



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Областное государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Братский медицинский колледж»
(ОГБПОУ БМК)

**Сборник материалов
межрегиональной заочной научно-
исследовательской конференции обучающихся
*Медицина. Здоровье. Образование***

апрель 2021 года

Электронный сборник статей содержит материалы межрегиональной заочной научно-исследовательской конференции обучающихся «Медицина. Здоровье. Образование» и отражает результаты научных исследований, проведенных студентами среднего профессионального образования.

Данное издание будет полезно студентам, преподавателям и всем интересующимся актуальным состоянием современной медицины, теоретическими и практическими основами формирования и развития здоровья в образовательной среде; а также проблемами патриотического воспитания граждан на современном этапе развития страны.

Сборник подготовил:

Н.Р. Парфенова - старший методист ОГБПОУ БМК.

А.В. Цаплина – преподаватель информатики ОГБПОУ БМК.

ЦИФРОВИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ

А.Р. Антонюк, Д.Д Шалабаева
Научный руководитель: преподаватель И. Н. Акимова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ 3D ВИЗУАЛИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

3D-визуализация – это процесс создания трёхмерной модели объектов при помощи специальных программ. Результатом разработки становится объемное изображение предмета или объекта с реалистичными размерами, фактурой и цветом.

Термин «визуализация» происходит от латинского visualis - воспринимаемый зрительно, наглядный. Под визуализацией подразумевается «процесс представления данных в виде изображения с целью максимального удобства их понимания; придание зримой формы любому мыслимому объекту, субъекту, процессу и т. д.».

Визуализация присутствует во всех сферах деятельности человека. Образование она тоже не обошла стороной. Визуализация в образовательном процессе присутствовала всегда, но на протяжении времени менялась ее роль и функции. В прошлом веке визуализация выполняла иллюстративную функцию, способствовала пониманию материала обучающимися, выполняла следующие задачи:

1. Передавала большой объем учебной информации обучаемым при неизменной продолжительности обучения без снижения требований к качеству знаний;
2. Активизация учебной и познавательной деятельности;
3. Формирование и развитие критического и визуального мышления; зрительного восприятия

В современном мире уже невозможно представить урок без презентации на компьютере или же без просмотра небольшого познавательного фильма.

Положительные моменты:

1. Процесс образования становится более интересным и разнообразным,
2. Больше количество материала можно объяснить за тот же промежуток времени.

А что, если в современном мире можно ввести новые функциональные возможности для упрощения передачи информации от преподавателя к обучающимся? Ведь с каждым годом появляется все больше и больше различных умственных устройств, упрощающих жизнь человека в целом. Одно из новейших устройств является 3D визуализация. Прежде всего, это направленность трехмерной графики на процесс обучения студентов. Преподаватели медицинских учебных заведений могут использовать 3D моделирование в наглядных методах обучения для демонстрации медицинских приборов, технических установок, а также всевозможных физиологических процессов, таких, как движение крови по сосудам, размножение вирусов, процесс рождения ребенка и т.д. Так же в нашем медицинском колледже, ведут школьные дисциплины для обучающихся, которые пришли после окончания 9-ти классов. Для них могут более наглядно проходить предметы химии, физики, астрономии, и т.д. Например, на уроке астрономии с помощью 3D визуализации можно более подробно изучить строение космоса, звезд, планет. А на уроке химии можно будет изучать строения веществ, атомов, растворов. Благодаря 3D-анимации студенты могли бы быстро переходить от целостного вида к рассмотрению различных частей структуры, в том числе на микроскопическом и клеточном уровне. Этот процесс подачи материала будет особенно хорошо способствовать пониманию. Все это позволяет создавать красочные, интересные и наиболее запоминающиеся занятия. Таким образом,

обучающиеся могут в динамике увидеть многие процессы, которые раньше могли усваивать по статическим изображениям в учебниках. С такой подачей информации будет наибольшая вероятность того, что на сессиях студенты смогут при минимальной подготовке, сдать все экзамены на 5 или 4.

Так как наша специальность основана на изучении органов человека можно будет их рассмотреть в уменьшенном или увеличенном размере, любом расширении и в хорошем качестве, что позволит увидеть все части внутренних органов. Проходить программу по повышению квалификации так же будет удобно и быстро.

Возможно будет заранее, хирургам до операций, продумать примерный исход.

А как быстро студенты смогут освоиться к такому варианту обучения?

Конечно, поначалу студентам будет тяжело к такому способу преподавания, освоиться. Но как только они поймут, как интересно и упрощено идет осваивание предмета через 3D визуализацию, чем сидеть за книжкой по несколько часов. Студенты будут тратить время с пользой, проводя учения с иным использованием информации и у них, будет оставаться время на себя, что в наше время не у каждого оно есть.

Студенты продолжают работать с информационными технологиями на своем рабочем месте, ведь медицина не стоит на месте. Сейчас все больницы начинают заменять старое оборудование, не подлежащее уровню цивилизации на усовершенствованное, которое достигает больших результатов в сфере технологий. Эксперты области и министр здравоохранения РФ подтвердили ценность современных методик и оборудования и признали, что биомедицинские технологии, 3D-сканирование и печать откроют новые возможности врачам и помогут повысить качество и доступность медицинской помощи в стране.

При использовании 3D визуализации в медицине, появляется плюсы для работающих:

1. Анатомическая точность. Современные медицинские 3D-продукты - отрезки, капли для коррекции прикуса и слуховые аппараты - технологически объединяет одно: персонализация производства. Изделие создают на основе 3D-сканирования пациента, которое в точности воспроизводит индивидуальные анатомические особенности. Так врачи повышают эффективность лечения для конкретного человека, а пациенты получают максимально удобные в быту изделия.

2. Экономия времени. Скорость, высокая точность и возможность производства уникального для каждого пациента медицинского изделия - ключевые особенности технологий 3D-сканирования, моделирования и печати, которые позволяют оперативно создавать качественную медицинскую продукцию без повышения затрат, а за счет упрощения производственного цикла.

Методы визуализации:

В области научных исследований, медицинская визуализация представляет собой дисциплину в области биомедицинской инженерии, медицинской физики или медицины в зависимости от контекста: исследования и разработки в области приборостроения, получение изображений), биомедицинская инженерия, медицинская физика и информатика. Многие из методов, разработанных для медицинской визуализации, также имеют научное и промышленное применение.

- Рентгенография.
- Магнитно — резонансная томография
- Ядерная медицина.
- Ультразвук.
- Эластография.
- Тактильная визуализация.
- Фотоакустическое изображение.
- Результат проведённой работы:

Собрав в опросе данные студентов Братского Медицинского колледжа, могу уверенно сказать, что студенты очень заинтересованы в такой подаче информации. (смотреть рисунки 1,2,3)

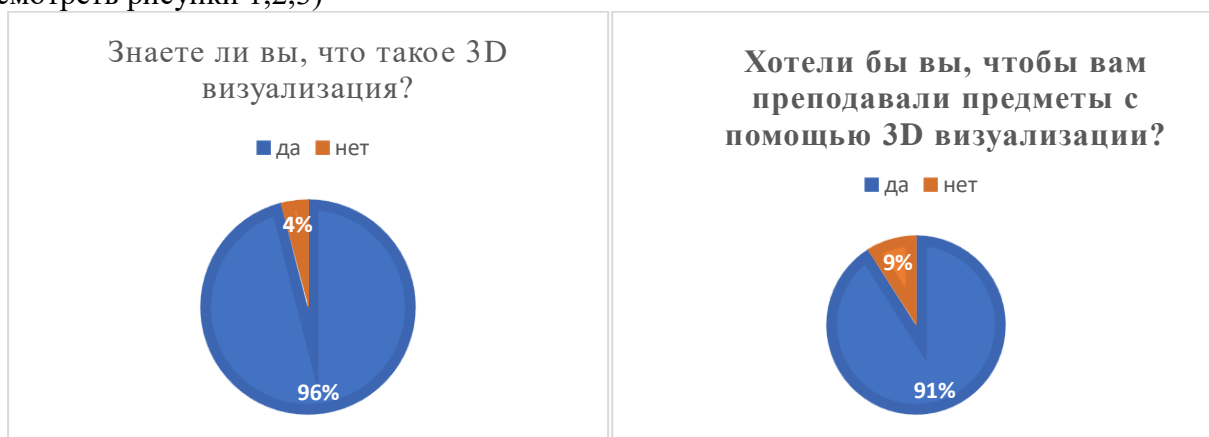


Рисунок 1- Ответ на вопрос



Рисунок 2- Результат опроса

Они так же дополнили свои ответы на вопрос тем, что это звучит очень интересно и увлекательно по сравнению обучения за книжками и тетрадками. И что хотели бы попробовать такое необычное для них преподавание предмета по некоторым дисциплинам в скором времени. Таким образом, использование 3D визуализации на занятиях позволит студентам лучше понимать изучаемый материал, запоминать его. Из результатов исследования стало понятно, что анимированные трёхмерные модели могли бы стать самым удобным способом подачи информации в форме, пригодной для обучения и восприятия.

Литература

1. Иванов В.П., Батраков А.С. Трёхмерная компьютерная графика / Под ред. Г.М. Полищука. — М., 2011. — 224 с.
2. Медицинская трёхмерная анимация [Электронный ресурс]. 2012 г. URL: <http://www.medicine3d.com>.
3. Медицинский новостной портал о здоровье и медицине MEDdoc [Электронный ресурс] URL: <http://www.youtube.com/channel/UCC83oQ3Mx-8zy-NtD--t6Zg/videos>.

ЧТО ТАКОЕ МЕДИЦИНСКИЕ РОБОТЫ И ЗАЧЕМ ОНИ НУЖНЫ

Медицинский робот – робот, который создан для выполнения каких-либо действий, связанных с медициной вообще и здоровьем человека в частности. Десятки фантастов в сотнях своих произведений подробно описали все возможные функции, задачи медицинских роботов и даже особенности их предполагаемого устройства. В соответствии с этими описаниями робомеды будущего предстают в самых различных образах. Это и сложные миниатюрные, но очень умные «аптечки», вмонтированные в скафандр и стационарные медицинские комплексы, которые способны «и мертвого поднять». Разработаны фантастами и десятки моделей роботов помощников, нянечек и прочих санитарных работников. Есть даже вариант нанороботов постоянно присутствующих в крови человека, которые способны выводить токсины, залечивать раны и делать героев фантастических боевиков непробиваемыми в прямом смысле.

В реальности медицинские роботы развиваются по схожим направлениям. Во-первых, это хирургические комплексы. И пусть самостоятельность в принимаемых решениях у них чисто условная, но на счету этих медицинских роботов уже сотни успешных операций.

Вторым основополагающим направлением сегодня можно назвать класс роботов-помощников. Эти автоматизированные медбратья и медсестры имеют гуманоидный и не очень вид, но делают большие успехи в оказании помощи человеческому медперсоналу и больным.

Третье направление связано, в первую очередь, с протезированием, разработкой заменителей конечностей человека и созданием экзоскелетов. Искусственные «умные» конечности не только помогают конкретным больным, но служат и для отработки новых технологий роботостроения.

Несколько в стороне от основной массы роботизированных устройств медицинского назначения находятся средства передвижения для людей потерявших способность двигаться самостоятельно. Будь то инвалидное кресло с интеллектуальным управлением или средство для эвакуации раненых с поля боя.

Направлением под номером пять можно считать разработку протезов внутренних органов человека и создание медицинских нанороботов. Здесь тоже есть успехи, но они не настолько впечатляющи, как в хирургии.

Ну и как же обойтись без роботизированных учебных пособий для будущих медиков? Эти медицинские роботы корчатся от зубной боли, «рожают» детей и стойко переносят иные тяготы выпавшие на их долю.

Приведенный выше перечень направлений развития медицинских роботов может служить ответом на вопрос – а зачем вообще нужны медицинские роботы.

Робокомплексы.

Японская компания Riken в сотрудничестве с Toyota и рядом других организация сделали очередной шаг в создании устройств управляемых непосредственно мозгом человека. Примечательно, что новинка не осталась на уровне академического исследования, а сразу нашла свое применение на практике. Люди, способные передвигаться только в инвалидной коляске получили шанс управлять ею самостоятельно.

В основе нового интерфейса лежит технология электроэнцефалографии. Приемные датчики мозговых излучений преобразуют сигналы мозга, передают их на специальный ноутбук и дальше на механизмы, управляющие движением коляски. Сигналы визуально

отображаются на экране компьютера, их можно видеть и на них реагировать. Движение вперед, назад, влево, вправо, стоп – оператору вполне по силам. А это позволяет самостоятельно объезжать препятствия и вообще двигаться по сложным траекториям. Прохождение сигнала и реакция на него всего 125 миллисекунд, что несколько быстрее, чем у других подобных систем.

Для того, чтобы вполне овладеть навыками движения с помощью ЭЭГ-интерфейса требуется всего три часа занятий. Сферы применения этих систем очевидны. Ученые надеются, что скоро они смогут выделить сигналы мозга, которые отображают, например, эмоции человека. Интерфейсы на технологии электроэнцефалографии пытаются внедрить и для управления другими устройствами. Компания HONDA, например, работает над созданием системы управления с помощью ЭЭГ для робота ASIMO.

