беседы

Результат тестирования показал, что после выпуска информационного буклета и беседы с подростками из исследуемой группы, их информированность о связи ВПЧ и рака шейки матки существенно повысилась, но гипотеза подтвердилась частично, так как повышение информированности студентов о взаимосвязи вируса папилломы человека и рака шейки матки, не привело к увеличению количества вакцинированных студентов от вируса папилломы человека.

Следует отметить, что во втором этапе анкетирования испытуемым задавался вопрос по поводу стоимости вакцины «Гардасил», которая составляет 9200 р за одну дозу из двух необходимых (по данным Центра СПИД в телефонном режиме от 10.03.2025). Результаты ответов в 93% говорят о том, что стоимость вакцины является не приемлемой для студентов или их родителей.

В связи с этим, хотелось бы продолжить данную работу в направлении контроля над планирующими вакцинацию, и отследить в будущем количество фактически привитых студенток.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что основная цель исследовательской работы достигнута, повышена информированность студентов о специфической профилактики против ВПЧ. Существенным результатом является показатель в виде 14-ти девушек, не живущих половой жизнью, планирующих осуществить вакцинацию от ВПЧ в ближайшее время. Это говорит о том, что данные девушки сохраняют свое репродуктивное здоровье и продолжительность жизни, что соответствует целям национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», к реализации которого Государство приступило в 2025 году.

Список использованных источников

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб.: «ООО Издательство Фолиант», 2002. – С.195-229.
2. Киселёв Ф.Л. // Вопросы вирусологии. Клонирование трансформированных генов вирусов папилломы человека типа 18. – 1997, № 6, С. 248-251.
3. Всемирная организация здравоохранения. Рак шейки матки. Доступно по: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hvp\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hvp)-and-cervical-cancer). [World Health Organization. Cervical cancer. Available from: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hvp\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hvp)-and-cervical-cancer). (In Russ.)].
4. Зароченцева Н.В., Трушина О.И., Новикова Е.Г. и др. Вакцинация против ВПЧ: теоретические аспекты и практические результаты профилактики рака шейки матки.

Эпидемиология и вакцинопрофилактика

5. Дьяков И.А. Фармакоэкономическая эффективность квадριвалентной вакцин[^]!. Медицинский совет 2016;(19):103-08. [Dyakov I.A. Cost effectiveness of a quadrivalent vaccine Meditsinskiy sovet = Medical Council 2016;(19):103-08. (In Russ.)].

6. Минкина Г.Н. Достижения и перспективы вакцинопрофилактики папилломавирусной инфекции и ассоциированных заболеваний. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика 2020;19(2):110-8.

7. Методические рекомендации по профилактике рака шейки матки ФГБУ «национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перенатологии имени академика В.И. Кулакова». г. Москва от 2018г.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА СРЕДСТВ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ В ПЕРИОД МЕНСТРУАЦИИ

*Райт Виктория Эдуардовна,
Юрьева Диана Владимировна*

*Руководитель: Елисеенко Оксана Сергеевна
КГБПОУ «Родинский медицинский колледж»*

Менструация – это естественный процесс, который происходит в организме женщины в репродуктивном возрасте. Выбор средств личной гигиены играет ключевую роль в этом процессе, поскольку неправильный вариант может привести к дискомфорту, раздражению кожи и даже инфекциям.

Актуальность выбора средств личной гигиены в период менструации обусловлена несколькими факторами. Во-первых, менструация сопровождается изменением pH-баланса влагалища, что делает его более уязвимым для инфекций. Во-вторых, использование неподходящих средств может усугубить дискомфорт и раздражение, связанные с менструацией. Наконец, неправильный выбор средств может привести к долгосрочным последствиям для здоровья, таким как вагинальный кандидоз или бактериальный вагиноз. [1]

Цель исследования - выявление преимуществ и недостатков средств личной гигиены, применяемых во время менструации студентками Родинского медицинского колледжа.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть историю возникновения средств личной гигиены в период менструации, выявить их видовую принадлежность и характеристику.
2. Провести анализ результатов опроса студенток Родинского медицинского колледжа по вариантам использования средств личной гигиены во время менструации.
3. Провести анализ экспериментального исследования различных видов средств личной гигиены, применяемых в период менструации.
4. Провести анализ средств личной гигиены, рекомендуемых сотрудниками КГБУЗ «ЦРБ с.Родино».
5. Оформить рекомендации по личной гигиене и вариантам использования средств гигиены в период менструации.

Объект исследования: особенности современных средств личной гигиены в период менструации.

Предмет исследования: особенности выбора средств личной гигиены в период менструации среди студенток Родинского медицинского колледжа.

Методы исследования: анализ медицинской литературы, анкетирование, статистический анализ, опрос.

Базы исследования: КГБПОУ «Родинский медицинский колледж», КГБУЗ «ЦРБ с.Родино».

История возникновения средств личной гигиены своими корнями уходит в глубокую древность: в Африке их делали из трав, в Японии — из рисовой бумаги, в Египте

— из папируса, в Риме — из шерсти. Их часто стирали и использовали повторно, что было опасно для здоровья.

В XIX веке, несмотря на развитие промышленности, женская гигиена оставалась под запретом: говорить о ней считалось неприличным. Первые прокладки появились в 1895 году от немецкой компании Hartmann, а затем в США от Johnson & Johnson — но особого успеха они не имели.

Настоящий прорыв произошёл во время Первой мировой войны: Kimberly-Clark производила перевязочные материалы из крепированной бумаги. Медсёстры начали использовать их как прокладки. Так родился бренд Kotex.

Позже появились гигиенические пояса, в 1933 году — первые тампоны Tampax, в 1937 — менструальные чаши Леоной Чалмерс, которые не имели первоначального успеха, интерес к ним вернулся только в 80-х, когда тампоны стали ассоциироваться с синдромом токсического шока. [4, 5]

В СССР до конца 80-х промышленной гигиены почти не было. Женщины использовали самодельные прокладки из ваты и марли. Только в 90-х на полках появились современные гигиенические средства. [5]

Основные понятия о менструальном цикле

Менструальный цикл - циклические гормональные изменения в организме женщины на уровне «кора - гипоталамус - гипофиз – яичники», сопровождающиеся циклическими изменениями в слизистой матки, подготавливающими организм женщины к беременности и проявляющиеся ежемесячными менструальными кровотечениями.

Нормальная продолжительность менструального цикла от 21 до 35 дней, продолжительность менструации в среднем 3-4 дня, до 7 дней, величина кровопотери 50-100 мл. Нормальный менструальный цикл всегда овуляторный. [2]

Сегодня существует множество различных предметов гигиены, которые облегчают жизнь и делают менструации практически незаметными.

Одноразовые прокладки. Это средство гигиены, представляющее собой многослойное изделие различной формы, предназначенное для впитывания менструальной крови. По бокам могут располагаться клапаны («крылышки») для крепления к нижнему белью. Их удобно менять вне дома, не нужно стирать, не нужно где-то хранить использованные. Однако, есть особенности их применения. Во-первых, их необходимо регулярно менять, т.к. из-за контакта менструальной крови с воздухом происходит размножение аэробных бактерий, что приводит к появлению неприятного запаха и раздражению кожи промежности. Во-вторых, прокладки – синтетика. Такие материалы долго разлагаются, нанося вред окружающей среде. В-третьих, из-за неплотного прилегания прокладки часто протекают.

При выборе одноразовых прокладок необходимо учитывать объем выделений. Определить нужный вариант можно по количеству капель, указанных на упаковке. Чем больше капель закрашено, тем больше впитает прокладка.

Тампоны. Это удобное средство гигиены конусообразной формы для впитывания менструальных выделений, которое помещается во влагалище. Есть особенности: многим неудобно само нахождение тампона во влагалище, к тому же его не всегда удобно менять вне дома. Кроме того, тампон - это по-прежнему пластик, который вредит экологии.

Особенности применения те же, что и при использовании одноразовых прокладок, но тампоны необходимо менять чаще, только чистыми руками, покупать только в аптечной сети, не использовать ароматизированные варианты, т.к. они могут вызывать раздражение слизистой влагалища.

Менструальная чаша. Это гипоаллергенный силиконовый колпачок, который помещается во влагалище и собирает менструальную кровь. Два раза в день или чаще ее моют и дезинфицируют. Менструальная чаша не вредит экологии, так как многоразовая, экономит деньги. К особенностям применения относится обработка чаши вне дома, т.к. не во всех кабинках туалета есть раковина. Кроме того, не любая чаша может подойти, ее нужно подбирать индивидуально и купить можно только в аптеке или

специализированных магазинах.

Многоразовые прокладки. Это тканевые прокладки из дышащего непромокаемого материала, которые можно использовать как обычные одноразовые. Они более экологичны, экономят деньги, т. к. используются в течение 3-5 лет.

Тампон Беппи. Он отличается от обычного одноразового тампона тем, что выполнен в виде губки, которая помещается во влагалище и принимает его анатомическую форму. При этом женщина может выполнять все обычные дела во время менструаций, в том числе заниматься любовью. Существенный недостаток - это дороговизна продукта и ограниченность мест, где его можно приобрести. [7]

Основным компонентом, необходимым для качественного впитывания гигиенических средств, является адсорбирующий материал, состоящий из хлопка, и выполняющий основную функцию – впитывание. [3, 8]

Хорошее самочувствие женщины во время менструации и сохранение ее репродуктивного здоровья зависит не только от качества применяемых средств гигиены, но и от соблюдения ее основных правил:

1. В дни менструации воздержаться от принятия ванны и пользоваться душем.
2. Подмываться минимум два раза в день - утром и вечером, теплой водой по направлению от клитора к анальному отверстию.
3. После подмывания использовать свежую прокладку или тампон, даже если на предыдущем средстве есть незначительные выделения.
4. После процедуры вытираться насухо чистым полотенцем промокательными движениями.
5. Во время менструаций лучше носить хлопчатобумажное белье.
6. Регулярно менять гигиеническую прокладку или тампон (прокладку раз в 4 часа, тампон раз в 2 часа).
7. Нельзя оставлять тампоны на ночь, с этой целью использовать специальные ночные прокладки с повышенной впитывающей способностью. [1]

Научно-исследовательская работа проводилась на двух базах - КГБПОУ «Родинский медицинский колледж» и КГБУЗ «ЦРБ с. Родино».

На первом этапе выполнения работы был проведен классный час со студентками всех групп колледжа, в рамках которого изначально было осуществлено анкетирование. Целью его являлось определение степени информированности студенток Родинского медицинского колледжа о правилах и средствах личной гигиены в период менструации, а также выявление особенностей менструального цикла у респонденток. В исследовании приняло участие 247 респонденток.

В результате проведенного анкетирования выяснилось, что большая часть респонденток составляет возрастную категорию от 16 до 25 лет, у которых первая менструация появилась в 11-14 лет, большинство из них имеют нормальный менструальный цикл (21-35 дней), что составляет 81,6% респонденток и лишь 3,6% отмечают нарушения продолжительности менструального цикла. Практически у всех анкетированных менструация укладывается в интервал от 3 до 5 дней.

Кроме того, у большей части респонденток боли в период менструации бывают в первый-второй день и не очень интенсивные, при этом количество теряемой крови в основном умеренное - 3-4 прокладки в день.

Среди анкетированных выделяется группа респонденток (29,1%), которые отмечают интенсивную болезненность во все дни периода менструации, а также 7,7% респонденток, у которых отмечаются обильные менструации. Данный контингент нуждается в обязательной консультации гинеколога.

Анализируя предпочтения средств личной гигиены в менструальный период выяснилось, что большая часть респонденток пользуется классическими средствами гигиены, то есть одноразовыми прокладками, но 12,8% респонденток отдают предпочтение многоразовым прокладкам и тампонам.

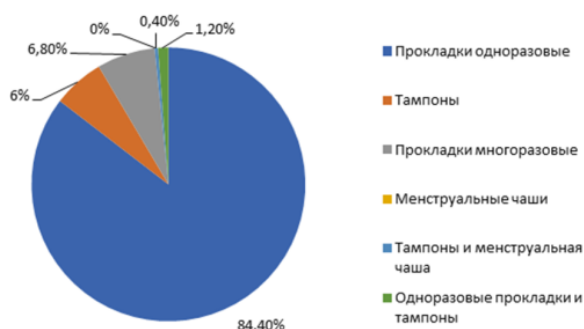


Рисунок 1 – Средства личной гигиены, используемые в менструальный период

Большинство респонденток довольны своим средством гигиены из-за удобства и комфорта, кроме того, они не вызывают аллергических раздражений кожи, а также имеют достойное соотношение цены и качества. Среди применяемых средств, предпочтение отдается таким маркам как Kotex, Always, Naturella, Bella, Libresse и Ola!. Средства личной гигиены данных марок в дальнейшем планируется использовать при проведении эксперимента.

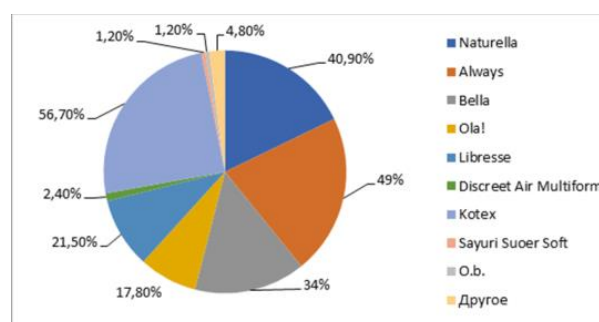


Рисунок 2 – Марки средств личной гигиены

Среди прокладок наибольшее предпочтение было отдано одноразовым с крылышками. К менструальным чашам большая часть респонденток относится отрицательно и не рассматривает вариант их использования, возможно из-за недостаточной информации о данном средстве личной гигиены.

Проводя оценку правильности соблюдения правил личной гигиены в период менструации было выяснено, что наибольшая часть респонденток меняет прокладки через каждые 2-3 часа, 39,2% респонденток делают это по мере наполнения прокладок, и лишь единицы меняют прокладки только утром и вечером.

Одна треть респонденток производит туалет наружных половых органов при каждой смене прокладок, вторая треть - только утром и вечером. Оставшиеся респондентки производят туалет наружных половых органов один раз в день, а в остальное время обрабатывают их влажными салфетками, что свидетельствует о неполноценном соблюдении правил личной гигиены в период менструации и может отразиться на состоянии здоровья половой сферы.

Для совершения гигиенических процедур во время менструации все респондентки используют тот или иной доступный способ: большая часть принимает душ, наименьшая часть поддерживает гигиену с помощью принятия ванны, посещения бани и используя тазик и чайник с горячей водой.

Таким образом, в результате анализа анкетирования, был выявлен недостаток информированности в определенных сферах знаний о личной гигиене в период менструации. В связи с этим респонденток ознакомили с основными правилами и видами средств личной гигиены в этот период, предоставив их вниманию мультимедийную презентацию, а так же листовки «Правила личной гигиены во время менструации».

Следующим этапом выполнения научно-исследовательской работы было проведено экспериментальное исследование, целью которого являлось определение скорости и качества впитывающих способностей средств личной гигиены, чаще всего используемых

респондентками в период менструации. С этой целью были приобретены следующие виды средств личной гигиены, каждому из которых был присвоен порядковый номер: тампоны марки Kotex (№1), тампоны марки Bella (№2), прокладки марки Kotex (№3), прокладки марки Bella (№4), прокладки марки Naturella (№5), прокладки марки Always (№6).

В первую очередь были выбраны средства личной гигиены, обладающие наилучшей скоростью впитывания. Для этого на каждое из средств наносилось по 5 мл подкрашенной жидкости, и фиксировалась продолжительность ее впитывания в данном объеме.

По результатам исследования наилучшей скоростью впитывания обладает экспериментальный образец под № 6, что соответствует прокладкам марки Always. Экспериментальный образец № 4 (прокладки марки Bella) имеет наибольшую скорость впитывания, поскольку поверхность данного средства личной гигиены оставалась влажной в течение 5 минут, но благодаря наличию бортиков жидкость не распространялась за пределы области крылышек.

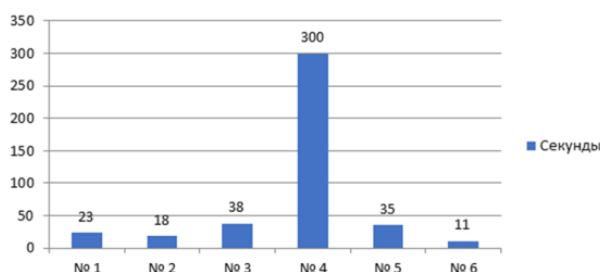


Рисунок 3 - Скорость впитывания

Далее была проведена оценка качества впитывания у каждого из средств личной гигиены, т.е. способности удерживать внутри себя жидкость. С этой целью в лоток помещалось 20 мл окрашенной жидкости. Затем в нее погружался экспериментальный образец и засекалось время, в течение которого вся жидкость должна была не только впитаться средством, но и превратиться в гель, который будет удерживать впитываемую жидкость.

Таблица 1 – Качество впитывания

Средство личной гигиены	Скорость поверхностного впитывания	Объем оставшейся жидкости
№ 1	12 сек	4 мл
№ 2	11 сек	1 мл
№ 3	30 сек	0,5 мл
№ 4	270 сек	2-3 мл
№ 5	Не определяется	Не определяется
№ 6	Мгновенно	0,3 мл

Из полученных результатов видно, что экспериментальный образец № 6 (прокладки марки Always) имеет наилучшее качество впитывания. Кроме того, данный образец дает наименьшее количество остаточного объема невпитавшейся жидкости, то есть это самое эффективное средство личной гигиены еще и по качеству впитывания.

Экспериментальный образец № 5 (прокладки марки Naturella) не может быть оценен в связи с тем, что при нанесении жидкости на поверхность данного средства она превращалась в капельки, рассыпанные по всей его поверхности, впитывание происходило только под механическим воздействием на поверхность. Данное средство личной гигиены абсолютно не эффективно для женщин с обильными менструациями.

Несмотря на то, что у экспериментального образца № 1 (тампоны марки Kotex) достойная скорость впитывания, объем оставшейся жидкости наибольший среди всех исследуемых образцов, то есть данный вариант также будет мало эффективен у женщин с обильными менструациями.

В завершении экспериментальной работы был проведен анализ ценовой политики

исследуемых образцов. По результатам анализа лидер исследования, экспериментальный образец № 6, соответствующий прокладкам марки Always имеет доступную стоимость, по сравнению, например, с тампонами, стоимость которых практически в 2 раза выше, при чем, дешевле всего его можно приобрести в торговой сети «Магнит Косметик».

На заключительном этапе выполнения исследовательской работы был проведён опрос акушер-гинеколога женской консультации КГБУЗ «ЦРБ с. Родино», целью которого было определение эффективного средства личной гигиены по мнению специалиста-медика. Специалисту был предложен опросник, состоящий из 8 вопросов.

По результатам опроса, наиболее эффективным средством гигиены являются прокладки из хлопка, причем, специалист отдаёт предпочтение марке TianDe, в состав которых входит запатентованный фитокомплекс из экстрактов целебных растений (мяты перечной, зелёного чая, масла гвоздики). Так же врач отрицает использование одних только тампонов в период менструации. Менструальные чаши акушер-гинеколог рекомендует использовать ситуационно, видимо потому, что данный вид средств личной гигиены еще редко используется женским население и судить о его эффективности трудно.

Непростая история средств женской гигиены приводит к более осознанному выбору, а доступность информации о женском теле и естественных для него процессах даёт возможность без стеснения говорить на темы, когда-то считавшиеся постыдными, сохранять здоровье и безопасность женщин, укреплять их равное место в обществе.

Сегодня существует множество различных средств гигиены, которые облегчают жизнь женщины и делают менструации практически незаметными. К ним относятся: одноразовые и многоразовые прокладки, тампоны, менструальная чаша. Женщине остается лишь сравнить их плюсы и минусы и выбрать самое удобное средство для себя.

Список использованных источников литературы:

1. Гинекология : учебник / под ред. В. Е. Радзинского, Л. Р. Токтар. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-8759-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970487594.html> (дата обращения: 30.03.2025). - Режим доступа : по подписке.

2. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-9013-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970490136.html> (дата обращения: 23.02.2025). - Режим доступа : по подписке.

3. Из чего состоят наши прокладки? // [Электронный ресурс]. - <https://guru.wildberries.ru/article/iz-chego-sostoyat-nashi-prokladki-1650619722>

4. История появления гигиенических прокладок и тампонов // [Электронный ресурс]. - <https://bigpicture.ru/delikatnyj-produkt-istoriya-poyavleni/>

5. История средств женской гигиены // [Электронный ресурс]. - <https://poruski.me/2018/12/07/03-istoriya-zhenskay-gigiena/>

6. Нормальный менструальный цикл и его нейрогуморальная регуляция // [Электронный ресурс]. - <https://studfile.net/preview/1471614/page:85/>

7. Средства гигиены при менструации: какие бывают и как выбрать подходящие? // [Электронный ресурс]. - <https://radugaclinic.ru/articles/sredstva-gigieny-pri-menstruaczi-kakie-byvayut-i-kak-vybrat-podhodyashhee/>

8. Что на самом деле содержится в вашем тампоне... от пестицидов до клея, который может «проникать во влагалище» // [Электронный ресурс]. - https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.401b7e4a-680214a0-249a743d-74722d776562/https/www.thesun.co.uk/fabulous/9186915/tampon-ingredients-pesticides-glue-vagina/

ДЫШИ СВОБОДНО

Ратничихина Анастасия Алексеевна

Свиридова Ксения Васильевна

Руководитель: Епонешникова Светлана Владимировна

КГБПОУ «Рубцовский медицинский колледж»

Актуальность. Тема учебно-исследовательского проекта актуальна, так как курение табака – серьезная медико-социальная проблема и одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире. По данным НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России, доля заболеваний, вызванных курением табака, в общей заболеваемости составляет 30% для мужчин и 4% для женщин. В России ежегодно погибает более 400 000 человек от болезней, связанных с потреблением табака, при этом трое из четырех умирают в возрасте 35-69 лет. Курение – единственный модифицируемый фактор риска развития таких социально-значимых заболеваний, как: болезни системы кровообращения, ХОБЛ, злокачественные новообразования и другие хронические неинфекционные заболевания.

Цель работы: выяснить влияние просветительской работы на мотивацию к отказу от курения.

Гипотеза: предполагаем, что, если люди будут больше знать о вреде курения, возможно, у них повысится мотивация бросить курить.

Методика: сбор информации, синтез и классификация информации, анализ, анкетирование.

Рассмотрим данную тему подробнее.

Табакокурение — это вид химической зависимости, связанной с вдыханием табачного дыма, который содержит психоактивное вещество — никотин, вызывающий привыкание.

Признаки никотиновой зависимости

- Вы пытались несколько раз бросить сигареты, но ничего не вышло.
- В периоды отказа от табакокурения вы испытываете следующие неприятные симптомы: физическая слабость, снижение трудоспособности, снижение концентрации и внимания, нервозность, раздражительность, расстройство пищеварения, депрессивный настрой, неукротимый аппетит.
- Даже если вы чувствуете, что курение вызывает проблемы со здоровьем, вы всё равно не можете отказаться от сигарет.
- Вы меняете свои социальные привычки ради зависимости: избегаете заведения, где запрещено курить, избегаете или ограничиваете контакты с людьми, которые не выносят табачный дым и не одобряют вашу привычку, готовы отказаться от длительного перелёта, так как в самолёте запрещено курить.

По статистике зависимостью от никотина в разной форме страдают почти 25 % людей на земном шаре. Согласно последним данным ВОЗ, курение в России ежегодно убивает 400 000 человек.

90% смертей от рака легких, 75% смертей от хронического бронхита, 25 % смертей от ишемической болезни сердца обусловлены курением.

По статистике курят 65% мужчин и 30% женщин. За сутки в среднем мужчина выкуривает 18 сигарет, а женщина 13 сигарет.

В обычной сигарете кроме никотина и формальдегида содержится еще более 200 ядовитых соединений. Хотя электронная сигарета воспринимается как более безопасная альтернатива обычному курению, тем не менее, ученые получают все новые данные, доказывающие, что электронные сигареты вредны для здоровья. Наполнитель электронных сигарет (глицерин, формальдегид) содержит много канцерогенов и токсинов.

Ароматизатор диацетил входит в состав 75% жидкостей. Он вызывает так называемую «попкорновую болезнь легких» - воспаление и склероз мелких бронхиол. Кроме

того, и в обычных и в электронных сигаретах содержится никотин, а неважно, каким образом никотин поступает в организм: посредством вдыхания дыма от тлеющей сигареты, пара либо иного варианта ингаляции, вред одинаков.

В электронных сигаретах используются батареи типа Li-Ion, которые могут взорваться. Если устройство дешевое, на нем, скорее всего, будет стоять аккумулятор без защиты от возгорания.

Вред электронной сигареты на организм проявляется еще и тем, что, передавая сигарету друг другу передаются заболевания ротовой полости, такие как гингивит и стоматит, а также сифилис, туберкулез, герпес и другие вирусные заболевания.

При попадании никотина в организм у регулярно курящих людей учащается сердцебиение, повышается кровяное давление, сужаются сосуды, снижается аппетит. Под его воздействием в крови увеличивается содержание холестерина и жирowych кислот. Никотин воздействует не только на дыхательную и сердечно-сосудистую систему, но и на другие системы тесно с ними связанные.

При курении никотин быстро поступает в головной мозг. Происходит спазм сосудов, что способствует развитию ишемии, а недостаток кислорода приводит к гипоксии и гибели клеток мозга. Отсюда возникают проблемы со зрением, слухом, снижается память и работоспособность. Кроме того, спазм сосудов может привести к инсульту.

Главная мишень табачного дыма — органы дыхания. Табачный дым проходит через полость рта, глотку, трахею, бронхи и бронхиолы. Постоянное воздействие никотина на внутреннюю поверхность альвеол приводит к снижению их эластичности и отеку.

При повышении концентрации никотина увеличивается нагрузка на сердце, возникает тахикардия и происходит периферический спазм сосудов. При постоянном поступлении никотина в кровь, стадия расслабления и восстановления не успевает наступить и это приводит к повреждению сосудистой стенки. Кроме того, в крови увеличивается количество жиров, которые постепенно оседают на стенках сосудов, вызывая сужение просветов и образование бляшек. Также отравляющие вещества способствуют истончению стенок сосудов.

Часть компонентов табачного дыма вместе со слюной попадает в желудок. Это приводит к раздражению всех слизистых — полости рта, пищевода, желудка. Зубы желтеют, а их эмаль становится хрупкой, начинаются заболевания дёсен, страдает кишечник, а также печень и жёлчный пузырь. Из-за курения замедляется процесс переваривания пищи, она дольше положенного остаётся в желудке, что провоцирует дополнительное выделение соляной кислоты и ферментов.