Фантастические достижения ученых в робототехнике вообще и в создании медицинских роботов впечатляют. Проблем у создателей роботов остается еще много, но хочется верить, что скоро можно будет с помощью мозга управлять не инвалидной робоколяской, а роботизированным автомобилем.

Инвалидной коляской стало возможным управлять мимикой лица, вместо джойстика

Новая система управления инвалидной коляской была разработана для людей с мышечной дистрофией, а также парализованных ниже шеи. Целевой аудиторией потребителей данного изобретения должны стать те, кто не может использовать джойстик для управления инвалидной коляской, но стремится передвигаться самостоятельно.

Авторами новинки стали исследователи из университета Miyazaki. Сейчас в системе используются только четыре проводных датчика, получающих информацию от мимических мышц лица человека. Данные от этих датчиков, а также с камеры, подвешенной высоко сзади инвалидной коляски, передаются на ноутбук, координирующий движение устройства коляски.

По словам ученых, была предпринята попытка регулировать и скорость движения при помощи мимических мышц, но на практике это оказалось слишком сложной задачей.

Чтобы коляска начала движение, человеку нужно один раз сжать зубы, а чтобы остановиться – повторить сжатие зубов еще раз. Для поворота нужно подмигнуть глазом, соответствующим стороне поворота. Видеокамера контролирует препятствия на пути следования: если они есть, она остановится в метре от них, а если нет – ускорит свой ход.

Коммерческая версия новинки ожидается к 2012 году. Ее планируется сделать беспроводной с интерфейсом в виде очков или маски.

Японский робот медбрат по имени HOSPI

Робот по имени HOSPI стал одним из лучших среди японских роботов в 2010 году. Работа разработала для больниц и медучреждений фирма Panasonic. 50 лечебных учреждений Страны Восходящего Солнца уже приняли «на вооружение» робота HOSPI. Автоматизированный медбрат умеет многое. Главная специализация робота – разносить больным по палатам таблетки и пилюли. HOSPI выдает лекарства только «по рецептам». Их заранее вводят в программируемую память робота.

Он имеет рост 130 см и весит 120 кг. Аккумуляторные батареи позволяют роботу находиться в движении без подзарядки больше 7 часов. Передвигается робот по коридорам медучреждений полностью самостоятельно, не натываясь на препятствия. Специальные датчики позволяют ему огибать и движущиеся объекты.

Роботы HOSPI впервые появились в медучреждениях Японии в 2006 году. В 2009-ом робот его приобрели некоторые больницы Южной Кореи. Последние модификации робота HOSPI получили много усовершенствований – в зависимости от конкретного места и условий использования робота.

Робопротезы

Одна из проблем техники, которую постоянно решают инженеры, - это создание прочной, но легкой (или гибкой) технической системы. И в решении этой проблемы инженеры постоянно ищут все новые способы ее решения.

Разработчики из института робототехники и мехатроники Германского аэрокосмического центра (German Aerospace Center) по-своему решили проблему создания подвижной механической руки и, соответственно, ее пальцев. Они хотели создать механическую руку, которая будет иметь такие же параметры гибкости и ловкости, как человеческая рука.

Разработчики создали руку DLR, которая может независимо пошевелить пальцами и тонко манипулировать объектами. Но в тоже время эта механическая рука может выдержать солидный удар по пальцам, например, удар молотком или бейсбольной битой. Причем, рука может создать силу до 30 Н на кончиках своих пальцев и таким образом эта рука – одна из самых сильных механических рук, когда-нибудь спроектированных человеком.

Механическая кисть имеет 19 степеней свободы, которые обеспечиваются 38-ю полимерными нитями-сухожилиями. Кстати, отметим, что кисть человека имеет примерно столько же – 20 степеней свободы.

Нити изготовлены из высокоэластичного синтетического волокна, которое называется Дунеета. Каждое сухожилие через определенный механизм подключено к индивидуальным двигателям, которые размещены в предплечье. А двигатели могут натягивать и расслаблять нить, тем самым, меняя жесткость и гибкость пальцев руки, и позволяя им поглощать сильные динамические внешние воздействия. Когда пара нитей-сухожилий двигаются согласованно в нужном направлении - палец приходит в движение. Когда они двигаются в противоположном направлении - палец увеличивает жесткость.

Так, новая рука может поймать шар, брошенный с расстояния в несколько метров. А механизмы управления рукой, в таком случае, позволят поглотить кинетическую энергию шара без серьезных повреждений руки.

Чтобы управлять рукой, разработчики используют специальные перчатки с датчиками или просто посылают управляющие команды на механизм управления рукой. Причем рука обладает обратной связью, мягкость предмета можно оценить по степени удлинения/сокращения нитей.

Инженеры сейчас проектируют туловище с двумя руками, которое они назвали DLR Hand Arm System и планируют изучать технику стратегии одновременной манипуляции двумя руками. А руководители проекта надеются использовать свои устройства для обслуживающих роботов, в т.ч. и для медицинских роботов.

Медицинские роботы HAL

Роботы HAL корпорации Cyberdyne Японии HAL-9000 Exoskeleton (т.е. специальный робот-костюм, одеваемый человеком) позволяет совершать невозможное немощному человеку с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Человек, помещенный в этот костюм, снова может ходить и выполнять обычную привычную работу. И хотя сам костюм весит около 40 килограмм, эта нагрузка никак не ложится на пациента. Так как HAL несет и свой вес, и полностью вес своего подопечного, держа его под руки, под ноги и т.д.

По слухам, в этом костюме один пенсионер даже совершил восхождение в горы, воплотив в жизнь свою мечту. Показав на примере возможности робота и свою веру в жизнь.

К роботу прилагается специальный набор сенсоров, считывающих нейро-электрические импульсы и управляющих ногами. Так одетый в костюм пенсионер может обогнать вас по дороге на работу со скоростью 4 км/час.

«Экзоскелет» HAL не продается. Такова политика ее производителей, которые выпускают всего около 500 моделей в год. HAL можно взять в аренду от 1 тыс. долларов в месяц.

Роботы внутри нас.

Робот для осмотра пищеварительного тракта.

В Японии создали небольшое робототехническое устройство, для осмотра пищеварительного тракта человека – оно может самостоятельно автономно передвигаться внутри желудка, передавая информацию его состоянию.

Обычно медики используют для этих целей эндоскоп (зонд – гибкий шланг с видеокамерой) или же капсулу с камерой и батареей, которую проглатывает пациент. Основной недостаток такой капсулы – пассивное «поведение» капсулы, ей ведь нельзя управлять.

Сегодня японские ученые (Университет Рюоку, медицинский колледж в Осаке) создали капсулу-робота, который может самостоятельно двигаться имеет следующие размеры: длина 4,5 см, диаметр около 1 см. Он может перемещаться под контролем оператора с помощью магнитного привода и небольшого движителя-хвостика со скоростью в несколько сантиметров за секунду.

Устройство проглатывается человеком и работает до 10 часов по истощения батареи. Руководитель проекта профессор Наотакэ Оцука говорит, что он лично глотал робокапсулу (кстати, ее назвали «русалкой») и не испытал дискомфорта.

Созданная итальянскими учеными плавающая капсула с камерой предназначена для исследования пищеварительной системы. Ее применение не приносит пациенту дискомфорта, который неизбежен при эндоскопии. Кроме того, с помощью капсулы можно осмотреть желудочно-кишечный тракт на всем протяжении, что недоступно современным эндоскопическим методикам.

Другая итальянская разработка — самособирающийся робот ARES (Assembling Reconfigurable Endoluminal Surgical System, Самособирающаяся эндолуминальная хирургическая система с изменяемой конфигурацией) для проведения операций без разреза кожных покровов. Проглоченные пациентом отдельные функциональные блоки внутри организма собираются в управляемый модуль, с помощью которого проводится хирургическое вмешательство.

Идею создания роботизированного колоноскопа Endotics сотрудники итальянской фирмы Estor подсмотрели у гусениц бабочек-пядениц. Устройство само «проползает» по кишечнику без усилий врача, что значительно снижает воздействие на стенки ЖКТ и делает исследование менее дискомфортным.

Роботы – искусственные части тела.

Последняя новость из области создания роботизированных искусственных имитаций органов человека это робот-желудок. До этого ученые успешно смоделировали некоторые другие части тела. Искусственный желудок был создан учеными Института исследований в области продовольствия Норвич. Цель создания искусственного органа – изучение процесса пищеварения человека и тестирование лекарственных препаратов.

Искусственный желудок из Норвича – это не очередной протез органа или конечности. Это устройство специально было создано для исследовательских работ в медицине. Около 10 лет ученые работали над его созданием. Может, робот-желудок внешне не сильно похож на желудок настоящий, но это для разработчиков не главное.

В этой роботизированной имитации настоящего человеческого органа моделируются процессы происходящие в реальном желудке. С помощью этого устройства можно испытывать новые лекарства и проводить любые другие медицинские исследования.

Реабилитационные роботы.

Роботизированная подушка

В ноябре 2011 года в Токио на 19-й выставке роботов (IREX) доктор Кабе (Dr Kabe) из лаборатории университета Waseda показали робота-подушку “Jukusui-kun”.

Роботизированная подушка имеет вид мягкой игрушки-медведя. Основное назначение робоподушки – помощь людям "синдромом апноэ сна". Такие пациенты во время сна испытывают трудности с дыханием – из-за хронического храпа. Робоподушка – это целая система, состоящая непосредственно из самой подушки-медведя, микрофона,

беспроводного датчика, подкладываемого под простынь, и беспроводного датчика, прикрепляемого к пальцу пациента.

Такое оснащение позволяет постоянно анализировать состояние пациента во время сна: ведется анализ движений спящего, количество кислорода в крови и уровень шума при храпе. Если у спящего человека уменьшается в крови количество кислорода и повышается уровень звука при храпе, подушка начинает двигаться. Также лапа медведя-подушки поглаживает лицо человека. От этого человек, скорее всего, примет благоприятную позу для спокойного сна.

Робот управляет человеком

Группа французских исследователей из лаборатории информатики, робототехники и микроэлектроники (Montpellier Laboratory of Informatics, Robotics, and Microelectronics) представили проект, в котором робот может управлять рукой человека. Как он это делает? С помощью электродов и электрического тока: робот посылает небольшой электрический сигнал на электроды, которые прикреплены к предплечью и бицепсам, а это заставляет определенные мышцы руки исполнять необходимые движения.

В эксперименте, на руки пяти человек накладывали электроды: два на предплечье, два – около локтевого сустава. Причем людям завязывали глаза, чтобы избежать визуальной обратной связи. Робот при помощи электродов заставлял локоть двигаться, а руку - принести мяч к корзине. Робот параллельно перемещал свою руку (4 степени свободы) с корзиной под мяч, координируя движения руки человека и своей руки, затем робот подавал электрический сигнал, кисть человека разжималась, а мяч падал в корзину.

Основная задача разработчиков в том, помочь людям, которые страдают параличом и другими двигательными нарушениями, восстановить часть двигательных навыков. И вероятно, роботизированная рука и набор электродов помогут парализованным людям восстановить свои движения и справиться с бытовыми задачами. Причем, данная технология дает определенные физические и психологические преимущества больным, так как робот может постоянно поощрять пациента больше двигаться.

Конечно, такой подход, что робот будет управлять вашими конечностями, звучит страшновато, да и пока технология громоздкая и неотработанная. Но, по мере развития, думается, технология будет совершенствоваться и практически реализовываться.

Литература

1. Алексеева А. Искусственный интеллект в медицине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [Искусственный интеллект в медицине \(22century.ru\)](http://22century.ru) (дата обращения: 06.04.2021).
2. Гусев А. Искусственный интеллект в медицине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://webiomed.ai/blog/iskusstvennyi-intellekt-v-meditsine/> (дата обращения: 06.04.2021).
3. Искусственный интеллект в медицине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [Искусственный интеллект в медицине \(zdrav.expert\)](http://zdrav.expert) (дата обращения: 06.04.2021).

Д. В. Пекша
Научный руководитель: преподаватель А. В. Цаплина
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ

В 1830-х годах английский математик Чарльз Бэббидж придумал концепцию сложного цифрового калькулятора — аналитической машины, которая, как утверждал разработчик, могла рассчитывать ходы для игры в шахматы. А уже в 1914 году директор одного из испанских технических институтов Леонардо Торрес Кеведо изготовил электромеханическое устройство, способное разыгрывать простейшие шахматные эндшпили почти так же хорошо, как и человек.

С середины 30-х годов прошлого столетия, с момента публикации работ Тьюринга, в которых обсуждались проблемы создания устройств, способных самостоятельно решать различные сложные задачи, к проблеме искусственного интеллекта в мировом научном сообществе стали относиться внимательно. Тьюринг предложил считать интеллектуальной такую машину, которую испытатель в процессе общения с ней не сможет отличить от человека. Тогда же появилась концепция Baby Machine, предполагающая обучение искусственного разума на манер маленького ребенка, а не создание сразу «умного взрослого» робота — прообраз того, что сейчас мы называем машинным обучением.