Курение табака снижает минеральную плотность костной ткани, что приводит к развитию остеопороза, увеличению риска возникновения различных переломов, в том числе перелома шейки бедра, и, как следствие, к инвалидности, а иногда и к смерти.

У мужчин курение нарушает выработку спермы, снижает потенция, возникают предрасполагающие факторы для появления рака простаты. У женщин происходит изменение менструального цикла и дисбаланс уровня гормонов. Результатом этих патологических процессов становится бесплодие. Курение в период беременности повышает вероятность выкидыша или рождения мертвого ребенка. У курящих матерей часто рождаются дети с низким весом, предрасположенные ко многим заболеваниям на первом году жизни, а иногда курение матери во время беременности может отражаться на дальнейшем физическом и умственном развитии ребенка.

Причины бросить курить:

- Жить здоровой жизнью. Ваше здоровье начнет улучшаться после отказа от курения табака.
- Жить дольше. Курильщики умирают примерно на 14 лет раньше, а те, кто пристрастился к сигаретам в подростковом возрасте, на 20–25 лет.
- Освободиться от зависимости. Табачная зависимость — болезнь. Никотин является одним из веществ, вызывающих наиболее сильную зависимость. По скорости формирования зависимости никотин уступает только героину.

- Улучшить здоровье тех, кто Вас окружает. Пассивное курение также наносит вред организму
- Улучшить качество жизни. Ваши одежда, машина и дом не будут иметь неприятного запаха. Еда будет казаться вкуснее.
- Улучшить свое сексуальное и репродуктивное здоровье. Мужчин, которые курят, могут появиться проблемы с появлением и поддержанием эрекции. Женщинам, которые курят, труднее забеременеть и сохранить беременность.
- Сэкономить деньги. В среднем пачка сигарет стоит 150 рублей. Эту сумму можно потратить на что-то приятное или полезное, например, отучиться в автошколе, купить игровую приставку или ноутбук, поменять смартфон на версию поновее. А если не покупать сигареты прямо сегодня можно купить 1 килограмм фруктов или несколько плиток шоколада.
- Помимо экономических затрат, на курение тратится и время. Допустим, выкуривание одной сигареты составляет 5 минут. В день выкуривается 20 сигарет. За 1 день: Вы потратите 100 минут. За 1 месяц 50 часов человек тратит на курение. За год курящий человек тратит 600 часов или 37,5 дней на курение с перерывом на 8-часовой сон. Мы часто говорим, что не хватает времени на что-то важное, так стоит ли тратить время на то, что лишает нас здоровья, свободы, финансов?

Статья 6.24 КОАП от 21.10.2013 N 274-ФЗ

1. Нарушение установленного федеральным законом запрета курения табака, потребления никотинсодержащей продукции или использования кальянов на отдельных территориях, в помещениях и на объектах, за исключением случаев, предусмотренных частью 2 настоящей статьи, - влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от пятисот до одной тысячи пятисот рублей.

2. Нарушение установленного федеральным законом запрета курения табака, потребления никотинсодержащей продукции или использования кальянов на детских площадках - влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от двух тысяч до трех тысяч рублей.

На 11 % бросивших курить повлиял ФЗ о запрете на курения в общественных местах. 36 % бросивших курить назвали в качестве причины отказа от курения повышение цен на сигареты. 71 % бросивших курить в качестве основной причины назвали заботу о своем здоровье.

В ходе работы над проектом проведено анкетирование среди 25 курящих студентов (анонимно). Результаты теста Фагерстрема для определения степени никотиновой зависимости: слабая степень зависимости 9 человек (36%), средняя степень 11 человек (44%), высокая степень зависимости 5 человек (20%).

Результаты теста на мотивацию к отказу от курения (В.Ф. Левшин) до проведения занятия в школе по отказу от курения: отсутствует мотивация 11 человека (44%), слабый уровень 24 человека (40%), средний уровень 2 человек (8%), высокий уровень 2 человек (8%).

Результаты теста на мотивацию к отказу от курения (В.Ф. Левшин) после проведения занятия в школе по отказу от курения: отсутствует мотивация 0 человека (0%), слабый уровень 5 человека (20%), средний уровень 12 человек (48%), высокий уровень 8 человек (32%).

Таким образом, можно сделать вывод, что наша гипотеза подтвердилась. Интенсивная информированность о вреде курения мотивирует некоторых людей к отказу от курения. Однако, необходимо помнить, что отказ от курения сложен. Сложен из-за того, что никотиновая зависимость является одновременно физиологической и психологической, которые тесно связаны. При взаимодействии молекулы никотина с никотиновыми рецепторами высвобождается нейромедиатор дофамин, который вызывает кратковременное чувство удовольствия. Со временем этот эффект ослабевает и для его повторения требуется большие дозы никотина и постоянное его поступление в организм. Отсутствие никотина в организме на фоне увеличенного количества никотиновых рецепторов вызывает стресс

(синдром отмены). Синдром отмены проявляется в сильном влечении к табаку или другим табачным продуктам, в усилении кашля и затруднении отхождения мокроты, чувстве заложенности в груди, слабости, головокружении, снижении работоспособности, тревоге, возбудимости и беспокойстве, снижении концентрации внимания, раздражительности, ухудшении настроения, иногда – в треморе и потливости, усилении аппетита, бессоннице, также может появиться головная боль или боль в мышцах. Интенсивность и продолжительность симптомов индивидуальна, но в среднем составляет от 7 дней до нескольких недель, иногда месяцев. Как правило, к 21 дню проявления, связанные с отказом от никотина, начинают угасать. Необходимо постепенно отказываться от курения и беречь свое здоровье.

Список использованных источников:

1. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых: клинические рекомендации МЗ РФ, 2018 – 39 с.
2. Школа по отказу от курения - ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КОГБУЗ «МИАЦ» Кировской области, г. Киров, 2020 – 52с.
3. Никотиновая зависимость - причины, симптомы и лечение. Статья. – [Электронный ресурс] – URL: <https://help-point.net/articles/nikotinovaya-zavisimost-prichiny-simptomy-i-lechenie/> (дата обращения: 20.04.2025 г.).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОВИЗОРНЫХ КОРОНОК

Рогозин Олег Евгеньевич
Руководитель: Дюрягин Михаил Юрьевич
БПОУ ОО «Медицинский колледж»

Актуальность. Искусственные коронки применяются с целью предупреждения дальнейшего разрушения тканей зуба, восстанавливают его анатомические формы, а так же для расположения фиксирующих и опорных элементов съемных протезов, ортодонтических, челюстно-лицевых аппаратов и другие конструкции.

Процесс восстановления дефекта анатомические формы зуба основной конструкцией искусственной коронки из металлокерамики или керамики может занять несколько недель. На этот период пациенту устанавливают временную (провизорную) коронку. Для её изготовления используются пластмассы, имеющие невысокую стоимость и позволяющие подобрать цвет протеза так, чтобы тот соответствовал цвету естественных зубов.

Использование провизорных конструкций улучшает эстетический вид зубного ряда, предотвращает зуб от дальнейшего разрушения и не допускает смещения соседних зубов.

Для изготовления провизорных коронок применяют пластические массы разных типов и их изготавливают различными методами, затратив при этом различное количество времени и финансов.

Исследованием наиболее оптимального метода изготовления провизорной коронки явилась научно-исследовательская работа.

Цель исследования: определить наиболее оптимальный метод изготовления провизорной коронки при протезировании несъемными протезами.

Задачи исследования:

1. Систематизировать знания на основе информационных источников по методам изготовления провизорных коронок.
2. Определить критерии для оценки методов изготовления провизорных коронок.
3. Проанализировать данные эксперимента по изготовлению провизорных коронок различными методами.

Предмет исследования: несъемные протезы при дефектах коронковой части зуба.

Объект исследования: провизорные коронки.

Методы исследования:

1. Анализ литературных источников.
2. Измерение времени на изготовление.
3. Подсчет финансовых затрат.

Современные конструкции протезов и протоколы препарирования предполагают существенное сошлифовывание твердых тканей зубов, чтобы защитить пульпу от негативного воздействия на нее внешних раздражителей используются провизорные протезы (от англ. provisional — предварительный, условный, временный).

Провизорный (временный) протез применяется на период лабораторного изготовления практически всех видов постоянных протезов для сохранения эстетических и функциональных факторов, а в случае адаптации к витальным зубам защищает жизнеспособность пульпы и снижает чувствительность обработанных (отпрепарированных) зубов. Часто такие протезы используются для помощи в определении эффективности конкретного плана ортопедического лечения или формы и функции планируемого окончательного протеза.

Применение провизорных протезов является ключевым фактором в успешности ортопедического лечения, обеспечивающим улучшение отдаленных результатов.

В зависимости от места изготовления временного протеза различают 2 способа:

1. Прямой (клинический) — провизорная коронка создаётся непосредственно в кабинете у кресла больного стоматологом-ортопедом;
2. Непрямой (клинико-лабораторный) — процесс создания происходит в специализированной зуботехнической лаборатории зубным техником по оттиску, сделанному стоматологом. Временные конструкции, изготовленные в лаборатории, отличаются более высоким качеством и надёжностью.

Существуют следующие клинико-лабораторные методы изготовления провизорной коронки:

1. Изготовление провизорной коронки из пластмассы горячей полимеризации;
2. Изготовление провизорной коронки из пластмассы холодной полимеризации;
3. Изготовление провизорной коронки 3D методом.

РАЗДЕЛ 1. МЕТОДЫ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОВИЗОРНОЙ КОРОНКИ

1.1 Изготовление провизорной коронки из пластмассы горячей полимеризации

Врач до препарирования зубов получает рабочий и вспомогательный оттиски у пациента. При необходимости (в случаях, когда модели невозможно сопоставить в положении центральной окклюзии на основе зубных признаков) регистрирует центральную окклюзию.

По оттискам изготавливаются гипсовые модели, которые фиксируют в артикуляторе. На рабочей гипсовой модели острым режущим инструментом выполняется гравировка зубов, имитирующая их препарирование (формирование культи зуба в форме усеченного конуса, удаление слоя гипса на толщину искусственной коронки). На отгравированной модели проводится моделирование конструкции протеза из воска с последующей заменой восковой репродукции на пластмассовую методом формовки пластмассового теста под давлением и последующей горячей полимеризации пластмассы гипсуя в кювету обратным способом по общепринятой технологии, опорный зуб в кювете располагают вертикально.

После кристаллизации гипса вываривают воск, путем погружения кюветы в кипящую воду на 5 минут, после чего вымывают остатки воски и наносят изоляцию гипс-пластмасса, замешивают необходимое количество пластмассы и пакут ее в кювету. Проводят режим полимеризации в горячей воде, поднимая температуру от комнатной до 100 градусов в течении часа, выдерживая 45 минут.

Для изготовления применяются акриловые пластмассы горячей полимеризации. Пластмасса выпускается в виде комплекта порошок-жидкость.

1.2 Изготовление провизорной коронки из пластмассы холодной полимеризации

По силиконовым оттискам верхней и нижней челюстей, сделанных врачом после препарирования зубов, создаётся гипсовая модель. На культю наносится изолирующий лак,

который будет служить изоляцией гипса от воска, для облегчения снятия воска с модели. Расплавленный воск наносят на культю, моделируя зуб, восстанавливают анатомическую форму в полном объёме.

Из слепочной массы делается силиконовый ключ восковой композиции коронки. После застывания слепочную массу снимают и удаляют из неё восковую репродукцию.

Гипсовую культю обезжиривают, и на неё наносят изоляцию гипс-пластмасса, с целью предупреждения прилипания пластмассы к гипсу.

Для изготовления применяются пластмассы холодной полимеризации. В стеклянной ёмкости полимерный порошок разводят до насыщения жидким мономером. Через несколько минут пластмассу наносят на культю и пакут в посадочное место ключа, после чего ключ придавливают к гипсовой модели и получившуюся конструкцию фиксируют (стягивают) резинкой.

Гипсовую модель помещают в экспресс полимеризатор, окунув в воду (температура около 50°C) силиконом вниз, для беспрепятственного выхода воздуха. Полимеризатор накрывают крышкой, устанавливают программу холодной полимеризации: время – 15 минут, температуру – 55 градусов и давление – 3 бара (согласно инструкции производителя).

По окончании полимеризации модель извлекают, с неё снимают силиконовый ключ, а после удаления облоя и саму пластмассовую коронку.

Для изготовления применяются акриловые пластмассы холодной полимеризации. Пластмасса выпускается в виде комплекта порошок-жидкость.

1.3 Изготовление провизорной коронки 3D методом

По силиконовым оттискам верхней и нижней челюстей, сделанных врачом после препарирования зубов, создают анатомические разборную комбинированную рабочую и вспомогательную гипсовые модели.

В программе «EXOCAD» заполняют проекта электронной карточки, куда вводят данные медицинского учреждения, пациента, зубного техника, вид выполняемой работы – конструкцию протеза, материал, цвет и т.д.

Для получения цифрового аналога моделей анатомические модели устанавливают в сканер и проводят сканирование их в программе «Medit Scan for Labs». Этапы сканирования: сканирование Максилла (верхней челюсти), сканирование Мандибула (нижней челюсти), сканирование столбика препарированного зуба, сопоставление окклюзии.

Полученные файлы сканирования переносят в программу «EXOCAD». Проводят программное определение границы (шейки) препарированного зуба. Программа определяет границу автоматически, но можно в ручном режиме внести корректировки.