В 1954 году американский исследователь Ньюэлл решил написать программу для игры в шахматы. К работе были привлечены аналитики корпорации RAND Corporation. В качестве теоретической основы программы был использован метод, предложенный основателем теории информации Шенноном, а его точная формализация была выполнена Тьюрингом.

Летом 1956 года в Университете Дартмута в США прошла первая рабочая конференция с участием таких ученых, как Маккарти, Минский, Шеннон, Тьюринг и другие, которые впоследствии были названы основателями сферы искусственного разума. В течение 6 недель ученые обсуждали возможности реализации проектов в сфере искусственного интеллекта. Именно тогда и появился сам термин Artificial Intelligence (AI) — искусственный интеллект.

Следует уточнить, что исследовательские работы по ИИ не всегда шли путем победителя, а их авторы добивались успеха. После взрывного интереса инвесторов, технологов, ученых в 50-е годы XX века и фантастических ожиданий, что вот-вот компьютер заменит человеческий мозг, в 60-70-е годы наступило тяжелое разочарование. Возможности компьютеров того времени не позволяли проводить сложные вычисления. В тупик зашла и научная мысль по разработке математического аппарата ИИ. Отголоски этого пессимизма встречаются во многих учебниках по прикладной информатике, выпускаемых до настоящего времени. В общественной культуре и даже государственных нормативных документах сформировался образ робота или кибернетического алгоритма как жалкого, недостойного внимания, агента. Который может выполнять свои функции только под контролем человека.

Однако, с середины 90-х гг. интерес к ИИ вернулся, и технологии стали развиваться быстрыми темпами. С этого времени наблюдается настоящий взрыв исследований и патентной работы по этой тематике.

Первые примеры воодушевляющих и впечатляющих результатов применения наработок в области искусственного интеллекта удалось достичь в деятельности, требующей учета большого числа часто изменяющихся факторов и гибкой адаптивной реакции человека, например, в развлечениях и играх.

Интерес к способностям создать "умную машину", сравнимую по ее интеллектуальным возможностям с человеком, стал последовательно нарастать с 1997 года, когда суперкомпьютер IBM Deep Blue победил действующего чемпиона мира по шахматам Гарри Каспарова.

В 2005-2008 годах в работах по ИИ произошел качественный скачок. Математический научный мир нашел новые теории и модели обучения многослойных нейронных сетей, ставших фундаментом развития теории глубокого машинного обучения. А ИТ-отрасль стала выпускать высокопроизводительные, и, что главное, недорогие и доступные вычислительные системы. Итогом совместных усилий математиков и инженеров стало достижение за последние 10 лет выдающихся успехов, а практические результаты в проектах ИИ посыпались, как из «рога изобилия».

В 2011 году когнитивная самообучающаяся система IBM Watson победила бессменных чемпионов в игре Jeopardy! (российский аналог программы «Своя игра»).

В начале 2016 г. программа AlphaGo от Google обыграла в игру Го Фаня Хуэя, чемпиона Европы. Еще через два месяца AlphaGo со счётом 4:1 разгромила Ли Седоля, одного из лучших игроков Go в мире. Этим событием ИИ взял один из исторических рубежей — до этого считалось, что компьютеру не обыграть игрока такого уровня: слишком велик уровень абстракции и слишком много сценариев развития событий для перебора. В некоем смысле, компьютеру в игре Go надо уметь творчески «думать».

В январе 2017 г. программа Libratus, разработанная в Университете Карнеги — Меллона победила в 20-дневном покерном турнире «Brains Vs. Artificial Intelligence: Upping the Ante», выиграв на сумму более 1,7 млн. долл. Следующая победа была одержана улучшенной версией ИИ под названием Lengpudashi, против выступал участник Мировой серии покера (WSOP) Алан Дю, а также ряд ученых и инженеров. Причем особенность этой ситуации состояла в том, что игрок планировал одержать победу над ИИ, используя его слабые стороны. Тем не менее, стратегия не сработала, и продвинутая версия Libratus вновь одержала победу. Как сообщает Bloomberg, один из разработчиков Libratus Ноам Браун сказал, что человек недооценивает искусственный интеллект: «Люди думают, что блеф характерен для людей, но это не так. Компьютер может понять, что если блефуешь, то выигрыш может быть больше».

За последние несколько лет решения на базе ИИ удалось внедрить во многих сферах деятельности, добившись повышения эффективности процессов, и не только в сфере развлечений. Технологические гиганты Facebook, Google, Amazon, Apple, Microsoft, Baidu и ряд других компаний вкладывают в исследования ИИ гигантские средства и уже сейчас применяют различные разработки в своей практической деятельности. В мае 2017 г. компания Microsoft выступила с заявлением, что планирует применять механизмы ИИ в каждом своем программном продукте и сделать их доступными для каждого разработчика.

Снижение стоимости ИИ платформ и повышение их доступности позволило работать с ними не только крупным корпорациям, но и специализированным компаниям и даже стартапам. В последние пару лет появилась масса небольших исследовательских команд, насчитывающих несколько человек и не обладающих гигантскими финансовыми возможностями, которые тем не менее умудряются предлагать новые и перспективные идеи и конкретные работающие решения, построенные на базе ИИ. Один из самых известных примеров – это стартап, создавший очень популярное мобильное приложение Prisma — команда разработчиков сделала сервис для обработки фотографий со стилизацией под того или иного художника.

Массовое развитие и внедрение ИИ сразу во множестве направлений стало возможным благодаря сразу нескольким ключевым факторам развития ИТ-отрасли: проникновению высокоскоростного Интернета, существенному росту производительности и доступности современных компьютеров с одновременным снижением стоимости владения, развитию «облачных» решений и мобильных технологий, росту рынка свободного программного обеспечения.

Наиболее восприимчивыми к использованию ИИ считаются отрасли массового и распределенного обслуживания потребителей, такие как реклама, маркетинг, торговля, телеком, государственные услуги, страхование, банковское дело и финтех. Дошла волна изменений и до таких консервативных сфер деятельности, как образование и здравоохранение.

В медицине технологии искусственного интеллекта используют:

– приложения и программные продукты для распознавания медицинских изображений (снимков МРТ, заключений УЗИ, кардиограмм, результатов компьютерной томографии);

– стартапы для разработки лекарственных препаратов (микроскопический анализ, изучение эффективности препаратов, исследование вирусов и поиск эффективных вакцин);

– использование технологий машинного обучения в сфере протезирования (интеллектуальные системы разрабатывают удобные протезы с учетом анатомических особенностей человека);

– приложения для удаленной помощи пациенту (они популярны в Великобритании — с их помощью врачи общей практики могут в удаленном режиме дать рекомендации для лечения простудных болезней или других состояний, не угрожающих жизни);

– стартапы по лечению раковых заболеваний (например, SOPHiA AI — приложение по диагностике рака, привлечшее 30 млн долларов инвестиций, умеющее анализировать клиническую картину состояния пациента и предлагать эффективную схему лечения).

Литература

1. Гусев А. Искусственный интеллект в медицине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://webiomed.ai/blog/iskusstvennyi-intellekt-v-meditsine/> (дата обращения: 06.04.2021).

2. Искусственный интеллект в сфере здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Искусственный_интеллект_в_сфере_здравоохранения (дата обращения: 06.04.2021).

Е. С. Шайпак

Научный руководитель: преподаватель А. В. Цапина
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

3D-МОДЕЛИРОВАНИЕ В МЕДИЦИНЕ

В последнее время во многих сферах жизни общества активно применяются современные 3D-технологии. Их стремительное совершенствование позволяет использовать 3D-принтеры в самых различных областях науки и техники. Медицина стала одной из первых отраслей, которая решила использовать потенциал 3D-принтеров в практических целях, она позволяет сократить вероятность ошибки до минимума. 3D-печать применяется в медицине с начала 2000-х годов, когда эта технология впервые использовалась для изготовления зубных имплантатов. С тех пор применение 3D-печати в медицине значительно расширилось: врачи со всего мира описывают способы использования 3D-печати для производства ушей, деталей скелета, дыхательных путей, челюстной кости, частей глаза, клеточных культур, стволовых клеток, кровеносных сосудов и т.д. В медицине применение трехмерных технологий развивается сразу в

нескольких направлениях:

- сканирование органов;
- выпуск 3D моделей отсканированных органов. Это позволяет более точно изучить патологию, а также дает возможность попрактиковаться перед проведением операции;
- создание имплантов на основе трехмерных изображений пациента с учетом его функциональных особенностей;
- создание искусственных костей, тканей, кровеносных сосудов, вен и даже органов пациента.

Это большой прорыв в области медицины. На данный момент 3D-печать используется в стоматологии, трансплантологии, пластической хирургии, травматологии, протезировании и многих других отраслях медицины.

С помощью применения 3D технологий сложные операции проводятся по следующей схеме:

1. сканирование;
2. изготовление пластиковой модели;
3. изучение и выбор метода лечения;
4. собственно лечение.

3D-моделирование в медицине позволяет создавать объемные модели. Трехмерные снимки пациентов, сделанные с помощью компьютерной томографии, трансформируются в изображение с хорошим разрешением, а затем — в трехмерные твердые 3D модели. Это позволяет более качественно изучить особенности болезни, а также подготовиться к проведению операции. Когда каждый слой печатается, он превращается в твердую форму либо путем охлаждения, либо за счёт смешивания двух разных растворов, доставляемых головкой принтера. Новые слои точно ложатся на предыдущие, чтобы получился устойчивый, связный элемент. Таким способом можно создать практически любую форму, включая движущуюся.

В протезировании преимущества 3D печати очевидны:

- 1) скорость в сравнении с использованием технологий литья;
- 2) легкий вес протеза, так как его пористость можно корректировать;
- 3) пористость, что позволяет протезу быстрее обрасти живыми тканями.

В настоящее время с помощью 3D принтеров создают небольшие фрагменты человеческих органов, в частности печени. Биопечать – это расширение традиционной 3D-печати, то есть, печать на принтере живых органов и называется биопечатью.

Биоинженер Томас Боланд в Университете Клемсона в Южной Каролине (США) самостоятельно переделал принтеры Lexmark и HP, чтобы попробовать напечатать фрагменты ДНК человека. Исследование показало, что размер клеток ДНК аналогичен размерам капли стандартных чернил и составляет около 10 микрон. Дальнейшие эксперименты показали, что 90 % клеток сохраняют жизнеспособность в процессе биопечати. В 2003 году ученый запатентовал биопечать, первая успешная печать произошла в 2006 году.

Биопринтеры работают почти так же, как и 3D-принтеры, с одним ключевым отличием — они наносят слои биоматериала, который может включать живые клетки, для создания сложных структур, таких как кровеносные сосуды или ткани кожи. Часто в биопечати используют хитозан — полисахарид, полученный из внешнего скелета моллюсков (например, креветок) или путем брожения грибов. Этот материал имеет высокую биосовместимость и обладает антибактериальными свойствами. Его недостаток — низкая скорость гелеобразования. Каждая ткань в организме состоит из разных типов клеток. Необходимые клетки (почек, кожи и так далее) берут у пациента и затем культивируют до тех пор, пока их не станет достаточно для создания «био-чернил», которые загружаются в принтер. Это не всегда возможно, поэтому для некоторых тканей берут стволовые клетки, которые способны становиться любой клеткой в теле. Как

правило, нужно больше, чем просто клетки, поэтому большинство биопринтеров также поставляют какой-то органический или синтетический «клей» — растворимый гель или коллагеновый каркас, к которому клетки могут прикрепляться и расти. Это помогает им формироваться и стабилизироваться в правильной форме.

3D печать в области медицины еще не раскрыла весь свой потенциал. Многие уверены, что на подходе — печать органов в реальном времени. Возможно, до этого осталось лет 10-12. Так врачи не будут ждать, когда донор попадет в аварию, оставив после себя сердце: врачи просто возьмут необходимые анализы и напечатают нужный орган. История объемной печати с 1980-х годов ведет нас к этой возможности. Новые возможности и тренды рожают новые требования к специалистам. Так появляется профессия «био-архитекторы» в области 3D печати. Органы у каждого человека далеко не одинаковые, а травматизм при пересадке можно снизить за счет подгонки размеров и уникальных особенностей нового органа. Если мы можем напечатать новый орган, то мы же можем использовать в нем все лучшие особенности старого органа, но при этом исправить недочеты. Получается нам нужен специалист, который отлично знает медицину, анатомию, умеет работать с 3D моделями, понимает 3D печать и способен буквально доработать новый печатаемый орган.

Разработка технологии 3D-печати играет большую роль в выращивании органов и разработке инновационных материалов, прежде всего биоматериалов — материалов, подготовленных и используемых для печати трёхмерных объектов. Ткани, лекарства (в перспективе — целые органы), изготавливаемые путём 3D-печати, в будущем смогут выступать в качестве заменителей «природных» человеческих органов, в некоторых случаях обладая свойствами, превосходящими природные органы. Итак, 3D-принтер — это только кусок линии по фабрикации органов: его нужно обеспечить чертежом, материалом, а затем полученную модель органа из клеток ещё вырастить.

Литература

- 1) 3D технологии томография и моделирования в медицине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://yandex.ru/turbo/medicalinsider.ru/s/meditsinskaya_tekhnika/3d-tekhnologii-tomografiya-i-modelirovaniya-v-medicine/ (дата обращения: 09.04.2021)
- 2) 3D моделирование в медицине: использование 3d принтера для печати имплантов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vektor.ru/blog/3d-tehnologii-v-meditsine.html> (дата обращения: 09.04.2021)
- 3) Искусственные суставы напечатают на 3D-принтере [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://econet.ru/articles/37749-iskusstvennye-sustavy-napechatayut-na-3d-printere> (дата обращения: 09.04.2021)
- 4) Печать органов: как продвинулись технологии 3D-биопринтинга и что мешает их развитию [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rb.ru/longread/bioprinting/> (дата обращения: 09.04.2021)
- 5) Применение современных технологий 3D-печати в медицине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://top3dshop.ru/blog/3d-printers-in-medicine.html> (дата обращения: 09.04.2021)
- 6) Профессии будущего: 3D печать в медицине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://habr.com/ru/post/237699/> (дата обращения: 09.04.2021)
- 7) Трёхмерное моделирование и визуализация в медицине [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/trehmernoe-modelirovanie-i-vizualizatsiya-v-meditsine> (дата обращения: 09.04.2021)

ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С. А. Якубовская

Научный руководитель: преподаватель Н. А. Стерхова
областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Ангарский медицинский колледж»
г. Ангарск

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Здоровье до того перевешивает все остальные блага жизни, что поистине здоровый нищий счастливее большого короля
А. Шопенгауэр

Среди причин смертности населения заболевания сердечно - сосудистой системы прочно удерживают первое место, составляя 56% причин смертности. При 2 и более факторах риска у одного человека риск преждевременного смертельного исхода болезни сердечно - сосудистой системы повышается 5-7 раз. Оздоровление образа жизни и избавление факторов риска снижает риск преждевременной смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) как у отдельного индивидуума, так и в популяции в целом (таблица 1).

Таблица 1-причины снижения действия факторов риска

Снижение действия факторов риска	Снижение риска преждевременной смерти от ИБС, %	
	Индивидуум	Популяция
Прекращение курение	50	35
Умеренное потребление алкоголя	20-30	25
Повышение физической активности	15	25
Изменение двух факторов в питании	15-40	45

Оздоровление образа жизни может замедлить развитие болезней системы кровообращения как до, так и после появления клинических симптомов.

Согласно рекомендациям Рабочей группы Европейского общества кардиологов (общество по борьбе с атеросклерозом и артериальной гипертензией) профилактическое вмешательство необходимо в следующих случаях:

- если даже однократно артериальное давление достигает 160/95 мм рт. ст. и выше или обнаруживается в анамнезе артериальная гипертензия у лиц, принимающих гипотензивные препараты;
- индекс массы тела равен 29,9 и более;
- при гиперхолестеринемии (легкой- 5,0-6,5 ммоль/ л, умеренной- 6,5-8,0 ммоль/л, выраженной – выше 8 ммоль/л).

В программу профилактики сердечно - сосудистых заболеваний включены следующие мероприятия: контроль артериального давления, скрининг холестерина, поддержание нормального артериального давления, умеренное употребление алкоголя (не более 30-60 грамм в день), полный отказ от курения, нормализация массы тела, адекватная физическая нагрузка (ходьба по 5км 3-5раз в неделю), обучение методом управление стрессами (медитация, йога, дыхательные упражнения). Рассмотрим каждый пункт подробнее.

Контроль артериального давления.

Каждый пациент имеющий факторы риска повышения артериального давления должен пройти полное диагностическое обследование и получить углубленное консультирование по медикаментозным и немедикаментозным мерам контроля артериального давления. Пациентам, находящимся на медикаментозном лечении, рекомендуется вести дневник контроля давления (записывать результаты следует утром после ночного сна и вечером, в одно и тоже время суток). Пациенты с повышениями артериального давления должны измерять его в регулярном режиме вне зависимости от самочувствия, но не реже 1 раза в неделю.

Поддержание нормального артериального давления.

Пациентам рекомендуется поддерживать уровень артериального давления не выше 140/90 мм рт. ст.

Скрининг уровня холестерина.

При скрининге измеряется общий холестерин, содержание которого в крови в норме составляет до 5,18 ммоль/л. Холестерин относится к липопротеидам. В организме человека он присутствует в крови и в мембранах клеток. Около 80% холестерина вырабатывается самим организмом (печенью, кишечником, почками, надпочечниками, половыми железами), остальные 20% поступает с пищей.

Липопротеиды высокой плотности не только приводят к образованию отложений в сосудах, но и препятствуют им - это так называемый «хороший» холестерин. В противоположность им липопротеиды низкой плотности опасны, так как холестерин из этих соединений способен выпадать в осадок, накапливаясь в кровеносных сосудах. Это так называемый «плохой» холестерин.

Уровень холестерина чаще повышен у мужчин, чем у женщин, и он выше у пожилых людей, чем у молодых.

Принципы диетотерапии для профилактики сердечно – сосудистых заболеваний.

- Ограничение калорийности питания: расход энергии за сутки должен быть больше количества калорий полученных с пищей.
- Ограничение потребления соли в рационе до 2грамм в день (одна чайная ложка).
- Ограничение количества хлебобулочных изделий.
- Дробное питание (4 раза в день и более, маленькими порциями, принимать пищу следует медленно).
- Снижение содержания в рационе животных жиров. Исключение или серьезное ограничение потребления насыщенных жиров (пальмовое масло, транс жиры, которые содержатся в фаст-фуде).
- Увеличение растительных жиров, которые снижают коагулирующие свойства крови (растительные масла: оливковое, соевое, кунжутное и др.).
- Потребление рыбы, продуктов моря (йод стимулирует окисление липидов, полисахариды снижают коагулирующие свойства крови): не жирные сорта рыбы в вареном или запеченном виде, морская капуста, кальмары, мидии. Желательным считается регулярное потребление морской рыбы 2- 3 раза в неделю по 100- 150 грамм в виде различных блюд или рыбных консервов.
- Продукты, содержащие магний (усиливает процессы торможения в коре головного мозга): морская капуста, щука, фасоль, курага, чернослив, арбуз.
- Продукты, содержащие калий (улучшает кровообращение и функцию миокарда): фасоль, горох, изюм, сушеные яблоки, картофель.

- Витамины группы В (улучшают кровообращение и функцию миокарда): овсяная, гречневая, пшеничная крупа, соя.
- Ограничение продуктов, содержащих холестерин (яичные желтки, печень, сливочное масло, жирные сорта сыра, сметана, сосиски). Желтки яиц желателно ограничить до 2-4 штук в неделю.

Избыточный вес повышает риск развития ИБС и других заболеваний, связанных с атеросклерозом. Обращает на себя внимание тот факт, что более 12% населения вообще не знают своего веса. Распространенность избыточной массы тела увеличивается с возрастом. Для оценки своего веса используйте простую формулу определения индекса массы тела (ИМТ) = вес (кг)/ рост (м²).

ИМТ до 24, 9- это нормальная масса тела;

ИМТ 25- 29,9 избыточная масса тела;

ИМТ 30-4,9 ожирение I степени;

ИМТ 35-39,9 ожирение II степени;

ИМТ 40 и более ожирение III степени.

При этом более опасно, так называемое центральное ожирение (мужского типа), когда жир откладывается на животе. О наличии центрального ожирения можно судить по окружности талии и отношению окружности талии к окружности бедер. Риск сердечно – сосудистых заболеваний повышается у мужчин с окружностью талии больше 94 см и, особенно, при окружности больше 102 см, у женщин – соответственно больше 80 и 88. Отношение окружности талии к окружности бедер у мужчин больше 1 и у женщин больше 0,85 является более точным показателем центрального типа ожирения.

Физическая активность в профилактики сердечно – сосудистых заболеваний.

Физическая активность должна сопровождаться положительными, психоэмоциональными установками. Перед началом занятий необходимо пройти медицинское обследование: молодым пациентам до 30 лет достаточно обычного врачебного осмотра; лицам старше 30 лет необходимо электрокардиографическое исследование. Пациентам старше 40 лет рекомендуется начать тренировки под наблюдением инструктора врачебно – физкультурного диспансера. Наиболее приемлемый вид физической активности - ходьба, которая должна быть регулярной, умеренной интенсивности, ежедневной. Начинать следует с 10 минутной прогулки 1 раз в день, постепенно увеличивая продолжительность занятий до 30- 40 минут, с включением коротких (10-15) минут эпизодов быстрой ходьбы. Кратковременно нагрузки (короткие тренировки) обеспечивает расход гликогена, а длительные - запасов жира. Пациента необходимо обучить методам самоконтроля нагрузки - предельных параметров частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхательных сокращений. Возрастной предел учащение пульса определяется по формуле 80-возраст в годах. Появление одышки служит сигналом для уменьшения интенсивности нагрузки. Ухудшение самочувствия (сна, аппетита, работоспособности, появление неприятных ощущений) требует снижение или прекращение нагрузок.

Профилактика вредных и пагубных привычек в развитии заболеваний сердечно – сосудистой системы

Курение. Можно привести множество аргументов против курения в плане профилактики заболеваний, но еще более говорящим будем статистический аргумент: курящие люди умирают от ИБС в 2 раза чаще, чем те, кто некогда не курил. О риске легочных заболеваний (рака, эмфиземы, бронхита) прекрасно знают многие курильщики, но то, что они подвергаются повышенной опасности развития ИБС и инсульта, осознают не все. Сигареты ускоряют сужение артерий на целых 15%, вследствие этого уменьшается содержание кислорода в крови, тем самым заставляя сердце сокращаться чаще, курение создает перегрузку всей сердечно – сосудистой системы. У курящих женщин чаще

рождаются дети с врожденными пороками. Именно по этому, чтобы не подвергать себя такому риску следует отказаться от курения.

Злоупотребление алкоголем. (20мл этанола в день для женщин и 30мл для мужчин) снижает риск заболевания всеми видами сердечно – сосудистых болезней. Риск смертельного исхода повышен у тех, кто злоупотребляет или совсем не употребляет его.

Стресс как один из факторов риска развития заболеваний. В состоянии стресса организм функционирует неполноценно, особенно это касается сосудов, обмена веществ и всех прочих систем, связанных с нервной системой. Хронический стресс способствует развитию сердечно – сосудистых заболеваний, а острый стресс может стать катализатором и толчком к возникновению острого приступа. Хроническое недосыпание, а также постоянное психологическое напряжение ослабляет иммунитет, является причиной возникновения аритмии и нарушение сердечной деятельности в целом. Здоровый сон и философское отношение к жизни, напротив, значительно повышает ваши шансы избежать заболеваний.

Даже небольшие изменения, внесенные в образ жизни, могут замедлить преждевременное старение сердца и сосудов некогда не поздно начать вести здоровый образ жизни. После выявления у человека факторов риска необходимо немедленно начать своевременную профилактику, чтоб не случилось прогрессирование заболевание и ухудшение состояния.

Литература

1. К. Крулев: Заболевание сердца и сосудов. Профилактика и лечения/К. Крулев. Санкт – Петербург, 2009 год.
2. С.И Двойников, Ю.А. Тарасова, И.А. Фомушкина, Л.О. Костюкова: проведение профилактических мероприятий/ учебное пособие. Медиа, 2017. -448 с.: ил.
3. П.А. Виноградов, А.П. Душанин, И.В. Жолдак: Основы физической культуры и здорового образа жизни/ М.2015.

В. А. Казанцев
Научный руководитель: преподаватель Е. М. Соломиенко
Краевое государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Красноярский базовый
медицинский колледж им. В. М. Крутовского»
г. Красноярск.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА КОМПЬЮТЕРНОГО СТРЕССА

Актуальность.

Среди пользователей ПК выявлен новый тип заболевания — синдром компьютерного стресса (СКС), который сопровождается головной болью, воспалением глаз, аллергией, раздражительностью, вялостью, депрессией.

Симптомы заболевания разнообразны и многочисленны и могут быть сгруппированы по принципу воздействия на ту или иную часть организма. Основные проблемы: физические недомогания, аболевания глаз, нарушение визуального восприятия, ухудшение сосредоточенности и работоспособности.

Основными факторами синдрома компьютерного стресса, являются:

- неправильная работа глаз и неверное положение тела;
- ношение несоответствующих очков или контактных линз;
- неправильная организация рабочего места;
- суммирование физических, умственных и визуальных нагрузок;

- низкий уровень визуальной подготовленности для работы с компьютером.

Гипотеза:

Если работа за компьютером является основным фактором, среди причинных появления синдром компьютерного стресса, тогда необходимо оценить уровень распространения синдрома компьютерного стресса среди студентов колледжа и разработать рекомендации для его профилактики.

Цель работы:

Выявить уровень распространения синдром компьютерного стресса среди студентов колледжа.

Задачи:

определить уровень распространения синдром компьютерного стресса среди студентов колледжа и разработать рекомендации по рациональной организации рабочего места и полезной физической активности для профилактики синдрома компьютерного стресса.