Далее определяют путь введения протеза, программа определяет путь введения автоматически, но можно в ручном режиме его изменить. Программное определение толщины цементного зазора по умолчанию 0,1мм, можно изменить от 0,001мм до 0,2мм.

Переходят к компьютерному моделированию конструкции коронки. Выбирают анатомическую формы зуба из различных вариантов цифровой библиотеки «EXOCAD». Проводят программную адаптацию выбранной формы зуба к антагонистам и к заранее определённой границе шейки. Коррекцию анатомической формы будущей коронки проводят в программе в ручную. Вариант цифровой модели коронки в формате STL сохраняют в папке проекта.

Цифровой вариант коронки размещают в блок в программе «MILLBOX», создают виртуальную систему поддержки коронки в блоке. Задают программный процесс виртуальной фрезеровки коронки в виртуальном блоке, который необходим для цифрового расчета работы фрезерного станка, для предотвращения критических ошибок в процессе реальной фрезеровки. Готовый проект фрезеровки переносят в программное обеспечение фрезерного станка.

Во фрезерный станок устанавливают блока РММА, необходимые фрезы и включают прогрев шпинделя. Открывают проект во фрезерном станке и запускают процесс фрезеровки. Фрезеровка одной коронки происходит за 20 минут.

Из фрезерного станка извлекают блок, удаляют поддержки, удерживающих коронку в

блоке и освобождают коронку из блока. После фрезеровки коронка устанавливается на модели без дополнительной просадки.

Для изготовления применяются пластмассы РММА (полиметилметакрилат) — инновационный стоматологический реставрационный материал, обладающий высокой температурной и химической стойкостью, стабильностью формы. Выпускается в виде **полимерных дисков**.

Вне зависимости от того, какой способ изготовления будет использоваться провизорная коронка должна отвечать следующим требованиям:

- Иметь толщину 1,5 – 2,0 мм.
- Коронка должна находиться в прикусе (не завышать центральную окклюзию и не блокировать другие виды окклюзионного движения челюсти).
- Плотно прилегать к тканям зуба в области его шейки.
- Длина коронки не должна превышать глубины зубочелюстной бороздки, а толщина – края её объема.
- Восстанавливать анатомическую форму и контактные пункты с соседними зубами.
- Не нарушать эстетических форм

Для оценки результатов эксперимента выбраны следующие критерии:

1. Время, затраченное на изготовление.
2. Стоимость материалов затраченных на изготовление.
3. Качество готовой конструкции.

РАЗДЕЛ 2. ВЫПОЛНЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Расчет временных затрат в минутах на изготовление провизорной коронки

Для исследования были выбраны клинично-лабораторные методы изготовления провизорной коронки: горячей полимеризации, холодной полимеризации и 3D методом.

Соответственно методам изготовления были сформированы три группы по 10 человек. Группа № 1 изготавливала провизорные коронки из пластмассы горячей полимеризации, Группа № 2 – из пластмассы холодной полимеризации, Группа № 3 – 3D методом.

Было замерено время на изготовление провизорных коронок и посчитано количество материалов затраченных на изготовление, а впоследствии оценено качество готовой конструкции.

Таблица 1. Временные затраты на изготовление провизорной коронки в минутах

Респонденты	Минуты, затраченные на изготовление провизорной коронки		
	Группа №1	Группа №2	Группа №3
1	240	118	84
2	245	132	87
3	235	141	92
4	243	133	76
5	238	127	81
6	230	130	74
7	250	143	96
8	242	119	89
9	237	128	75
10	239	132	82

Среднее значение, мин.	239,9	130,3	83,6
------------------------	-------	-------	------

Полученный результат указывает, Группа №3 затратила наименьшее время на изготовление провизорной коронки – 83,6 минуты, второе место – Группа №2 – 130,3 минуты, на последнем месте Группа №1 – 239,9 минут. Можно сделать вывод, что использование современных материалов и оборудования для изготовления провизорных коронок смещается в сторону уменьшения времени на их изготовление.

2.2. Расчет финансовой составляющей

Таблица 2. Стоимость материалов затраченных на изготовление

Материал и его масса	Стоимость упаковки	Стоимость за 1 грамм	Группа №1		Группа №2		Группа №3	
			Количество грамм	Стоимость	Количество грамм	Стоимость	Количество грамм	Стоимость
Гипс медицинский, 20 кг	1100	0,055	300	16,5	100	5,5	-	-
Гипс 4 класса Marmorplast N 4кл, 5 кг	3450	0,69	-	-	-	-	40	27,6
Гипс 3 класса Marmodent, 25 кг	5200	0,208	-	-	-	-	65	13,32
Воск моделировочный «ЛИГАДЕНТ», 75 г	580	7,73	2	14,446	2	14,446	-	-
Пластмасса горячего отверждения, Белакрил_Э ГО (Темпо), 80 г	1650	20,625	3	61,875	-	-	-	-
Пластмасса холодного отверждения, Белакрил Э ХО (Темпо), 100 г	3740	37,4	-	-	2	74,8	-	-
Диск полимерный БЕЛАКРИЛ РММА 98*14мм, 120 г	770	6,416	-	-	-	-	6	38,496
Слепочная силиконовая масса, 100 г	770	7,7	-	-	5	38,5	-	-
Итого, руб.:				92,821		133,246		79,416

Полученный результат показал, что затраты на материалы используемые для изготовления провизорной коронки Группой №3 составили 79,416 рублей, Группой №1

составили 92,821 рублей, а Группой №2 – 133,246 рублей.

Из чего следует, что наименее затратной оказалась провизорная коронка, изготовленная 3D методом.

Качество изготовленных провизорных коронок соответствует требованиям к ним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью исследования было определение наиболее оптимального метода изготовления провизорной коронки при протезировании несъёмными протезами.

Опираясь на данные полученные во время исследования, можно сделать следующие

ВЫВОДЫ:

1. Систематизировав знания на основе информационных источников по методам изготовления провизорных коронок, сделали вывод что на данный момент существуют три клинично-лабораторных способа их изготовления.

2. Для оценки результатов эксперимента выбраны следующие критерии:

- Время, затраченное на изготовление;
- Стоимость материалов затраченных на изготовление;
- Качество готовой провизорной коронки

3. Проанализировав данные эксперимента по изготовлению провизорных коронок различными методами, пришли к заключению:

– Лучший результат показали провизорные коронки, изготовленные 3D методом. Они обладают рядом преимуществ: высокая скорость изготовления, наиболее точное соответствие анатомической формы благодаря компьютерному моделированию конструкции коронки и возможности выбора анатомической формы зуба из различных вариантов цифровой библиотеки «ЕХОСАД», проведению программной адаптации выбранной формы зуба к антагонистам и к заранее определённой границе шейки, отсутствие токсичных материалов, после фрезеровки коронка не требует дополнительной обработки, по себестоимости не обладает высокой ценой и наименее затратные по времени изготовления.

– На втором месте коронки, изготовленные из пластмассы холодного отверждения.

Исходя из выводов, были сформулированы предложения:

На основе исследования и актуализации методов изготовления провизорных коронок рекомендуем включить в программу обучения изготовление коронок 3D методом, так как этот способ изготовления получился наименее затратный как в финансовой, так и во временной составляющих.

Список использованных источников:

1. Основы технологии зубного протезирования. Т. 1 : учебник : в 2 т. / С. И. Абакаров [и др.] ; под ред. Э. С. Каливрадзияна. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-7475-4. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474754.html> (дата обращения: 09.09.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

2. Основы технологии зубного протезирования. Т. 2 : учебник : в 2 т. / Е. А. Брагин [и др.] ; под ред. Э. С. Каливрадзияна. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Т. 2. - 392 с. : ил. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-7476-1. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474761.html> (дата обращения: 09.09.2024). – Режим доступа : для зарегистрированных пользователей.

3. Жильцова, Н. А. Технология изготовления несъёмных протезов : учебник / Н. А. Жильцова, О. Н. Новгородский, А. Б. Бакулин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 240 с. – ISBN 978-5-9704-6701-5. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467015.html> (дата обращения: 09.09.2024). – Режим доступа : для зарегистрированных пользователей.

4. Каливрадзиян, Э. С. Стоматологическое материаловедение: учебник / Каливрадзиян Э. С. [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 560 с. – ISBN 978-5-9704-4774-1. –Текст: электронный // ЭБС Консультант студента. – URL:

<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970447741.html> (дата обращения: 09.09.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

5. Милёшкина, Е. Н. Литейное дело в стоматологии : учебник / Е. Н. Милёшкина ; под ред. М. Л. Мироновой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 160 с. - ISBN 978-5-9704-6705-3. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467053.html> (дата обращения: 09.09.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

6. Миронова, М. Л. Изготовление съёмных пластиночных протезов : учебник / М. Л. Миронова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 400 с. – ISBN 978-5-9704-6712-1. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467121.html> (дата обращения: 09.09.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

7. Саватеев, Ю. В. Зуботехническое материаловедение с курсом охраны труда и техники безопасности: учебное пособие / Ю. В. Саватеев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 168 с. – ISBN 978-5-9704-6706-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467060.html> (дата обращения: 09.09.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

8. Смирнов, Б. А. Зуботехническое дело в стоматологии : учебник / Б. А. Смирнов, А. С. Щербаков. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москв: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 336 с. – ISBN 978-5-9704-6214-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462140.html> (дата обращения: 09.09.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ С ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ

Толок Лилия Гутникова Дарья
Руководитель: Мишина Наталья Сергеевна
КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум»

Актуальность работы. Прием любого лекарственного средства может привести к развитию нежелательных реакций, в том числе серьезных и с летальным исходом. Часть из них обусловлена взаимодействием лекарственных средств как между собой, так и с продуктами питания. В инструкциях по применению многих ЛС описаны изменения фармакокинетики, которые могут наблюдаться в случае их одновременного приема с пищей, однако эти данные получают в экспериментальных условиях при потреблении стандартизированной диеты, содержащей большое количество жиров. При этом реальный рацион питания пациента не соответствует качественному и количественному составу стандартизированной диеты, поэтому фармакокинетический и фармакодинамический профиль ЛС в условиях реальной практики может отличаться от экспериментальных данных.

Предупреждение влияния пищи на процессы всасывания, распределения, метаболизма и выведения препаратов из организма является важной проблемой в современной фармакологии.

Цель: выявление особенностей взаимодействия наиболее востребованных групп лекарственных препаратов при одновременном приеме с отдельными группами пищевых продуктов на примере населения р.п. Степное Озеро и р.п. Благовещенка.

Задачи:

1. Рассмотреть нормативную документацию, регламентирующую фармацевтическое консультирование.

2. Раскрыть основные аспекты взаимодействия лекарственных препаратов с продуктами питания.

3. Разработать анкету для фармацевтических работников и населения, провести социологический опрос.

4. Выявить особенности взаимодействия лекарственных препаратов при одновременном приеме с пищей.

5. Обобщить полученные результаты, сделать необходимые выводы и рекомендации.

Объект исследования: взаимодействие лекарственных препаратов

Предмет исследования: взаимодействие лекарственных препаратов при одновременном приеме с пищей

Методы – анализ, анкетирование, сбор и анализ результатов

Гипотеза - фармацевтические работники не консультируют о взаимодействии лекарственных препаратов с пищей

Согласно приказу МЗ РФ от 31 августа 2016 г. N 647н "Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения», фармацевтический работник должен консультировать клиента о: правилах отпуска, способах приема, режимах дозирования, терапевтическом действии, противопоказаниях, взаимодействии лекарственных препаратов при одновременном приеме между собой и (или) с пищей, правилах их хранения в домашних условиях [1].

Компоненты пищи в организме проходят практически тот же путь, что и компоненты лекарственных препаратов. Наиболее часто эти пути пересекаются при пероральном способе введения, соответственно, их взаимодействие может происходить на одном или нескольких этапах: всасывания, распределения, метаболизма, выведения (См. Таблицу 1) [8].

Таблица 1 – Аспекты взаимодействия лекарственных препаратов и продуктов питания

Влияния продуктов питания на лекарственный препарат	Влияние лекарственного препарата на продукты питания
Изменение терапевтической эффективности лекарственного препарата под воздействием компонентов продуктов питания	Влияние лекарственных препаратов на процесс пищеварения
Изменение токсичности лекарственных препаратов под воздействием компонентов продуктов питания	Влияние лекарственных препаратов на состояние ЖКТ

Для достижения цели было разработано 2 анкеты для фармацевтических работников и населения, в анкетировании приняло участие 120 респондентов р.п. Степное Озеро и р.п. Благовещенка



Рисунок 1 – Анализ анкетных данных

Анализ анкетных данных среди населения показал, что большая доля 55, 8% составила категория - молодые- от 25 до 44 лет, зрелые (44-60лет) - 27,5%, пожилые (60-75 лет) - 12,5%, старые (75-90 лет) – 4,2%.

Наиболее востребованными группами лекарственных препаратов среди населения р.п. Степное Озеро и р.п. Благовещенка являются НПВС, гипотензивные, антибиотики, противовирусные и антигистаминные (см. Рис 2).

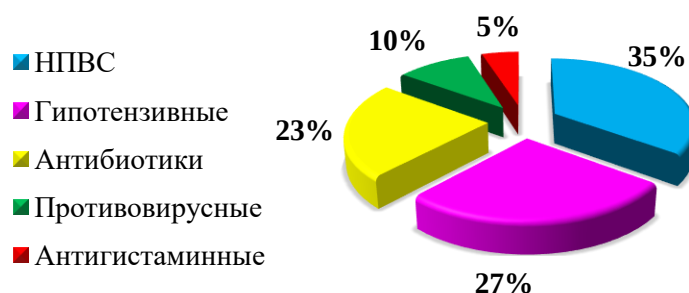


Рисунок 2 – Наиболее востребованные группы лекарственных препаратов среди населения р.п. Степное Озеро и р.п. Благовещенка

Большая доля - 60% респондентов не знают о взаимодействиях лекарственных препаратов с продуктами питания (см. Рис 3).



Рисунок 3– Информированность населения о взаимодействии лекарственных препаратов с продуктами питания

В анкетировании фармацевтических работников приняло участие 8 фармацевтических работников аптечных организаций р.п. Степное Озеро и р.п. Благовещенка.

Анализ анкетных данных показал, что 75% фармацевтических работников не консультируют о взаимодействии лекарственных препаратов при одновременном приеме с пищей. Наиболее востребованные группы лекарственных препаратов среди населения р.п. Степное Озеро и р.п. Благовещенка фармацевтические работники выделили – НПВС (60%), гипотензивные (30%) и антибиотики (10%).

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Предоставление информации о взаимодействии лекарственных препаратов при одновременном приеме между собой и (или) с пищей является обязательной частью фармацевтического консультирования и регламентируется приказом МЗ РФ от 31 августа 2016 г. N 647н "Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения".

2. Взаимодействие лекарственных препаратов с продуктами питания – важный аспект фармакологии, который необходимо учитывать для обеспечения безопасности и эффективности лечения. Пища может как увеличивать, так и уменьшать скорость абсорбции и биодоступность лекарственного вещества из желудочно-кишечного тракта. Взаимодействие медикаментов с пищей может снизить эффективность проводимой терапии и повысить вероятность развития побочных эффектов, особенно у пациентов из групп риска и при применении препаратов с узким терапевтическим диапазоном.

3. Для достижения цели исследовательской работы были разработаны анкеты для населения и фармацевтических работников. В анкете приняло участие 120 респондентов р.п. Степное Озеро и р.п. Благовещенка, а также 8 фармацевтических работников аптечных организаций данных населенных пунктов. Анализ анкетных данных показал, что, наиболее востребованными группами лекарственных препаратов среди населения р.п. Степное Озеро и р.п. Благовещенка являются НПВС, гипотензивные, антибиотики, противовирусные и антигистаминные. Большая доля респондентов не знают о взаимодействиях лекарственных

препаратов с продуктами питания, и фармацевтические работники не предоставляют им данную информацию.

Таким образом **НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ** (ацетилсалициловая кислота, ибупрофен, мелоксикам, нимесулид, кеторолак и др.) **не рекомендуется употреблять:**

- с кислыми и острыми продукты, цитрусовые. В такой комбинации растёт риск поражения слизистой оболочки желудка. Например, обезболивающие типа аспирина (ацетилсалициловой кислоты) в сочетании с лимоном или апельсином опасны риском образования эрозии;

- копчёности. Одновременное попадание в организм обезболивающих лекарственных средств и копчёностей приведёт к снижению терапевтического эффекта лечения.

- алкогольные и любые спиртосодержащие напитки. Это связано с усилением токсического влияния на печень.

Продукты, которые **рекомендуется употреблять с НПВС:**

1. Молочные продукты: обезжиренное молоко, йогурт, творог. Они могут помочь защитить слизистую оболочку желудка.

2. Фрукты и овощи: яблоки, бананы, морковь, брокколи. Они богаты клетчаткой и антиоксидантами, что может поддерживать общее здоровье.

3. Нежирные белковые продукты: постное мясо, рыба, яйца, бобовые. Они обеспечивают организм необходимыми питательными веществами [4].

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ

При приеме гипотензивных препаратов (ингибиторы АПФ - эналаприл, каптоприл, лизиноприл, фозиноприл, рамиприл, периндоприл) важно учитывать, какие продукты могут влиять на их эффективность и безопасность. Продукты, которые **можно употреблять:**

1. Ягоды: могут поддерживать здоровье сердечно-сосудистой системы.

2. Цельнозерновые продукты: эти продукты содержат клетчатку и помогают поддерживать нормальный уровень сахара в крови.

3. Молочные продукты: они содержат кальций, который может быть полезен для сердечно-сосудистой системы.

5. Специи и травы: чеснок, имбирь и куркума могут иметь гипотензивные свойства и способствовать улучшению кровообращения.

Продукты, которые лучше избегать. Бананы: Содержат калий, который может вызвать передозировку калия

1. Соль и соленые продукты: избыточное потребление соли может повышать артериальное давление. Следует избегать консервов, солений и фастфуда.

2. Алкоголь: употребление алкоголя может влиять на уровень артериального давления

3. Кофеин: кофе и крепкий чай могут временно повышать артериальное давление, поэтому их потребление следует ограничить.

4. Грейпфрут и грейпфрутовый сок: могут взаимодействовать с гипотензивными препаратами, увеличивая их концентрацию в крови и повышая риск побочных эффектов [5].

АНТИБИОТИКИ

Взаимодействие антибиотиков с пищей может существенно влиять на их эффективность и усвоение. Основные аспекты, которые стоит учитывать:

1. Молочные продукты: антибиотики, такие как тетрациклины и некоторые фторхинолоны (например, цiproфлоксацин), могут связываться с кальцием, содержащимся в молочных продуктах, что снижает их эффективность.

2. Алкоголь: алкоголь может взаимодействовать с антибиотиками, снижая их эффективность и увеличивая риск побочных эффектов.

3. Кислые продукты: антибиотики, такие как ампициллин, могут быть менее эффективными при приеме с кислой пищей (например, соком цитрусовых).

4. Пробиотики (йогурт, кефир): рекомендуется принимать пробиотики через несколько часов после антибиотиков, чтобы избежать их взаимодействия.

Продукты, которые можно употреблять с антибиотиками:

1. Фрукты (кроме цитрусовых) и овощи: они богаты витаминами и минералами, которые поддерживают иммунную систему.

2. Нежирные белковые продукты: белок необходим для восстановления тканей и поддержания иммунитета.

4. Орехи и семена: они богаты полезными жирами.

Продукты, которые **не рекомендуются**: сыр, молоко, сливки, сливочное масло, тофу, капуста кале и семена чиа, цитрусовые соки из них (апельсин, грейпфрут), газированные напитки, шоколад, томатные изделия, кофеин [3].

ПРОТИВОВИРУСНЫЕ

Можно и рекомендуется совмещать:

Обильное питье воды — способствует быстрому всасыванию и выведению препарата, а также уменьшает риск раздражения желудка.

Фрукты и овощи — особенно богатые витамином С (киви, болгарский перец), которые могут поддержать иммунитет во время лечения.

Что избегать или ограничивать:

Молочные продукты — поскольку они могут снижать всасывание противовирусных препаратов (например, интерферонов или ацикловира), связываясь с ними и образуя нерастворимые комплексы.

Кислые напитки и соки — например, апельсиновый сок, могут повышать кислотность желудочного сока и влиять на всасывание препаратов.

Алкоголь — его употребление категорически не рекомендуется, так как он снижает эффективность противовирусных средств и увеличивает риск побочных эффектов [6].

АНТИГИСТАМИННЫЕ (димедрол, супрастин, лоратадин, диазолин, цетиризин и т.д.)

Антигистаминные препараты могут взаимодействовать с определенными продуктами питания.

1. С молочными продуктами: антигистаминные могут вызывать сонливость.

2. Лучше избегать сочетания антигистаминных с алкоголем, так как это может усилить седативный эффект.

3. С соками (например, грейпфрутовым): Грейпфрут может влиять на метаболизм лекарственных средств

4. С едой, богатой клетчаткой: орехи, семена чиа. Это может помочь улучшить пищеварение и уменьшить возможные побочные эффекты[7].

Список использованных источников

1. Приказ Минздрава России от 31.08.2016 N 647н "Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения".

2. Кирилук, А. А. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики/ Кирилук. А. А, Петрище Т. Л.// Особенности влияния пищевых продуктов и их компонентов на фармакологическую активность лекарственных средств. – 2017.- №1.- С.51–64.

3. MedAboutMe медицинский журнал [электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://medaboutme.ru>. – Заглавие с экрана, - (Дата обращения: 14.02.2025).

4. Кудрин А. Н. Медицина / Кудрин А. Н // Кудрин А. Н. . Рациональное применение лекарств: книга / Кудрин А. Н, Пономарев В. Д , Макаров В. А. – М. – С. 50-60.

5. Журнал «Катрен Стиль» [электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.katrenstyle.ru>. – Заглавие с экрана, - (Дата обращения: 17.04.25).

6. Журнал «Аптеки Гоздрав» [электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://gorzdrav.org.ru>. – Заглавие с экрана, - (Дата обращения: 25.01.25).

7. Ремедиум медицинский журнал [электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://remedium.ru>. – Заглавие с экрана, - (Дата обращения: 03.03.25).

8. Ю.Б. Белоусов, К.Г. Гуревич, Электронный журнал «Фарматека» для практикующих врачей, взаимодействия лекарственных препаратов с пищей, [электронный

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ ПОСРЕДСТВОМ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ

Уханова Ольга Сергеевна
Руководители: Бедная Надежда Николаевна
Пащенко Наталья Владимировна
БПОУ ОО «Медицинский колледж»

Актуальность темы. В последние годы существует тенденция к ухудшению уровня здоровья детей младшего школьного возраста. По приходу юных школьников в общеобразовательные учреждения, показатели здоровья прогрессивно снижаются, из-за влияния неблагоприятных факторов, а также школьных факторов риска. Высокая распространенность нарушений осанки чаще всего проявляется в виде сутулости. Дети, имеющие первые признаки сутулости, как правило, страдают плохим зрением, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, пищеварения и отмечается повышенная утомляемость и плохим самочувствием.

При данной патологии происходит ухудшение рессорной функции позвоночника, болевые ощущения в суставах и мышечные спазмы, что негативно влияет на общее состояние детского организма, ограничивая его физиологические возможности.

Одним из методов коррекции нарушений осанки у детей является кинезиотейпирование. Преимуществами данного метода является неинвазивность, пролонгированность, персонализированный подход к коррекции, а так же комбинации с различными методами, такими как лечебная гимнастика, физиотерапия, мануальная терапия.

Данный проект проходит в рамках реализации эффективной государственной политики по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации в рамках стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг который включает в себя разработку мер по повышению двигательной активности, которая представляет собой важнейшее условие поддержания здоровья граждан, включая: развитие лечебной физкультуры и физической культуры, направленной на поддержание здоровья с опорой на имеющиеся в этой области разработки российских учёных и мировой опыт.

Цель исследования: Оценить эффективность методики кинезиотейпирования в сочетании с лечебной гимнастикой в восстановлении осанки у детей 9-10 лет.

Задачи исследования:

1. Провести анализ научно-методической литературы по физической реабилитации 9-10 лет с нарушением осанки.
2. Совершенствовать методику лечебной гимнастики для детей 9-10 лет с нарушением осанки посредством кинезиотейпирования.
3. Оценить влияние лечебной гимнастики с кинезиотейпированием на состояние опорно-двигательного аппарата у детей 9-10 лет с нарушением осанки.

Объект исследования: реабилитация детей 9-10 лет с нарушением осанки.

Предмет исследования: методика применения кинезиотейпирования у детей 9-10 лет с нарушением осанки.

Методы исследования:

1. Анализ научно - методической литературы;
2. Тестирование физической подготовленности (для выявления степени развития гибкости и подвижности в суставах использовались следующие наиболее информативные тесты: статическая выносливость мышц брюшного пресса, статическая выносливость мышц спины – для определения подвижности позвоночника);
3. эксперимент;

4. Методы математической статистики.

Анализ научно - методической литературы.

В обзоре научно-методической литературы дана характеристика анатомо-физиологических особенностей опорно-двигательного аппарата детей 9-10 лет, описаны методики проведения гимнастики и её влияния на опорно-двигательного аппарат. Было изучено 11 литературных источников отечественных и зарубежных авторов.

Диагностическое исследование.

В связи с тем, что нарушения осанки чаще всего формируется в младшем школьном возрасте, особое значение для эффективной профилактики и ранней коррекции имеет выявление «группы риска» по нарушению осанки среди детей раннего школьного возраста.

Педагогический эксперимент

Исследование было направлено на определение эффективности применения методики восстановления осанки у детей 9-10 лет посредством кинезиотейпирования на занятиях физической культуры, способствующей коррекции осанки у школьников начальных классов.

Методы математической статистики.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы MicrosoftExcel. Методами вариационной статистики рассчитывалось среднее значение.

Результаты исследования. Исследование проводилось на базе СОШ №7 г. Омска с сентября 2024 по февраль 2025 гг. В исследовании принимали участие 30 школьников. На начальном этапе мы совместно с медицинской сестрой школы провели осмотр детей на предмет наличия нарушений осанки. Структура распределения нарушений осанки представлена на слайде. Из таблицы мы видим, что наибольшее количество школьников имеют сутулую спину. Это и являлось основанием для проведения исследования. Нами были сформированы 2 группы: контрольная и экспериментальная состоящие по 5 детей в каждой группе с нарушением осанки (сутулая спина).

Дети занимались в зале лечебной гимнастикой общей группой 10 человек, для экспериментальной группы (5 человек) перед занятиями проводилось кинезиотейпирование. Занятия проводились 2 раза в неделю по 45 минут. Курс ЛФК составлял 22 дня

Структура нарушения осанки у школьников начальных классов представлена в таблице № 1.