Этапы исследования:

Первый этап - теоретический разбор материала, постановка цели и задач исследования.

Второй этап - проведение анкетирования среди студентов.

Третий этап - обработка полученных данных.

Четвертый этап - анализ, обобщение и сравнение полученных результатов.

Используемые методы: анализ литературы и интернет источников, анкетирование студентов, статистическая обработка полученных данных, анализ, сравнение и обобщение полученных результатов.

Результаты исследования:

Для определения уровня распространения синдром компьютерного стресса среди студентов была составлена анкета (приложение 1), и проведено анкетирование. Были опрошены 214 студентов разных курсов. Из них 45% - студенты 1 курса, 22% - 2 курса, 19% - 3 курса и 14% четвертого.

Полученные результаты показали: утвердительный ответ на вопрос о физическом недомогания дали 92% опрошенных, о проблемах с глазами 75 %, о нарушении визуального восприятия 16 %, о ухудшении сосредоточенности и работоспособности сообщили 62 %. Причем процент положительных ответов возрастает с увеличением курса или времени работы за ПК.

Для снижения проявлений синдрома компьютерного стресса анкетиремым были предложены рекомендации по рациональной организации рабочего места и полезной физической активности (приложение 2).

Выводы:

1. Проведенное исследование дало возможность оценить уровень распространения синдрома компьютерного стресса среди студентов колледжа.

2. Разработаны рекомендации для профилактики синдрома компьютерного стресса: рациональная организация рабочего места и комплекс физических упражнений.

Литература

1. Соколова И.А. Влияние научно-технического прогресса на здоровье человека / И.А.Соколова. – Текст: электронный // Открытый урок: Интернет-портал. – URL: <https://urok.1sept.ru/articles/526158> (дата обращения: 26.03.2021).

2. Богомолова Н. И. Синдром компьютерного стресса / Н.И.Богомолова - Текст: электронный // Мультиурок: Интернет-портал. – URL: <https://multiurok.ru/blog/sindrom-komp-iutiernogho-striessa.html> (дата обращения: 26.03.2021).

3. Краснова С.В. Как справиться с компьютерной зависимостью / С.В.Краснова – Текст: электронный // ВикиЧтение: Интернет-портал. – URL: <https://it.wikireading.ru/59710> (дата обращения: 26.03.2021).

4. Лаврентьев А. В.; Кудряшов В. Н.; Рыхлова Л. А.; Макарова Л. Г.. Компьютер – убийца / А.В.Лаврентьев, В.Н.Кудряшов, Л.А. Рыхлова, Л.Г. Макарова // Библиотека технической и гуманитарной литературы Интернет-портал. – URL: http://www.redov.ru/medicina/kompyuter_ubiiica/p4.php (дата обращения: 26.03.2021).

5. Мельников А.А. Безопасность жизнедеятельности с основами экологии. / А,А. Мельников Учеб. пособие. Изд-во МИИГАиК – Текст: электронный // textarchive.ru: Интернет-портал. – URL: <https://textarchive.ru/c-2076063-p10.html> (дата обращения: 26.03.2021).

6. Южный Федеральный университет: сайт. Медико-биологические и психолого-педагогические аспекты работы с компьютером. URL: http://e-ikt.uinfo.sfedu.ru/lectures/lecture15/lecture15_3.html (дата обращения: 26.03.2021) - Текст: электронный.

7. Инфопедия для углубления знаний: сайт. - Профессиональные заболевания пользователей ПК, оздоровительные мероприятия. URL: <https://infopedia.su/22x30c6.html> (дата обращения: 26.03.2021) - Текст: электронный.

8. AllRefs.net: сайт. - Комплексы упражнений для снятия симптомов синдрома компьютерного стресса URL: <http://allrefs.net/c53/1drek/p5/> (дата обращения: 26.03.2021) - Текст: электронный.

Приложение 1

АНКЕТА

Уважаемые студенты мы просим вас ответить на вопросы анкеты, проводимой в рамках подготовки к студенческой научно-практической конференции.

1. Студентом, какого курса Вы являетесь:

- 1 курс
- 2 курс
- 3 курс
- 4 курс

2. Количество времени, проводимое Вами за компьютером в день:

- 1 – 2 часа
- 3 – 4 часа
- более 4 часов

3. После работы с ПК испытываете ли Вы:

а) физические недомогания: сонливость, не проходящая усталость; головные боли; боли в нижней части спины, в ногах; чувство покалывания, онемения, боли в руках; напряженность мышц верхней части туловища (трудно повернуть голову);

- ДА
- НЕТ

б) чувство острой боли в глазах, жжение, зуд;

- ДА
- НЕТ

в) нарушение визуального восприятия: неясность зрения, которая увеличивается в течение дня; возникновение двойного зрения;

- ДА
- НЕТ

г) ухудшение сосредоточенности и работоспособности: сосредоточенность достигается с трудом; раздражительность во время и после работы; потеря рабочей точки на экране; ошибки при печатании.

- ДА
- НЕТ

При положительном результате любого из вопросов № 3, обратитесь к квалифицированному специалисту.

Спасибо за ответы!

Приложение 2

РЕКОМЕНДАЦИИ

для профилактики синдром компьютерного стресса

1. При сидячей работе за компьютером постарайтесь выбрать удобную позу, ищите возможность периодически менять ее. Продолжительность непрерывной работы взрослого пользователя ПК не должна превышать 2 часа.
2. Правильно организуйте рабочее место:
 - рекомендуемый угол наклона головы – 20°;
 - кисти рук – на уровне локтей, запястья – на опорной планке;
 - прямой угол (90°) в области суставов;

Комплекс профилактических упражнений

Если вы долго сидели за компьютером, то не менее 3 раз в течение рабочего дня выполняются следующие упражнения.

1. Опустить и поднять голову.
2. Делать повороты головы в разные стороны.
3. Осуществлять наклоны головы к плечам.
4. Поднять голову вверх, наклонить в сторону и опустить. Это же упражнение повторить в другую сторону.
5. Поднять голову, затем слегка дотронуться подбородком до одного плеча, после чего повторить это же упражнение, но только дотронуться до другого плеча.
6. Положить руки на шею и оказывая ими сопротивление, отклонять голову назад.
7. Положить руки на лоб и оказывая ими сопротивление, отклонять голову вперед.
8. Удерживая голову руками, пытаться поворачивать ее сначала в одну, потом в другую сторону, а затем наклонять то к одному, то к другому плечу поочередно, так, чтобы было оказано сопротивление (как в упражнениях 6 и 7).
9. Сесть спиной к столу. Прислоните к нему кисти рук и привстаньте чуть-чуть, вынося таз вперед. Задержитесь так на 10 с. Повторите упражнение 3 раза.
10. Развести руки в разные стороны и согнуть их в локтях. Резко отвести локти назад. Повторить упражнение 3 раза.

11. Руки согнуть в локтях, кисти лежат на затылке. Поворот туловища вправо-влево, по 6 раз в каждую сторону.
12. На уровне плеч развести руки в стороны так, чтобы ладони были направлены вверх. Соединить лопатки, затем поднять руки над головой и зафиксировать это положение на 15 с. Повторить упражнение 5 раз.
13. Руки согнуть в локтях, касаясь пальцами плеч. Локтями описать круги назад. Повторить 5 раз.
14. Упражнение для пальцев. Кисти рук расслабить. Пальцами имитируем игру на фортепиано – всего на 2–3 мин. Затем 2 мин встряхиваем руками, как будто хотим избавиться от капелек воды.
15. Пальцами любой ноги поднять с пола карандаш или носовой платок. Подержать немного и выпустить. Сделать то же пальцами другой ноги.

Крепкого Вам здоровья!

А.А. Черникова
Научный руководитель: преподаватель М.В. Морозова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Ангарский медицинский колледж»
г. Ангарск

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Острый панкреатит - это первоначально асептическое воспаление поджелудочной железы, при котором возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем органов. Острый панкреатит характеризуется развитием отёка поджелудочной железы (отёчный панкреатит) или первично асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит) с последующей воспалительной реакцией.

Актуальность проблемы. Острый панкреатит в настоящее время занимает третье место в структуре хирургической патологии органов брюшной полости после острого аппендицита и холецистита. В последние десятилетия заболеваемость острым панкреатитом увеличилась до 15% среди заболеваний органов брюшной полости. В России каждый год заболевают острым панкреатитом более 50000 человек. По данным Департамента мониторинга анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения РФ отмечается рост заболеваемости острым панкреатитом. Среди больных острым панкреатитом люди старшего возраста составляют 30-66%, преобладают женщины.

Острый панкреатит относится к числу наиболее тяжелых и опасных заболеваний органов брюшной полости, при котором возможно развитие тяжёлых осложнений.

Осложнения развиваются в 30% случаев заболевания. При остром панкреатите летальность по данным Всемирного конгресса гастроэнтерологов, достигает 15—20%. Летальность при панкреонекрозе, который является одним из наиболее тяжелых проявлений острого панкреатита, даже в специализированных клиниках по данным различных авторов, составляет от 11 до 40%, при крупноочаговом инфицированном панкреонекрозе она более 80%. Острый панкреатит ежегодно является причиной смерти более 15000 человек.

Предмет исследования: Факторы риска развития острого панкреатита.

Цель исследования: Провести определение факторов риска, способствующих развитию острого панкреатита на примере пациентов хирургического отделения ОГАУЗ «Ангарская городская больница №1».

Задачи исследования:

- изучить теоретический материал по теме исследования;
- провести анкетирование пациентов хирургического отделения ОГАУЗ «Ангарская городская больница №1» с острым панкреатитом для выявления факторов риска развития заболевания;
- разработать рекомендации для пациентов с острым панкреатитом.

Методы исследования: социологический, статистический

Выделяют этиологические формы острого панкреатита – алкогольный, биллиарный, алиментарный, травматический, идиопатический (при не выясненных причинах развития заболевания). Среди причин развития острого панкреатита выделяют три тесно взаимосвязанные группы повреждающих факторов:

- механические - нарушение эвакуации панкреатического секрета по протоковой системе поджелудочной железы (травма поджелудочной железы, желчнокаменная болезнь, заболевания желудочно-кишечного тракта (пенетрирующая язва 12-перстной кишки, опухоли поджелудочной железы, дуоденальная непроходимость в связи с нарушением эвакуации из двенадцатиперстной кишки));
- нейрогуморальные - нарушение иннервации и метаболических функций поджелудочной железы и других органов различной этиологии (гиперлипидемия, сахарный диабет, вирусный гепатит, васкулиты различной этиологии, заболевания печени и паращитовидных желез);
- токсические - присутствие экзо - и эндогенных токсических метаболитов различной природы (употребление алкоголя, приём лекарственных препаратов)

К факторам риска развития острого панкреатита, увеличивающим риск тяжелого панкреатита в 3 раза и смертность в 2 раза, относятся:

- злоупотребление жирной и острой пищей;
- наследственная предрасположенность;
- ожирение.

С целью установления зависимости факторов риска развития острого панкреатита с возникновением заболевания разработана «Анкета-опросник», проведено анкетирование 11 пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении ОГАУЗ «Ангарская городская больница №1». Результаты анкетирования представлены в таблице 1, на рисунке 1.

Таблица 1 - Результаты анкетирования пациентов с острым панкреатитом

Показатель	Абс. число	%
Всего проведено анкетирование пациентов с острым панкреатитом, из них отмечают:	11	100
чрезмерное употребление алкоголя	2	18,2
употребление жирной и острой пищи	4	36,3
заболевания желудочно-кишечного тракта	1	9,1
желчнокаменная болезнь	2	18,2
травмы поджелудочной железы	1	9,1
инфекционные заболевания	-	-
опухолевые заболевания	-	-
операции на органах брюшной полости	1	9,1



Рисунок 1 –Результаты анкетирования пациентов с острым панкреатитом

Из приведённых данных видно, что 36,3% пациентов отмечают в качестве фактора риска развития острого панкреатита употребление в больших количествах жирной и острой пищи, 18,2% пациентов отмечают связь в развитии острого панкреатита с чрезмерным употреблением алкоголя и имеющимся заболеванием - желчнокаменную болезнь.

Первичная профилактика острого панкреатита направлена на предупреждение развития заболевания. Составными частями первичной профилактики являются изменения в образе жизнедеятельности, а именно:

- правильное и здоровое питание (обязательно исключение приемов чрезмерного количества пищи, особенно жирной и острой);
- исключить употребление спиртных напитков;
- отказаться от табакокурения;
- избегать нервных перенапряжений;
- сохранять оптимальный уровень активности (сон не менее 7 часов в сутки, физические нагрузки должны чередоваться с умеренным отдыхом, прогулки на свежем воздухе).

Необходимо лечение заболеваний органов пищеварительной системы - проведение своевременного устранения патологических нарушений функциональности желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря и желчевыводящих протоков и, в особенности, желчнокаменной болезни.

Под вторичной профилактикой следует понимать меры, позволяющие уменьшить риск развития осложнений и рецидивов уже сформировавшегося заболевания - соблюдение рекомендаций по диете, исключение вредных привычек, диспансерное наблюдение.