Таблица № 1 Структура нарушения осанки у школьников начальных классов

Вид патологии	Сутулая спина	Плоско-вогнутая спина	Сколиоз	Без патологии ОДА
Количество человек	0			15

Методика восстановления осанки у детей 9-10 лет посредством кинезиотейпирования ставила перед собой следующие задачи:

- укрепить глубокие мышцы спины;
- растянуть передние связки грудного отдела позвоночника;
- увеличить подвижность в грудном отделе позвоночника;
- укрепить мышцы, удерживающие лопатки в правильном положении;
- укрепить мышцы, увеличивающие наклон таза вперед (сгибатели тазобедренных суставов).

Перед началом занятий детям экспериментальной группы накладывались тейпы на срок от 3 до 5 дней. Для решения поставленных задач использовалась корригирующая гимнастика, которая обеспечивала общую и силовую выносливость мышц шеи, плеч, рук, груди, спины, живота и ног. Применялись упражнения, которые позволяли уравновесить силу мышц правой и левой стороны туловища для достижения симметричности его развития. Во время выполнения физических упражнений слабые мышцы подвергались большей нагрузке и тренировались интенсивнее сильных мышц, что помогло сформировать у детей

правильный мышечный корсет, который поддерживает позвоночник в правильном положении.

В процессе исследования корректировался объем и интенсивность физической нагрузки на отдельные органы, системы и мышечные группы, постепенность и последовательность ее повышения и снижения; проводилась нервно-мышечная релаксация, которая состояла из серии упражнений, направленных на напряжение и последующее расслабление определённых мышечных групп с целью достижения состояния глубокого расслабления, снятия мышечного напряжения и усталости. Характерной чертой каждого упражнения являлось чередование сильного напряжения и быстро следующего за ним расслабления соответствующей мышечной группы.

Физическая нагрузка подбиралась в зависимости от физической подготовленности детей. Для обеспечения максимального результата, для детей определялся двигательный режим, учитывая их функциональное состояние и уровень подготовленности к выполнению физических упражнений

Каждый месяц проводилось тестирование, для коррекции разработанной методики.

На заключительном этапе, с целью определения эффективности восстановительной программы был проведен анализ динамики показателей.

После проведенных реабилитационных мероприятий нами выявлено улучшение показателей гибкости позвоночника вперед и назад, о чем свидетельствовало повышение данного показателя, на достоверно значимом уровне ($p \leq 0,05$). Полученные данные вероятнее всего указывали на формирование мышечного корсета, способного хорошо поддерживать позвоночник.



Рис. 1. Показатели гибкости позвоночника вперед до и после реабилитации

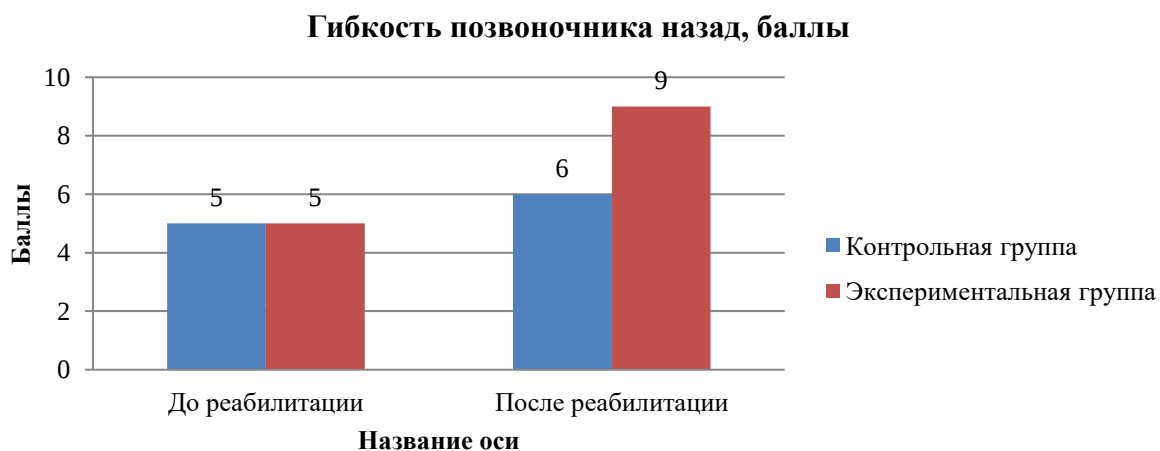


Рис. 2. Показатели гибкости позвоночника назад до и после реабилитации

Так же нами выявлено увеличение показателей силы мышц спины и брюшного пресса. Полученные данные так же свидетельствовали о формировании мышечного корсета.

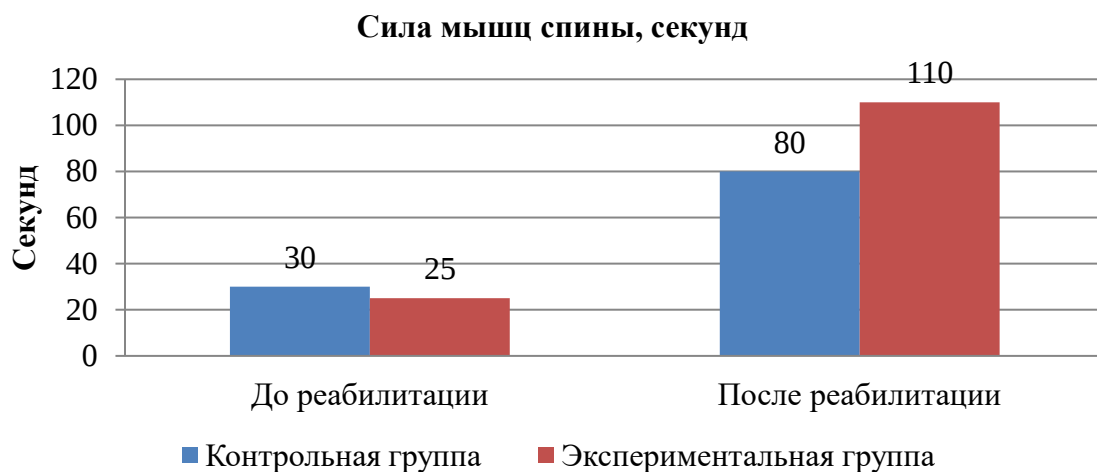


Рис. 3. Показатели силы мышц спины до и после реабилитации

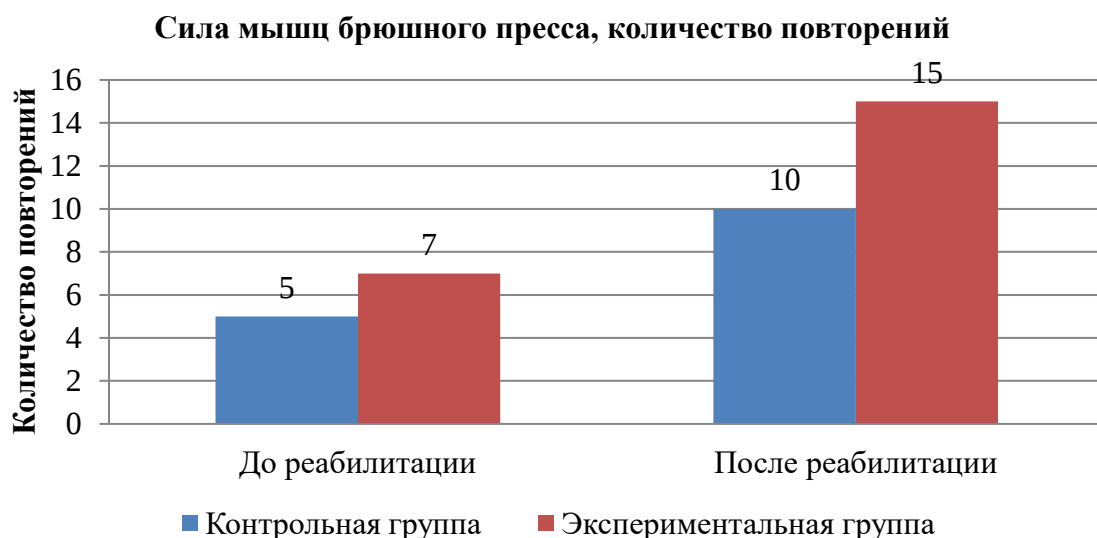


Рис. 4. Показатели силы мышц брюшного пресса до и после реабилитации

В экспериментальной группе эти показатели были выше, что свидетельствует о положительной динамике развития подвижности и силовой выносливости мышц позвоночного столба, после применения кинезиотейпирования направленного на коррекцию нарушений осанки.

По данным, приведенным на слайдах, у всех обучающихся экспериментальной группы наблюдался прирост результатов тестирования. Достоверное увеличение исследуемых данных установлено статистически.

Таким образом, можно сделать вывод об эффективности усовершенствованной нами методики посредством кинезиотейпирования по формированию и коррекции осанки обучающихся младшего школьного возраста.

Проведённое исследование позволило сделать следующие **выводы:**

Нарушения осанки является наиболее распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата у детей и подростков и относится к числу сложных и актуальных проблем современной ортопедии. По данным Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ, Министерства образования РФ, в разных регионах страны

регистрируются различные нарушения осанки у 35-65% обучающихся младшего школьного возраста.

После изучения функциональных показателей у пациентов с нарушением осанки была разработана и апробирована методика применения кинезиотейпирования в сочетании с лечебной гимнастикой у детей 9-10 лет с нарушением осанки.

Эффективность предложенной методики применения кинезиотейпирования у детей 9-10 лет с нарушением осанки доказана результатами функциональных проб. Результаты показали нам положительную динамику в изменении осанки у детей. У всех обучающихся экспериментальной группы отмечается статистически достоверный прирост показателей подвижности и выносливости мышц позвоночного столба.

Список использованных источников:

1. Основы реабилитации. ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе[Текст]: учеб. пособ. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2021. – 430с.
2. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей [Текст]: учеб. пособ. для студ. СПО. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2022. – 475 с.
3. Алексеева, Л. М. Комплексы детской общеразвивающей гимнастики/ Л. М. Алексеева.- Ростов н/Д: Феникс, 2020.- 208 с.
4. Двигательная реабилитация при нарушениях осанки и сколиозе : учебн.-метод. реком. / авт.-сост. Л. А. Скиндер, А. Н. Герасевич ; под ред. А. Н. Герасевича. – Брест : БрГУ им. А.С. Пушкина, 2020. – 36 с.
5. Епифанов, В.А. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника / В.А. Епифанов. – М. : Медицина, 2022. – 109 с.
6. КиберЛенинка: науч. электрон.библиотека: (сайт). – URL: <https://cyberleninka.ru://window.edu.ru/> (дата обращения: 02.04.2025).

ПРОБЛЕМА ПЕРВИЧНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хабарова Ирина Павловна,

Сагалакова Екатерина Гавриловна

*Руководитель: Киселева Светлана Владимировна
КГБПОУ «Дивногорский медицинский техникум»*

Гипертоническая болезнь или артериальная гипертензия (ГБ, АГ) является одной из наиболее значимых проблем современного общества. По данным Всемирной Организации Здравоохранения сердечно-сосудистые заболевания, к которым она относится, стоят на первом месте по летальности [2].

Несмотря на опасность повышенного давления, около 580 миллионов гипертоников не догадываются о своем заболевании, потому что никогда не проходили диагностику. Это показало недавнее масштабное исследование Всемирной организации здравоохранения [2]. К сожалению, многие больные даже не знают, что у них повышенное артериальное давление; другие знают, но относятся к этому легкомысленно и не желают лечиться, потому что нормально себя чувствуют; третьи лечатся, но неправильно и нерегулярно. Однако, гипертоническую болезнь недаром называют «молчаливым убийцей». Многие годы она повреждает сердце и сосуды и, если не проводить своевременное и грамотное лечение, необратимо ведет свою жертву к инсульту, инфаркту, слепоте, почечной недостаточности, слабости сердечной мышцы. Такие осложнения гипертонической болезни делают больного инвалидом или даже являются причиной смерти. Распространению гипертонии способствует также то, что, несмотря на доступность профилактических осмотров в России, многие пациенты не могут или не хотят проходить медицинские осмотры и диспансеризацию, в ходе которых и обнаруживается зачастую ГБ. В рамках национального проекта «Здравоохранение» в 2018 году в России был утвержден федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», который еще раз подчеркивает актуальность

данного исследования.

Цель исследования – проанализировать современные взгляды на качество жизни больных с ГБ и найти оптимальные пути выявления пациентов с ГБ.

Объект исследования: пациенты с ГБ.

Предмет исследования: отношение к своему здоровью у пациентов с ГБ.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Статистический метод (сбор и обработка статистических данных).

Гипертоническая болезнь (ГБ, АГ) – это хроническое, патологическое заболевание, которое проявляется стойкой и продолжительной систолодиастолической гипертензией, в развитии которой имеют значение дисфункция центральной нервной и нейроэндокринной систем, генетическая предрасположенность, а также мембрано-рецепторная патология, приводящее к структурной перестройке сосудов, сердца и почек [1].

Гипертоническая болезнь зачастую поражает и молодое поколение, и пожилых людей, что ведет к длительной нетрудоспособности, инвалидности и летальности. Основными причинами, отягощающими артериальную гипертензию, является злоупотребление алкоголем, табакокурение, несбалансированное питание, гиподинамия. К сожалению, многие не знают этиологию и патогенез данного заболевания и без санитарно-просветительских работ количество заболевших будет расти [3].