Реабилитационный период острого панкреатита включает три этапа. На первом реабилитационном этапе пациент воздерживается от употребления жареных и жирных продуктов питания, а также от сладких и соленых блюд. По истечении 2-3 месяцев соблюдения строгого диетического рациона питания, пациенту, в зависимости от состояния его поджелудочной железы, может быть разрешено употребление постных разновидностей мяса и рыбы, свежие фруктовые культуры. На втором реабилитационном этапе пациент соблюдает упрощенный диетический рацион питания, в который уже может включаться значительное количество белковых продуктов питания и жиров. На третьем реабилитационном этапе полный переход на правильное питание с употреблением только здоровых продуктов.

Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога включает детальное обследование в течении 3 лет, по показаниям противорецидивное лечение, санаторно-курортное лечение. Несоблюдение рекомендаций по диете и режиму могут привести к рецидивам заболевания и развитию хронического панкреатита.

Многочисленными были составлены рекомендации для пациентов с острым панкреатитом по предупреждению факторов риска развития острого панкреатита, профилактике заболевания.

Результат исследования. Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с острым панкреатитом имеет место высокий уровень наличия факторов риска.

Были разработаны и предоставлены пациентам рекомендации для пациентов с острым панкреатитом по предупреждению факторов риска развития, профилактике заболевания (по рациону и режиму питания, приверженности к здоровому образу жизни, двигательному режиму).

Вывод. Роль медицинской сестры заключается не только в выполнении назначений врача, осуществлении надлежащего сестринского ухода, но и в проведении, опираясь на знание причин и факторов риска развития острого панкреатита, разъяснительной работы по профилактике развития заболевания, снижении риска осложнений, улучшении качества жизни пациентов.

Литература

1. Заболевания ЖКТ. Острый панкреатит. Осложнения [Электронный ресурс].- URL: <http://gastrotract.ru/bolezni/pankreatit/oslozhneniya-ostrogo-pankreatita.html>
2. Медицинский блог. Симптомы и лечение болезней. Острый панкреатит. Причины, механизм развития, симптомы, современная диагностика, лечение, диета после острого панкреатита, осложнения болезни. [Электронный ресурс].- URL: <http://www.belinfomed.com/podzheludochnaya-zheleza/lechenie-ostrogo-pankreatita.html>
3. Подолужный В.И. Острый панкреатит/ Подолужный В.И., Аминов И.Х., Радионов И.А, Кемерово, 2017, 131с.
4. Современный медик. Медицинские статьи. Острый панкреатит. [Электронный ресурс].-URL: <http://cutw.ru/poleznoevrachu/recomendations/ostryu-pankreatit>
5. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 720 с.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Каждый человек мечтает о том, чтобы он и его близкие имели возможность быть здоровыми. Но все мы с раннего детства подвержены воздействию различных микроорганизмов. Ни для кого не секрет, что любое заболевание или травму проще предотвратить, чем вылечить. Для этого мы должны обратить внимание на профилактику заболеваний.

Заболевания сердечно – сосудистой системы многочисленны. Одни из них являются болезнями преимущественно сердца, другие – главным образом артерий или вен, третьи поражают сердечно - сосудистые системы в целом.

По оценкам экспертов Всемирной Организации Здравоохранения важнейшую роль в развитии неинфекционных заболеваний у населения России играют такие факторы риска, как артериальная гипертензия (35,5%), курение (17,1%), гиперхолестеринемия (23,0%), недостаточное потребление фруктов и овощей (13,9%), недостаточная физическая активность (9,0%), ожирение (11,5%), а также фактор злоупотребления алкоголем (11,9%). Не снижающийся рост заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний является одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране, от которой общество несет значительные людские потери и экономический ущерб. В мире около трети всех смертей происходит от болезней системы кровообращения. Из них 85% – по причине инфаркта или инсульта.

Частота внезапной сердечной смерти в России по данным клинко-эпидемиологических исследований составляет 156 случаев среди мужчин и 72 случая среди женщин на 100 тысяч населения в год. Сердечно - сосудистые заболевания удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XXI века.

Цель исследования: рассмотреть профилактические мероприятия по борьбе с сердечно сосудистыми заболеваниями

Задачи исследования:

- 1) определить понятие сердечно сосудистые заболевания;
- 2) выявить причины их возникновения и характер симптомов;
- 3) описать методы профилактики сердечно сосудистых заболеваний;

Объектом исследования: профилактическая деятельность.

Предмет исследования: профилактика сердечно сосудистых заболеваний.

Профилактика - это группы мероприятий, обеспечивающие безупречное здоровье людей, устранение факторов вызывающих недуги, в том числе повышение качества охраны труда, быта и отдыха населения.

Для России патология сердечно - сосудистой системы является крайне частой проблемой, поскольку определяет более половины случаев инвалидности и смертности взрослого населения. Для нормального функционирования кровеносной системы, человек должен проходить не менее 6 километров в день, и это ежедневно. По нашим сегодняшним городским меркам пройти одну-две автобусных остановки многим бывает не под силу.

Существуют также заболевания сердечно - сосудистой системы, в основе которых лежит воспалительный процесс. Редко можно встретить бактериальное воспаление. Это значит, что на внутренней оболочке сердечных клапанов, а так же на внешних оболочках сердца размножаются бактерии, вызывающие гнойное воспаление отделов сердца.

Главная причина сердечно - сосудистых заболеваний — это скопление холестерина, высокое кровяное давление и курение. Эти три фактора могут буквально убить сердце и

сосуды, привести к ранней инвалидности. Другие распространенные факторы и причины развития заболеваний сердечно - сосудистой системы:

- сахарный диабет;
- почечный фактор;
- гиподинамия;
- физическое и нервное переутомление;
- семейный анамнез;
- ожирение;
- кофеин;
- болезни щитовидной железы и пр.

Повышение артериального давления, нарушения ритма сердца, боли в области сердца перестали быть редкостью в подростковом возрасте. В настоящее время нельзя не заметить, как от незначительной физической нагрузки у подростков появляются сердцебиение и одышка. Чаще к заболеваниям приводят не перегрузки сердечно - сосудистой системы, а малоподвижный образ жизни. Подросткам необходимы ежедневные физические нагрузки от умеренной до высокой интенсивности, не менее 60 минут.

Болезни сердца и сосудов на начальных стадиях зачастую протекают бессимптомно и могут манифестировать остро.

Общие симптомы: повышенная утомляемость, слабость, дрожь в руках, бледность лица, посинение губ, мочек ушей, ног. Повышение температуры, изменение частоты и ритма пульса, отеки в нижних конечностях, головные боли, головокружения, болевые ощущения в ногах при ходьбе, боли в груди.

Кроме того, человек может испытывать затруднения в дыхании или нехватку воздуха, тошноту и рвоту, терять сознание, покрываться холодным потом.

На базе Ленинск-Кузнецкого филиала «Кузбасский медицинский колледж» была проведена исследовательская работа среди студентов, которая показала знания о здоровом образе жизни и общем состоянии учащихся. Среди студентов 2 курса, в анкетировании приняли участие 78 человек. Нами было проведено анонимное анкетирование, включающее в себя 9 вопросов.

Результаты анкетирования сложились следующим образом. На вопрос: считаете ли вы необходимым придерживаться принципам здорового образа жизни?», 89% учащихся ответили положительно, 11% воздержались от ответа. Следующий вопрос звучал так, что вам мешает поддерживать здоровый образ жизни? Ответы респондентов разделились следующим образом: 55% считают, что поддерживать здоровый образ жизни им мешает недостаток времени, а 45% - отсутствие необходимого упорства, воли, настойчивости. На вопрос: придерживаетесь ли вы здорового питания и режима питания? 32% - придерживаются рациональному питанию, 12% респондентов занимаются спортом, большая часть студентов вопрос о спорте оставили без внимания. В нашей анкете присутствовали вопросы о лишнем весе, вредных привычках на которые мы получили следующие ответы: 10% - считают, что имеют избыточный вес и у 3% респондентов вес лишний есть, но он не мешает ему жить. 76% - отметили редкое употребление спиртных напитков, 24% алкогольные напитки не употребляют, 38% - злоупотребляют табачными изделиями. Так же большая часть наших респондентов отмечают, что время от времени подвержены стрессу, это 82%-это 64 человека. На вопрос: имеете ли вы какие-либо заболевания? 37% студентов отметили сердечно – сосудистые заболевания, а так же заболевания желудочно-кишечного тракта.

На основании анкетирования можно сделать вывод, так как студенты, прошедшие анкету имеют основные факторы риска, есть большая возможность возникновения сердечно - сосудистых заболеваний. Результаты анкетирования дали нам возможность правильно сформировать комплекс профилактических мероприятий, предотвращающие риски развития сердечно сосудистых заболеваний. Соблюдая простые профилактические указания, риск снижения критического состояния снижается.

Самоконтроль для людей с генетической предрасположенностью или неблагоприятным эпидокружением очень важен. Чтобы сохранить здоровье сердца и сосудов, принципов здорового образа жизни стоит придерживаться всем людям, не только из группы риска. Осуществлять контроль помогают такие меры как диета, лечебная физкультура, чередование нагрузок с отдыхом, снижение количества соли и холестерина в пище, отказ от курения, контроль собственного веса. А так же соблюдение режима, полноценного отдыха, умение противостоять стрессовым ситуациям. Все эти простые правила помогут нашим студентам долго не вспоминать о заболеваниях сердца, желудочно-кишечного тракта и пр. жизненно важных систем.

Основные привычки образа жизни закладываются еще в детском и юношеском возрасте, поэтому особенно актуальным становится обучение детей здоровому образу жизни, чтобы предупредить развитие у них привычек, являющихся факторами риска многих заболеваний.

Литература

1. Виды профилактики [Электронный ресурс]- www.studfiles.ru. - 01.03.2021.
2. Воевода М.И. Основы медицинской профилактики [Текст]: М.И. Воевода - учебно-методическое пособие - Новосибирск, 2016.- С. 204.
3. Гиенко, Г. И. Школа здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями Сестринское дело [Текст]: Г.И. Гиенко-2014
4. Журавлева, И. В. Социальные факторы ухудшения здоровья населения. [Текст]:И.В.Журавлева - М.: Изд-во «КАНОН-пресс-Ц», 2001.-С.519.
6. Кучма, В.Р. Школы здоровья в России : принципы и организация работы[Текст] : В.Р.Кучма-мониторинг развития и эффективность - М. : Просвещение , 2017. - С.253.
7. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник [Текст]: Ю.П.Лисицын - 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа,-2017.-С.512.

Е.П. Шушакова
Научный руководитель: преподаватель Л.А. Кацемба
областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Ангарский медицинский колледж»
г. Ангарск

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

В настоящее время в Российской Федерации остается напряженной эпидемиологическая ситуация, связанная с ростом числа заболеваний социального характера. Социально значимые заболевания - это болезни, основным признаком и одновременно ключевой проблемой которых является способность к широкому распространению. Они представляют собой колоссальный ущерб для общества, связанный с высокой заболеваемостью, временной нетрудоспособностью, инвалидностью и смертностью. Комплексный подход к лечению пациентов с данной группой заболеваний требует огромных затрат на диагностику, реабилитацию, профилактику преждевременной смертности, социальную поддержку пациентов, а также превентивную борьбу с преступностью, связанную с наркоманией и алкоголизмом. Приоритетным решением проблемы социальных заболеваний является предупреждение факторов риска их развития с проведением современных технологий профилактики. Это позволит целенаправленно и успешно использовать экономические и медицинские ресурсы на первичную профилактику

данных заболеваний и оздоровление населения. Очевидно, что большинство социально значимых болезней связаны друг с другом и возникновение одной из них предрасполагает к развитию других. Основные признаки, закладываемые в понятие социально-значимого заболевания это: массовость заболевания, то есть высокий процент распространения заболевания среди населения, в том числе наличие значительного процента «скрытых» больных в социуме; высокие темпы ежегодного прироста количества больных, заболевания данной группы имеют особенность достаточно быстро распространяться; ограничение полноценного функционирования больного в социуме при наличии такого заболевания; опасность заболевания для окружающих. Кроме того, заболевания, относящиеся к данной категории, не только разрушают здоровье и организм человека, но и несут за собой отрицательные социальные последствия: потеря семьи, друзей, работы, средств существования. Характерная черта таких заболеваний заключается в том, что они уносят в основной массе жизни молодежи, людей трудоспособного возраста. Важной особенностью социально значимых заболеваний является то, что если знать, как не заболеть и соблюдать определенные правила, то болезнь можно предотвратить или купировать на ранней стадии заболевания [3].

Ситуация с распространением заболеваний данной группы стала настолько острой, что вызывает беспокойство на уровне правительства Российской Федерации. Эпидемиологические наблюдения послужили основанием для составления перечня социально значимых заболеваний. Критерии включения определены ст. 43 ФЗ 323 «Об охране здоровья граждан» от 09.11.11, такие как высокий уровень первичной инвалидности и смертности и снижение продолжительности жизни. В данный перечень вошли: болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением, сахарный диабет, злокачественные новообразования, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), туберкулез, гепатит, инфекции, передаваемые половым путем, психические расстройства и расстройства поведения. У больных, страдающих заболеваниями этой группы, как отмечалось в концепции Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2012 годы)», потребность в медицинской помощи возрастает по мере ухудшения их состояния и возникновения осложнений [1].

Чтобы подчеркнуть актуальность данной проблемы в современном обществе, необходимо дать краткую характеристику эпидемиологии социально-значимых заболеваний. Сердечно-сосудистые заболевания - одна из самых актуальных проблем научной медицины и практического здравоохранения второй половины XX и начала XXI века. Социальное значение сердечно-сосудистых заболеваний определяется не только, а вернее не столько частотой их распространения, сколько их тяжестью. Эти заболевания, в первую очередь «молчаливый убийца» - гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца занимают ведущее 2-е место среди всех причин смерти в большинстве экономически развитых стран мира, в том числе и в России. От осложнений этих заболеваний -инфаркта миокарда, мозгового инсульта, а также почечной недостаточности в РФ ежегодно умирают почти 1,2 миллионов человек, причем 150 тысяч - моложе 60 лет. Это составляет 55% от общей смертности, причем этот показатель в РФ в 2 - 4 раза выше, чем в западноевропейских странах, США, Канаде, Австралии.

Сахарный диабет - чрезвычайно опасное заболевание, распространенность которого в настоящее время приняла масштабы всемирной эпидемии. Так, по данным Международной диабетологической федерации, в 47 европейских странах проживает 52,8 миллионов человек, больных сахарным диабетом, в возрасте от 20 до 79 лет. В РФ насчитывается более 3,1 млн больных, из которых 2 822 634 - больные сахарным диабетом 2-го типа. Ситуацию усугубляет и тот факт, что в 90% случаев сахарный диабет 2-го типа сочетается с ожирением. Ожирение I степени увеличивает риск развития сахарного диабета 2-го типа в 3 раза, II степени — в 5 раз и III степени — в 10 раз. По определению ВОЗ, эти

две патологии отнесены к неинфекционным эпидемиям нашего времени в связи с их широкой распространенностью.

Онкологическая патология, уступая по смертности лишь сердечно-сосудистым заболеваниям, тем не менее неуклонно нарастает. Несмотря на развитие специализированных мощных онкоцентров, далеко зашедшие формы болезней (III - IV стадии) составляют большую часть - до 50% больных, в то время как начальные стадии выявляются лишь у 10—15% больных. Это обуславливает неуклонный рост доли людей, получивших инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями (до 20,5%). ВОЗ называет основные факторы риска развития злокачественных опухолей: урбанизация, ухудшение экологии, нездоровый образ жизни, в частности нерациональное питание.

Увеличение заболеваемости туберкулезом объясняется главным образом ухудшением санитарно-эпидемиологической ситуации в России в конце прошлого века. Рост заболеваемости активными формами (впервые выявленными) составляет около 2%, а рост впервые заболевших туберкулезом органов дыхания – около 3%. В то же время уже накопились как эпидемиологические, так и лабораторные данные, свидетельствующие о том, что курение табака повышает риск развития туберкулеза. Удельный вес курильщиков среди больных туберкулезом составляет не менее 70—75%, а вероятность инфицирования им у курящих людей увеличивается в 2 раза. Когда же туберкулезный процесс уже развился, он значительно усугубляется в случае курения.

Болезнь, вызванная ВИЧ, подобно пожару, охватила сейчас почти все континенты. За необычайно короткое время она стала проблемой номер один для ВОЗ и ООН, отеснив на 2 место рак и сердечно-сосудистые заболевания. Пожалуй, ни одна болезнь не задавала ученым такие серьезные загадки за столь незначительный срок. Резервуаром распространения эпидемии были и остаются потребители инъекционных наркотиков, которые составляют 60% ВИЧ-инфицированных.

Значимую проблему для медицинской науки и практического здравоохранения, приобретающую все более острый эпидемиологический характер, представляют вирусные гепатиты. Широкая распространенность по всему миру включила гепатит в список наиболее опасных социально значимых заболеваний. По данным ВОЗ, вирусным гепатитом в мире ежегодно заболевают примерно 20 миллионов человек и при отсутствии лечения около 10% из них становятся хронически больными.

К началу 1990-х гг. в России резко обострилась ситуация с заболеваниями, передающимися половым путем. Многократное увеличение заболеваемости сифилисом и гонореей было связано с появлением эффективных противомикробных препаратов, с помощью которых эти болезни можно было лечить в домашних условиях. Существенный вклад в распространение заболеваний, передающихся половым путем, вносит недостаточная информированность широких слоев населения о причинах и эпидемиологии, клинических проявлениях, принципах терапии, а главное, о профилактике. Видимая легкость устранения ряда внешних признаков этих болезней с помощью антибиотиков является основанием для «несерьезного отношения» к ним большого числа граждан, главным образом молодежи. Самолечение, которое приобрело широкие масштабы, способствует переходу острых видов заболеваний в хроническую форму, трудно поддающуюся последующей терапии и часто приводящей к бесплодию.

Серьезную угрозу социальному благополучию людей представляют психические расстройства. Более 450 миллионов человек в мире страдают психическими или неврологическими расстройствами. Около четверти населения, как в развитых, так и в развивающихся странах страдают от тех или иных психических расстройств в различные периоды жизни. По официальным данным, в России сегодня насчитываются 6 миллионов человек, имеющих проблемы с психикой. Согласно медицинской статистике, с 90-х годов Россия входит в пятерку стран с наиболее высоким числом самоубийств [3].

Число факторов риска в возникновении социально значимых заболеваний огромно и с каждым годом возрастает. Все перечисленные заболевания обладают факторами риска и

факторами защиты. Знание этих факторов может сыграть большую роль в осуществлении профилактики. Факторы риска ассоциируются с повышенной вероятностью развития, более выраженной степенью тяжести или более продолжительным течением тяжелых расстройств здоровья. Защитные факторы - это условия, повышающие сопротивляемость людей к факторам риска. Их определяют, как факторы, которые модифицируют, улучшают или изменяют реакцию человека на некоторые средовые факторы риска, предрасполагающие к нарушению способности адаптироваться. В таблице 1 представлены 4 основные группы факторов риска, вклад которых в развитие социально значимых заболеваний неодинаков.

Таблица 1 – Группировка факторов риска и их вклад в формирование здоровья

Группы факторов риска	Факторы риска, входящие в группу	Доля в %
I. Образ жизни	Курение Употребление алкоголя Несбалансированное питание Стрессовые ситуации (дистрессы) Вредные условия труда Адинамия, гиподинамия Потребление наркотиков Злоупотребление лекарствами Напряженные семейные отношения Напряженные психоэмоциональные отношения на работе Низкий культурный и образовательный уровень	50 - 55
II. Генетические факторы	Предрасположенность к наследственным болезням Наследственная предрасположенность к тем или иным заболеваниям	15 - 20
III. Окружающая среда	Загрязнение воздуха канцерогенами Загрязнение воды канцерогенами и другими вредными веществами Загрязнение почвы Резкие смены состояния атмосферы Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	20 - 25
IV. Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий Низкое качество и несвоевременность медицинской помощи	10 - 15

Таким образом, из всех факторов риска первое место занимает нездоровый образ жизни, удельный вес которого в развитие заболеваний превышает 50 % всех факторов воздействий. Остальные 50% приходятся на генетические факторы, факторы окружающей среды, медицинские факторы. В то же время, по данным ВОЗ, приверженность здоровому образу жизни населения России очень низкая. Следовательно, основополагающей задачей практического здравоохранения по предотвращению социально значимых заболеваний является борьба с факторами риска их развития [2,3].

Таким образом, для решения разнообразных социальных проблем данной группы заболеваний необходима целостная система социальных мероприятий, сформированных на федеральном, территориальном и муниципальном уровнях. Проблема ранней

выявляемости социально значимых заболеваний стоит очень остро и является одной из приоритетных для практической и научной медицинской общественности. Раннее выявление социально значимых заболеваний и факторов риска их развития - главная задача получающих все большее распространение целевых программ диспансеризации, а также дополнительной диспансеризации в рамках национального проекта «Здоровье». Именно на плечи медицинских работников ложится ответственность за проведение деятельности по предупреждению данных заболеваний.

Успешная профилактика социально значимых заболеваний невозможна без широкого проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни. Можно выделить следующие основные направления в деятельности по формированию здорового образа жизни:

1. Повышение уровня знаний населения о негативном влиянии факторов риска на здоровье - текущая повседневная информация, лекции, беседы, занятия в школе для больных с артериальной гипертензией, сахарным диабетом.

2. Обучение здоровью: создание мотивации для ведения здорового образа жизни, формирование навыков укрепления здоровья: личная гигиена, рациональное питание; оптимальное сочетание работы и отдыха; двигательная активность; закаливание; отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, употребление наркотиков).

3. «Принуждение к здоровью» - проведение ежегодно профилактических осмотров – диспансеризации, профилактических прививок (против краснухи, гепатита В, гриппа). Крайне важным представляется вопрос доступности профилактических программ, особенно вопрос «приближения профилактических программ» к работающему контингенту населения [3].

И в заключении хотелось бы подчеркнуть, что социально значимые заболевания - это проблема не только отдельно взятого государства и не только органов здравоохранения. Работа учреждений здравоохранения может быть результативной только при активном участии в проведении профилактических мероприятий руководителей всех служб, ведомств, учреждений. Проведение различных акций по борьбе с распространением социально значимых заболеваний призывает каждого задуматься над реальной опасностью заражения этими заболеваниями для себя, своих близких и родственников. Поэтому необходимо знать меры первичной профилактики, которые предотвратят возникновение этих серьезных болезней. Возрастает значимость пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний. «Профилактика заболеваний заключается в обосновании всех нравственных позиций в каждом человеке для того, чтобы каждый захотел быть здоровым и выздоравливать в семье, в окружении... Любое заболевание изначально происходит от незнания причины и следствия здоровых процессов» [3]. Избитая истина «болезнь легче предупредить, чем лечить» относится к социально значимым заболеваниям в большей степени, чем к любому другому заболеванию.

Литература

1. Постановление Правительства РФ от 28.12.2012 № 1472 «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2012 годы)». М.; 2012.

2. Ленская Н.П. Диагностика, терапия и профилактика социально значимых заболеваний человека // Международный журнал экспериментального образования. – 2004. № 8-3. С. 74-75.

3. Пузин Сергей Никифорович, Шургая Марина Арсеньевна, Богова Ольга Таймуразовна, Потапов Владимир Николаевич, Чандирли Севда Айдыновна, Балка Л. Ю., Беличенко В. В., Огай Д. С. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. №3. URL:

Е.С. Шапранко
Научный руководитель: Н.Н Антипина, преподаватель
ГБПОУ «Кузбасский медицинский колледж»
Анжеро-Судженский филиал
г. Анжеро-Судженск

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВРЕДНЫХ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ

Практически все необходимые вещества в организм человека поступают с пищей и водой. Состав пищи, и ее качество напрямую влияют на здоровье, работоспособность, физическое развитие, эмоциональное состояние и в целом на качество и продолжительность жизни [2].

Главное требование, которое современный образованный человек предъявляет к продуктам питания - качество. И здесь на первый план выходит такая проблема, как пищевые добавки, которые встречаются практически во всех продуктах [1]. Разобраться в этом изобилии без специальных знаний очень сложно. Исходя из этого, была поставлена цель: изучение содержания вредных пищевых добавок в продуктах питания.

Задачи исследования:

1. Изучить информационные источники о пищевых добавках.
2. Проанализировать состав различных продуктов питания.
3. Выявить пробелы в знаниях студентов, о культуре потребления продуктов содержащих пищевые добавки и повысить информированность.
4. Разработать социальный плакат и памятки.

Объект исследования: пищевые добавки в продуктах питания.

Предмет исследования: содержание вредных пищевых добавок в продуктах питания.

Практическая значимость: результаты исследования могут быть использованы для повышения информированности студентов о влиянии пищевых добавок на организм.

Гипотеза исследования: информированность студентов о вредных пищевых добавках позволит более ответственно подходить к покупке продуктов питания.

Продукт: социальный плакат и памятки.

Методы исследования:

1. Теоретический: обзор и анализ литературных источников по данной проблеме.
2. Эмпирический: анкетирование, изучение состава продуктов на наличие вредных пищевых добавок.

Проведенное анкетирование показало, что студенты не обращает внимания на качественный состав продуктов; не задумываются о том, какое количество пищевых добавок они получают в течение дня с продуктами питания. Предпочитают уже готовую пищу, а в качестве перекуса используют чипсы, газированные напитки, колбасные изделия, продукты быстрого приготовления, при этом не задумываются о последствиях для здоровья.