Факторы риска возникновения гипертонической болезни:

1. Наследственность.
2. Пол.
3. Возраст.
4. Стрессы.
5. Избыток соленой пищи.
6. Вредные привычки
7. Гиподинамия.
8. Ожирение.

Осложнениями ГБ могут быть: гипертонический криз, заболевания сердца (ишемическая болезнь сердца, атеросклероз коронарных артерий, стенокардия, инфаркт миокарда), нарушения деятельности ЦНС (энцефалопатия, инсульт), заболевания почек, нарушения зрения, сахарный диабет, нарушения эректильной функции.

Самым распространенным осложнением является гипертонический криз – осложнение, грозящее кровоизлиянием в мозг или субарахноидальное пространство. Пациенты во время гипертонического криза испуганы, возбуждены, либо заторможены, сонливы; при тяжелом течении криза могут терять сознание. На фоне гипертонического криза и имеющихся органических изменений сосудов нередко могут возникать инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения. Одна из основных причин тяжелых сосудистых катастроф у молодых пациентов – симптоматическая АГ. Полное обследование для выявления АГ, связанной с заболеваниями почек, почечных артерий, надпочечников, щитовидной железы, возможно только в специализированных центрах.

Исследовательская работа проводилась в магазинах «Хороший» и «Командор» г. Дивногорска методом измерения артериального давления. Посетителям магазинов предлагалось узнать (проверить) свое артериальное давление. Время проведения исследования (вечернее, с 16.00 до 18.00) подбиралось с целью привлечь как можно большее количества трудоспособного возраста, которым «некогда проверять свое АД». Приоритет отдавали тем, кто не знает и не контролирует свое АД. В анкету на каждого респондента заносили следующую информацию: пол, возраст пациента, вес пациентов (норма, лишний, ожирение), ответ на вопрос «Были когда-нибудь у Вас случаи повышения АД и если «Да», то что Вы предпринимали».

В результате анализа полученных данных было выявлено следующее:

– общее количество респондентов – 50 человек, в том числе 32 женщины и 18 мужчин.

– возраст респондентов – от 13 до 73 лет (в исследовании приняли участие 2 подростка возрастом 13 и 14 лет).

– повышение систолического АД выше 140 мм/рт.ст было зафиксировано у 12 респондентов (рис. 1).

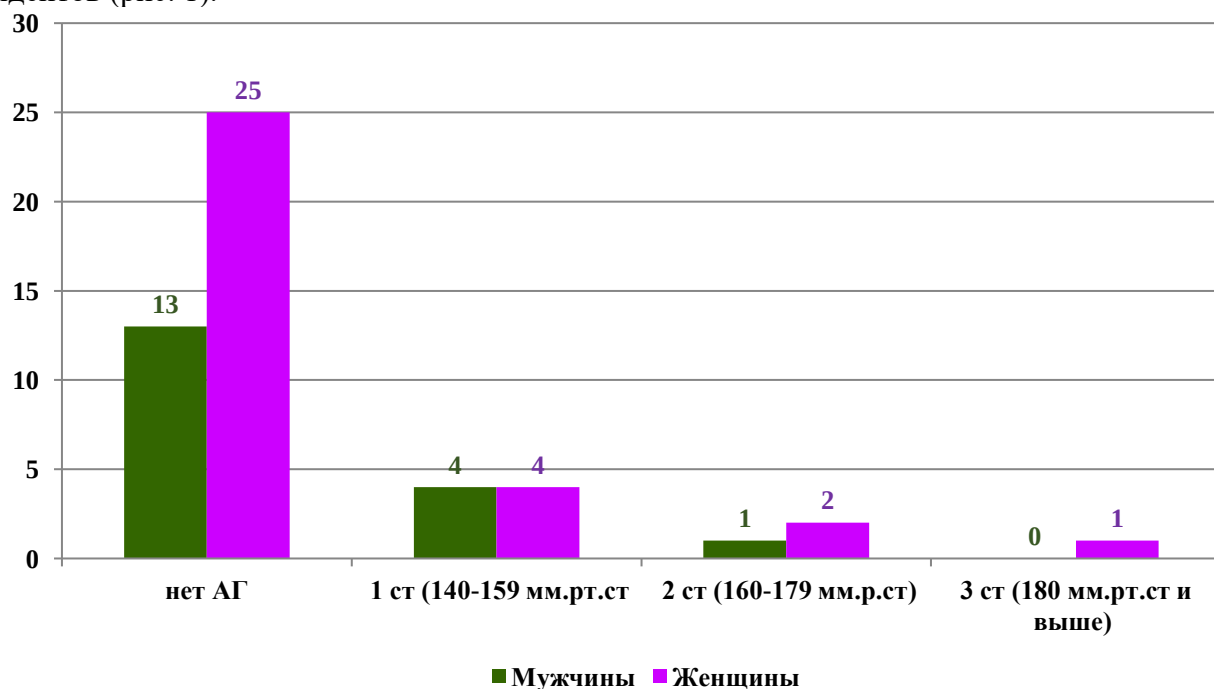


Рисунок 1 – Параметры давления у респондентов

Как видно из рисунка 1, давление в пределах 140 – 159 мм/рт.ст было отмечено у 8 человек (4 мужчин и 4 женщины). Средний возраст – 39 лет. Один из них – мальчик-подросток.

Давление в пределах от 160 до 179 мм/рт.ст отметили у 3 человек (1 мужчина и 2 женщины). Средний возраст – 58 лет.

Давление выше 180 мм/рт.ст было обнаружено у 1 человека (женщина). Возраст – 49 лет. Ее давление – 205/118 при первом измерении, при втором (через пять минут) – 199/16 и при третьем – 185/108 (через 30 минут после приема препарата). Женщина оказалась сотрудником магазина, отказалась вызывать скорую помощь, «нашла» у покупателей таблетку препарата «капотен», приняла ее внутрь и осталась на работе.

Доля пациентов с давлением выше 140, 160 и 180 мм/рт.ст составила соответственно 16 %, 6 % и 2 %, а общая доля предполагаемых «гипертоников» - 24 % от всех исследуемых лиц.

Повышение АД никто из респондентов не чувствовал, головных болей почти не испытывали и ничего в своем самочувствии их не настораживало. Указанным лицам было настоятельно рекомендовано начать вести дневник домашнего мониторинга АД и в ближайшее возможное время обратиться к терапевту или фельдшеру.

Также рекомендации по отслеживанию своего АД были выданы лицам с высоким нормальным АД, показатели которых приближались к первой степени АГ (АД от 134 до 139 мм/рт.ст.). Такими лицами оказались 4 человека (8 %), средний возраст которых составил 33 года. Эти лица являются потенциальными пациентами с АГ, которые в будущем могут стать нагрузкой для системы здравоохранения, страховых компаний и общества, если не предпримут определенные меры по профилактике повышения АД.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. 24 % респондентов трудоспособного населения имеют артериальную гипертензию (как симптом!) разной степени. В основном – первой степени, но имеются и лица с 3 степенью.

2. Повышение АД часто протекает бессимптомно, что очень опасно, т. к. не сигнализирует своему хозяину об имеющейся опасности.

3. Средний возраст пациентов с начальной артериальной гипертонией – 38 лет, с «предгипертонией» – 33 года. Из литературных источников известно, что АГ напрямую связана с избыточным весом, но в данном исследовании такую зависимость установить не удалось.

4. Женщины охотнее подвергались исследованию по сравнению с мужчинами. Предположительно это связано с их более ответственным отношением к своему здоровью.

5. Большая часть покупателей магазинов отказывались от измерения АД, мотивируя это нехваткой времени, нежеланием расстраиваться, нерешительностью действий после возможного обнаружения высоких цифр АД и т.д. Это говорит о низком уровне ответственности большинства посетителей магазинов за свое здоровье.

6. За 4 часа исследования мы выявили 16 человек, чье АД представляет опасность для их здоровья. Чем раньше выявляются такие пациенты, тем легче будет их лечение и реабилитация. Для дальнейшего развития выявления мы предлагаем установить стационарные тонометры (желательно запаянные) в местах наибольшего скопления людей. Они могут быть установлены как с сопровождением медицинского сотрудника (например, два часа в день), так и без него (может прилагаться краткая инструкция по работе и дальнейшим действиям).

Список литературы и источников:

1. Артериальная гипертония у взрослых (2020). Клинические рекомендации МЗ РФ. [Электронный ресурс]. URL: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/62> (дата обращения 05.03.2024).

2. Всемирная организация здравоохранения [Официальный сайт]. Гипертония – URL: https://www.who.int/ru/health-topics/hypertension#tab=tab_1 (дата обращения 02.02.2024).

3. «Встречается уже после 20 лет». Почему помолодела гипертония? [Электронный ресурс]. – URL: <https://mag.103.by/topic/110203-vstrechajetsya-uzhe-posle-20-let-pochemu-pomolodela-gipertonija/> (дата обращения: 05.03.2024).

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Цыганкова Екатерина Владимировна

Григорьева Светлана Антоновна

Логинова Анна Олеговна

Научные руководители: Тезов Андрей Адольфович

Микенин Николай Николаевич

КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»

Высокая частота возникновения респираторных заболеваний у детей представляет собой серьезную проблему для педиатрии и общества в целом.

Постоянные болезни приводят к росту числа больничных, ухудшению материального положения семей, снижению качества жизни детей и, как следствие, общему ухудшению здоровья подрастающего поколения – будущего страны. Количество часто болеющих детей (ЧБД) год от года становится все больше, все чаще в данной группе детей отмечаются, как следствие, хронические заболевания с выходом на инвалидизацию (заболевания почек, бронхиальная астма и т.д.).

Особенный рост острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), как правило, отмечается с наступлением осенне-зимнего сезона и началом обучения. В этот период у школьников возникают перегрузки, нарастает утомление, увеличивается количество контактов в коллективах, и дети заболевают чаще.

Наиболее высокая заболеваемость респираторными инфекциями отмечена в детских организованных коллективах у детей дошкольного и младшего школьного возраста, пик

заболеваемости приходится на первые годы посещения детских дошкольных учреждений.

Детей с частыми эпизодами ОРВИ принято выделять в особую группу диспансерного наблюдения — группу ЧБД и рассматривать их как угрожаемых по формированию рецидивирующих и хронических форм бронхолегочных заболеваний.

Основным критерием отношения ребенка к категории ЧБД является частота заболеваний:

- у детей первого года жизни это 4 и более ОРВИ в год;
- с 1 года до 3 лет — 6 и более ОРВИ в год;
- с 3 до 5 лет — 5 и более;
- с 5 до 6 лет — 4 и более;
- старше 6 лет — 3 и более ОРЗ в год.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе 10 участка 7 Детской поликлиники г. Барнаула. Всего было исследованы амбулаторные карты 392 детей в возрасте от 4 до 10 лет, т.к. это основной контингент часто болеющих детей.

Результаты: Дети, состоящие на учете на участке, были разделены на 2 возрастные группы:

- Дошкольного возраста, от 4 до 6 лет. Их количество составило 102.
- и Младшего школьного возраста, от 7 до 10 лет. Их количество составило 292.

Было установлено, что среди детей Дошкольного возраста к группе ЧБД можно отнести 80 детей, что составляет 78% от общего количества. А среди детей младшего школьного возраста часто болеющих было выявлено 102 ребенка, что составило 35% от общего количества в группе (диаграмма 1).

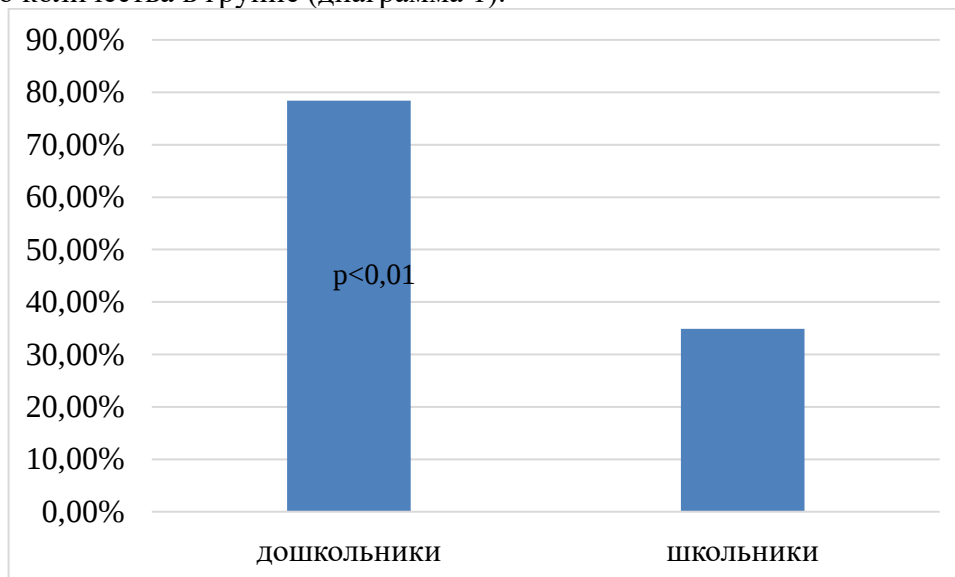


Рисунок 1 - Доля (%) ЧБД в различных возрастных группах

Таким образом, результаты исследования показывают, что после начала обучения в младших классах доля детей часто болеющих ОРВИ значительно снижается (с достоверностью более 99,9%).

Важное значение в предотвращении заболеваний дыхательных путей у детей имеет специфическая вакцинопрофилактика. Национальный календарь прививок включает в себя вакцины, защищающие от различных инфекций, вызывающих заболевания дыхательных путей. Благодаря этому календарю, дети получают вакцины, которые снижают риск заражения и развития таких болезней, как грипп, пневмококковая инфекция, коклюш, дифтерия, корь.

Вакцинация формирует иммунитет, снижая вероятность развития острых респираторных инфекций и их осложнений, что положительно сказывается на здоровье детей и общественном здравоохранении в целом.

В этой связи были исследованы особенности вакцинации часто болеющих детей.

Было установлено, что среди обследованных детей 100% полностью прошли вакцинацию в соответствии с национальным календарем прививок.

Таким образом, можно утверждать, что частые заболевания ОРВИ не препятствуют вакцинации ребенка.

Для исследования эффективности сезонной вакцинации против гриппа нами были изучены амбулаторные карты часто болеющих детей: дошкольного возраста в количестве 30 и 40 карт детей младшего школьного возраста.

Было установлено, что вакцинацию от гриппа в обеих возрастных группах прошли по 17 детей, что соответствует 57% и 42,5% соответственно (Диаграмма 2).



Рисунок 2 - Количество детей, имеющих вакцину против вируса гриппа.

Результаты показывают, что среди школьников процент вакцинированных от гриппа незначительно ниже, чем среди дошкольников, что в целом соответствует динамике заболеваний ОРВИ и гриппом в этих возрастных группах.

Выводы и рекомендации:

Результаты исследования, указывающие на значительное снижение доли часто болеющих детей при взрослении, в целом соответствуют литературным данным.

Существует несколько причин столь высокой подверженности респираторным инфекциям у детей младшей возрастной группы. С одной стороны - это высокая степень контактов со сверстниками в детском саду. А с другой – достаточно медленное, только к 5–8 годам, созревание противоинфекционного иммунитета, который очень зависим от окружающей среды.

Таким образом, иммунитет ребенка полностью оформляется как раз к младшим классам школы. В результате школьники по сравнению с дошкольниками уже имеют более зрелую и устойчивую иммунную систему, способную лучше справляться с инфекциями, циркулирующими в сезон. Поэтому потребность в дополнительной сезонной иммунизации у школьников ниже, чем у дошкольников.

Более эффективному становлению иммунной системы у детей в возрасте от 4 до 6 лет и, конечно, оздоровлению часто болеющих детей могли бы способствовать профилактические мероприятия, в основе которых лежат немедикаментозные методы. Дополнительно к стандартному режиму дня и питания в детском саду такой комплекс может включать лечебную физкультуру, закаливание, галотерапию и, конечно, исключение пассивного табакокурения в семье.

В заключении необходимо отметить, что комплекс предложенных мероприятий не является универсальным. Каждый ребенок уникален, поэтому необходимо использовать индивидуальный подход при выборе оздоровления маленьких пациентов.

Список использованных источников

1. Мамаева М.А. «Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления (методическое пособие для врачей-педиатров)». – СПб: Издательский Дом СТЕЛЛА, 2011. – 60 с.

2. Морозов С.Л. Часто болеющие дети. Современный взгляд педиатра. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;8:7–9
3. М.Н. КАНКАСОВА, О.Г. МОХОВА, О.С. ПОЗДЕЕВА «Практическая медицина», №09 (14), 2014 г. — рецензируемый специализированный научно-практический журнал для широкого круга врачей и научных работников.
4. Т.В. Казюкова, Г.С. Коваль, Г.А. Самсыгина, Н.Н. Шевченко, В.К. Котлуков, И.В. Панкратов, Т.А. Дудина «Часто болеющие дети: современные возможности снижения респираторной заболеваемости».

УГЛЕВОДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

*Автор: Юрьева Таисия Евгеньевна
Руководитель: Михеева Светлана Николаевна
КГБПОУ «Барнаульский базовый медицинский колледж»*

Одной из эпидемий XXI века ученые считают аддиктивное или зависимое поведение - навязчивом влечении к чему-либо для получения удовольствия. Отдельно выделяют углеводную зависимость - «обман языка и аппетита» - одержимое, бесконтрольное употребление простых, быстрых сахаров.

По данным ВОЗ, пищевая зависимость формируется по механизму, схожему с механизмом развития наркотической зависимости, так как сахар влияет на те же зоныощерения в мозгу, на которые влияют наркотики. Такого же мнения придерживаются и российские диетологи., подтверждая это в исследованиях на животных и людях. Сахар, повышая уровень дофамина в организме, способствует улучшению настроения. Чем чаще человек ест сладкое, тем меньше этот эффект и приходится постоянно наращивать «дозу» сладкого. Также простые углеводы ненадолго снимают стресс на физиологическом уровне, что приводит к развитию углеводной зависимости при хроническом стрессе. Длительная зависимость от сладкого наносит вред организму в виде снижения иммунитета, синдрома хронической усталости, хронического синусита, спастического колита и синдрома раздражённого кишечника, аутоиммунных заболеваний, метаболического синдрома с повышенным уровнем холестерина и гипертонией, гормональных нарушений, болезни сердца. Таким образом, углеводная зависимость на сегодняшний день является очень актуальной проблемой.

С целью выявления углеводной зависимости у населения Алтайского края была проведена исследовательская работа и создание опросника для определения уровня зависимости. Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи:

5. Анализ роли углеводов в жизни современного человека.
6. Анализ проблемы сахарной зависимости у городского и сельского населения Алтайского края
7. Анализ влияния злоупотребления сахаром на здоровье
8. Создание опросника для определения уровня сахарной зависимости.
9. Разработка рекомендаций по преодолению сахарной зависимости

Гипотезой настоящей работы стало предположение о том, что злоупотребление сахаром оказывает влияние на здоровье современного человека.

Материалы и методы

В работе использовались методы: социологический; логического и сравнительного анализа и статистические методы.

Результаты

На основе данных научных исследований и оперативных данных Росстата по результатам выборочного наблюдения рациона питания населения за 2023 год увеличилась доля населения, ограничивающая сахар и выбирающая продукты для снижения веса.

Установлено, что потребление моно- и дисахаров, крахмалов и пищевых волокон мужчинами превышает потребление женщинами во всех возрастных категориях населения

Российской Федерации, независимо от местности проживания. Потребление Сахаров с возрастом снижается у всех категорий населения во всех Федеральных округах. Сельские жители Российской Федерации по сравнению с городским населением больше потребляют натуральных крахмалосодержащих пищевых продуктов и пищевых волокон в среднем на 20%. Но несмотря на положительные данные Росстата по снижению уровня употребления простых углеводов, среднестатистический россиянин в год съедает 31 кг сахара вместо допустимых 24 кг. Органы здравоохранения отмечают рост заболеваний, одним из факторов риска для которых является злоупотребление сахаром: кариес, акне, ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, остеопароз, преждевременное старение.

Анализ результатов проведенного анкетирования респондентов, представленных 120 городскими жителями и 121 сельскими в возрасте от 18 до 69 лет методом случайной выборки показал, что к повышенному уровню употребления чистого сахара субъективно себя относит 47% (58 чел) городских жителей и 31% (38 чел) сельских. Полученные данные представлены на диаграмме ниже

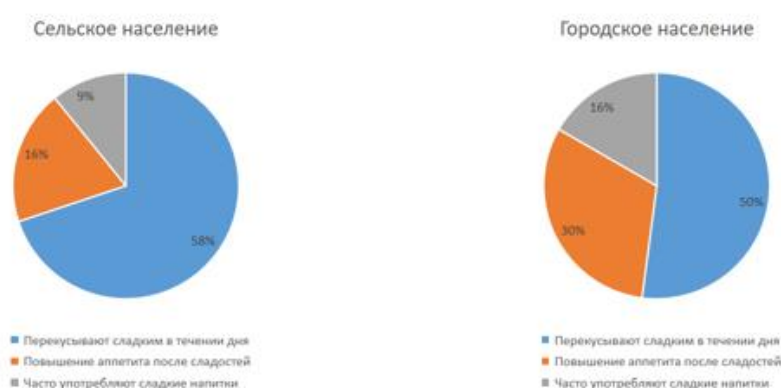


Рисунок 1. Признаки повышенного употребления простых углеводов

Таким образом, у населения выявлены следующие признаки повышенного употребления простых углеводов: перекусы сладким в течение дня на первом месте в обеих группах респондентов, но чаще перекусывают жители села, а также повышение аппетита после сладкого, частое употребление сладких напитков. Существует расхождение между самооценкой потребления сладкого и фактическими данными, указывающими на более широкое распространение этой проблемы. 38 сельских жителей и 58 городских признают собственное злоупотребление сладким, но в числе тех, кто по собственному мнению не страдает повышенным употреблением сладкого также выявлены признаки, доказывающие обратное.

В ходе работы были проанализированы основные причины «любви» к сладкому: у городского населения нервное напряжение 50% (61чел), для повышения бодрости и радости 46% (56 чел), возрастание потребности в сахара во время менструации 38% (47 жен), замена сахаром другой зависимости 15% (19 чел): а для сельского для повышения бодрости и радости 36% (43 чел), возрастание потребности в сахара во время менструации 26% (32 жен), нервное напряжение 23% (28чел), замена сахаром другой зависимости 17% (20 чел). Проведя анализ причин повышенной любви к сахару можно сделать вывод, что основной причиной тяги к сладкому является прилив бодрости и хорошее настроение. Сладкие продукты помогают им «заесть» плохое настроение, печаль и компенсировать недостаток любви, а их самооценка или работоспособность становятся реально зависимыми от вовремя съеденной конфеты или пирожного.

Следующий блок вопросов отражает наличие проблем со здоровьем, где фактором риска могло послужить повышенное употребление углеводов. Результаты отражены на диаграммах.



Рисунок 2. Наличие заболеваний

Во обеих группах злоупотребление сладким приводит к развитию ряда заболеваний, но основными являются: проблемы кожи у городских 38% (46 чел) и 41% (50 чел) сельских, кариес зубов 33% (40 чел) и сельских 38% (46 чел), патологии суставов у городских 21% (26 чел), сельских 25% (30 чел) и наличие дефицита витаминов группы В у городских жителей 10,5% (13 чел) и 21% (25 чел) сельских.

В ходе исследования было установлено, что респонденты и сельские и городские, принявшие участие в анкетировании имеют поверхностные знания о нормах уровня контроля за нарушением углеводного обмена. Большинство респондентов считают, что знают норму потребления сахара в сутки, но при этом никто не смог указать его количество. Полученные данные подтверждают актуальность проблемы повышенного употребления сахара.

Учитывая, расхождение полученных в ходе исследования данных пациентов между самооценкой и действительного употребления сладкого, сделан вывод о необходимости создания опросника с целью определения уровня сахарной зависимости - (сайт). Для участников опроса, с выявленным злоупотреблением простых углеводов разработаны рекомендации по преодолению зависимости.

Выводы

1. Проблема зависимости от простых углеводов является актуальной для городского и сельского населения Алтайского края.
2. В ходе проведенного исследования получено подтверждение о возможном влиянии злоупотребления сахаром на здоровье
3. В результате проведенного исследования создан опросник для определения сахарной зависимости на сайте <https://onlinetestpad.com/wnpu64deldczu>
4. При выявлении наличия повышенного употребления простых углеводов разработаны рекомендации по её преодолению.

Заключение

Наличие зависимости от употребления простых углеводов влияет на уровень здоровья населения Алтайского края, что подтверждает актуальность проблемы в современном обществе. Расхождение между самооценкой потребления сладкого и фактическими данными, привело к необходимости создания опросника по выявлению индивидуального уровня сахарной зависимости.

Автором предложены конкретные рекомендации по преодолению сахарной зависимости, что позволит начать борьбу по ее преодолению и улучшить качество жизни, укрепляя, как психологическое, так и физическое здоровье граждан.

Данная работа выполнена, опросник и рекомендации вызвали интерес у населения и прошли испытание на практике. Планируется более широкое их использование для населения Алтайского края.

Список использованных источников

1. Грошенкова В.А. Влияние пищевой зависимости на психическое состояние человека. В. А. Грошенкова, О. А. Шлепова. В сборнике: Жизненные траектории личности в современном мире: социальный и индивидуальный контекст. Сборник статей I Международной научно-практической конференции. Сост. Т.Е. Коровкина, отв. редакторы Т.Н. Адеева, С.А. Хазова. Кострома, 2021. С. 33-36.
2. Пчелкина Е.П. Проблема распространенности пищевой зависимости. Е. П. Пчелкина, А. С. Васьковская. В сборнике: Наука и образование: отечественный и зарубежный опыт. Международная научно-практическая конференция: сборник статей. 2022. С. 307-311.
3. Славная Екатерина Ильинична. Углеводная зависимость. Мифы и реальность. Текст электронный; 2022.
4. Диетологи сравнили сахарную зависимость с героиновой. Национальная служба новостей: официальный сайт. Интернет – источник / режим доступа: URL: <https://nsn.fm/society/dietologi-sravnil-saharnuu-zavisimost-s-geroinovoi> (дата обращения: 25.01.2025)
5. Роспотребнадзор:[сайт]. – Текст: электронный // <https://ok.ru/rpnzdorovoepitanie>; www.здоровое-питание.рф (дата обращения 15.02.2025)
6. Сайт по которому были изготовлены анкетирование и опросник <https://app.onlinetestpad.com/surveys>