Тщательно изучив качественный состав основных продуктов, выяснили, что все они содержат большое количество вредных пищевых добавок [3]. Так, например:

-в шоколаде был обнаружен один вид опасной пищевой добавки – полиглицерин; в колбасных изделиях было обнаружено 7 опасных пищевых добавок - кармины, нитрит натрия, карраген, пирофосфаты, трифосфаты, полифосфаты, глутамат натрия;

-в напитках было обнаружено 10 опасных добавок-бензоат натрия, сахарный колер, кармуазин, глюконат натрия, сахарин, каротины, каротиновый альдегид, цитрат натрия, сорбат калия, желтый хинолиновый;

- в молочной продукции было обнаружено 9 опасных пищевых добавок - кармины, модифицированный крахмал, цитрат натрия, каротины, полифосфаты, фосфаты натрия, пирофосфаты, фосфат кальция, сорбиновая кислота;

-в продуктах быстрого приготовления было обнаружено 7 опасных пищевых добавок - модифицированный крахмал, полифосфаты, глутамат натрия, пирофосфаты, пиросульфит натрия, аскорбилпальмитат, рибонуклеотиды натрия.

Настораживает тот факт, что газированные напитки и молочная продукция (длительно хранения) содержит самый широкий ассортимент вредных пищевых добавок, а эти продукты студенты употребляют в больших объемах.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что современная пища невозможна без веществ, которые улучшают внешний вид, вкус, цвет, запах и многие другие свойства продуктов, т.е. без пищевых добавок (как природного, так и искусственного происхождения). Анкетирование студентов показало низкую осведомленность по культуре потребления продуктов, содержащих пищевые добавки.

Поэтому почти все студенты желали бы получить больше информации по данной теме. В связи с этим были проведены разъяснительные беседы о снижении потребления пищевых добавок. С этой целью были разработаны памятки «Грамотный потребитель» (с QR-кодом) и социальный плакат.

Наше исследование было призвано привлечь внимание студентов к данной проблеме. Работа ориентирована на увеличение мотивации обучающихся на использование натуральных и полезных продуктов, тем самым сохраняя своё здоровье.

Таким образом, важно обращать внимание на состав продуктов питания, ведь в настоящее время производители стараются увеличить срок хранения, добавить яркости и вкуса своим товарам, используя при этом большое количество пищевых добавок. Лучше всего отдавать предпочтение натуральным продуктам, с низким сроком хранения или продуктам, с наименьшим количеством пищевых добавок. Поставленная цель работы была достигнута, задачи решены полностью. Гипотеза подтверждена.

Литература

1. Абямитова, К.Р. Пищевые добавки и безопасность продуктов питания / К. Р. Абямитова, Е. Н. Летягина. - Текст: электронный //Агропродовольственная политика России. - 2020. - № 4. - С. 2-5.-URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_44220035_63577248.pdf (дата обращения 3.02.2020). Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

2. Артеменко, Е.П. Пищевые добавки в жизни человека / Е. П. Артеменко. - Текст: электронный // Образование и наука без границ: социальногуманитарные науки. - 2016. - № 3. - С. 318-321. - URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_27224789_95285165.pdf (дата обращения 3.02.2020). Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

3. Иванов, С.В. Е-добавки, их негативное влияние на организм / С. В. Иванов, В. В. Баранова. - Текст: электронный // Вестник науки и образования. - 2019. - № 7-2 (61). - С. 62-66. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/e-dobavki-ihnegativnoe-vliyanie-na-organizm> (дата обращения: 04.02.2021). Режим доступа: свободный.

А. А. Вересникова
Научный руководитель: преподаватель В. В. Дудорова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

В настоящее время в результате повсеместного широкомасштабного распространения ВИЧ-инфекция/СПИД является глобальной медицинской, социальной, психологической и юридической проблемой.

Вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) поражает иммунную систему и ослабляет защиту организма от широкого ряда инфекций и болезней, в том числе некоторых типов рака. У ВИЧ-инфицированных постепенно развивается иммунодефицит.

Инфекция может передаваться при незащищенном сексуальном контакте, переливании зараженной крови, совместном использовании зараженных игл, шприцев или других острых инструментов, а также от матери ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания.

Рост числа людей, зараженных вирусом иммунодефицита человека и увеличение доли женщин среди них, а также ежегодный рост числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин определяют чрезвычайную актуальность профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

В качестве мероприятий, проводимых в рамках профилактики, важны своевременная диагностика ВИЧ-инфекции и выявление факторов высокого риска заражения ВИЧ у беременных, химиопрофилактика, проводимая с помощью антиретровирусных препаратов (далее – АРВП) женщине и ребенку, тактика ведения беременности и родов, а также ведение ребенка в первые полтора года жизни, включающее отказ от грудного вскармливания.

Тактика профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку определяется совокупностью эпидемиологических, клинических и лабораторных показателей и подбирается для каждой конкретной женщины после консультирования с соответствующими специалистами.

Показано, что наиболее важным фактором, влияющим на вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери плоду и ребенку, является концентрация вируса в крови женщины (так называемая вирусная нагрузка, далее – ВН) во время беременности и родов, поэтому важно достичь ее неопределяемого уровня как можно раньше во время беременности. Это можно сделать с помощью применения АРВП, которые являются важнейшим компонентом в комплексе мероприятий, проводимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Назначение АРВП ВИЧ-инфицированной женщине может быть необходимо не только для предотвращения заражения ребенка, но и с целью лечения самой женщины. При назначении АРВП необходимо минимизировать возможное неблагоприятное воздействие АРВП на плод, что особенно актуально в I триместре беременности. Поэтому сроки начала приема АРВП у беременной должны быть оптимальны с точки зрения эффективности лечения женщины, эффективности химиопрофилактики заражения ребенка и безопасности плода. Эти сроки определяются стадией ВИЧ-инфекции, количеством CD4-лимфоцитов и ВН.

Способы проникновения вируса от матери к ребенку известны: трансплацентарный (антенатально), контактный (контакт с материнской кровью и слизистой оболочкой влагалища), возникающий интранатально, и посредством грудного вскармливания. Максимальная вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку имеет место во время родов,

когда плод проходит через родовые пути, контактирует с инфицированной материнской кровью и слизистой оболочкой половых органов. Установлено множество факторов, которые увеличивают риск внутриутробной передачи ВИЧ, наиболее важные из них – высокая ВН, отсутствие АРВП во время беременности, сопутствующие инфекции.

Мероприятия, проводимые на трех этапах профилактики вертикального заражения ВИЧ (во время беременности, родов и в период новорожденности), связаны между собой. Например, если АРВП в период беременности не проводилась или была недостаточно эффективной (не удалось добиться снижения ВН перед родами до уровня ниже 1000 копий/мл), роды рекомендуется проводить путем планового кесарева сечения, а не естественным путем, а ребенку назначить комбинированную АРВП.

Для оценки актуальности данной темы были проведены клинические исследования течения беременности и родов у ВИЧ-инфицированных беременных женщин. В проведенных исследованиях убедительно показано, что частота преждевременных родов у пациенток с ВИЧ-инфекцией статистически значимо выше, чем у здоровых женщин, независимо от назначения АРВП. Несмотря на своевременную верификацию диагноза, не все беременные женщины проводят антиретровирусную терапию в должном объеме, что влечет за собой специфическое вирусное поражение плаценты с формированием плацентарной недостаточности и, следовательно, высокий риск инфицирования плода.

Имеющиеся представления о ВИЧ-инфекции подчеркивают необходимость проведения всех этапов профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции (прием АРВП во время беременности, родов; применение профилактики новорожденным; родоразрешение путем кесарева сечения; замена грудного вскармливания искусственным), которые проводятся в Российской Федерации (далее – РФ) согласно клиническому протоколу, утвержденному приказом МЗ РФ от 03.06.2015 г. «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку» № 154/10/22661 и полностью соответствуют рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ).

В настоящее время в диагностике ВИЧ используется двухуровневый подход – косвенные и прямые тесты. Косвенные тесты позволяют обнаружить в крови пациента специфические антитела к ВИЧ, а прямые тесты помогают выявить собственно сам ВИЧ и определить степень вирусной нагрузки на организм.

В России стандартная диагностика ВИЧ включает следующие методы лабораторных исследований:

1) ИФА (иммуноферментный анализ);

2) иммуноблот (иммунный блоттинг).

Также могут быть применены следующие методики:

1) экспресс-тест ИХА (иммунохроматография);

2) ПЦР (полимеразная цепная реакция).

Рекомендуется обследовать на антитела к ВИЧ:

1) всех женщин, у которых диагностирована беременность;

2) половых партнеров всех женщин, поставленных на учет по беременности.

При положительном результате теста на ВИЧ-инфекцию, следует обязательно:

– обсудить значение результата теста с пациенткой;

– определить, осознает ли женщина смысл результата, и дать ей возможность выразить свои чувства;

– обсудить первоочередные проблемы;

– разъяснить главные вопросы профилактики перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку. Обсудить и поддержать антиретровирусную терапию (далее – АРВТ) и профилактику, выбор метода вскармливания;

– обсудить раскрытие ВИЧ-статуса и обследование партнера;

– посоветовать продолжить дородовое наблюдение и подчеркнуть важность родов в отделении, проводящем мероприятия по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

Темы, которые необходимо затронуть при консультировании беременных пациенток:

- влияние беременности на ВИЧ-инфекцию;
- влияние ВИЧ-инфекции на исход беременности: риск неблагоприятного хода событий;
- риск передачи инфекции плоду в ходе беременности, родов и грудного вскармливания;
- возможности прерывания беременности;
- возможности лечения в период беременности;
- существующие методы профилактики с целью уменьшения риска передачи ВИЧ от матери ребенку;
- выбор способов вскармливания младенца: преимущества и недостатки грудного вскармливания;
- информирование о результатах теста партнеров, кого-либо из членов семьи или ближайшего окружения: преимущества и риск;
- необходимость последующего медицинского наблюдения матери и ребенка;
- будущая фертильность и выбор средств контрацепции.

Врач-инфекционист и акушер-гинеколог совместно определяют предпочтительный для женщины метод ведения родов, основываясь на том, что кесарево сечение значительно снижает риск вертикальной передачи ВИЧ ребенку. Окончательно вопрос о родоразрешении решается перед родами с учетом вирусной нагрузки и состояния иммунной системы, а также акушерского статуса. Плановая госпитализация женщины в родильный дом рекомендуется на 36-38-й неделе беременности для определения плана родов (кесарева сечения).

В целом тактика профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку определяется индивидуально для каждой конкретной женщины с учетом совокупности эпидемиологических, клинических и лабораторных показателей.

Основной целью применения АРВП у женщин с ВИЧ-инфекцией во время беременности, родов и у новорожденных является полная и надежная супрессия ВН ВИЧ не позднее, чем к началу последнего триместра беременности, и особенно к моменту родов, т.к. вероятность инфицирования ребенка существенно возрастает после 35 недель гестации и в родах, составляя около 80 %.

Другими важными задачами являются раннее начало АРВП у матери и поддержание ее здоровья. АРВП, назначаемые беременной, подавляют размножение ВИЧ, что приводит к уменьшению (в идеале до неопределяемого уровня) его концентрации в крови. В результате «контагиозность» крови беременной падает, и риск попадания вируса в организм плода и ребенка во время беременности и родов существенно понижается. Кроме того, АРВП могут проникать через плацентарный барьер в организм ребенка и обеспечивать защиту от заражения.

Назначение АРВП до наступления беременности является наиболее эффективным для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку. Отмена АРВП в I триместре беременности может привести к выраженному повышению ВН, ухудшению клинико-лабораторных показателей и, как следствие, повышению вероятности инфицирования ребенка.

В серодискордантных парах рекомендуется назначение АРВП ВИЧ-инфицированному мужчине-партнеру ВИЧ-серонегативной женщины при планировании беременности, а также на протяжении всей ее беременности и грудного вскармливания с целью исключения (минимизации) риска заражения женщины.

При выявлении ВИЧ-инфекции у женщины со сроком беременности менее 13 недель рекомендуется:

- начать АРВТ, не дожидаясь окончания I триместра беременности, если у женщины имеются показания к началу АРВТ: лабораторные (высокая ВН > 100 000 копий/мл и/или

число CD4 < 350 /мкл) и/или клинические (стадия 2, проявления вторичных заболеваний в стадиях 4, 5);

– начать АРВТ, не дожидаясь окончания I триместра беременности, если у женщины выявлена ВН > 100 000 копий/мл (высокий риск заражения плода);

– начать прием АРВП сразу после окончания I триместра беременности, если показания к АРВТ (за исключением беременности) отсутствуют;

– при выявлении ВИЧ-инфекции у женщины со сроком беременности от 13 до 28 недель рекомендуется начать АРВТ сразу после получения результатов исследования гемограммы, ВН и CD4;

– при выявлении ВИЧ-инфекции у женщины со сроком беременности 28 недель и более рекомендуется начать прием АРВП незамедлительно.

При выборе антиретровирусных препаратов у беременных следует учитывать в первую очередь их тератогенный потенциал, фармакокинетические особенности, спектр побочных действий, удобство применения.

Получены данные о фармакокинетических особенностях большинства АРВП у беременных на разных сроках гестации.

В зависимости от полученных данных АРВП можно разделить на 4 группы:

1) концентрация не изменяется или меняется незначительно (коррекции дозы не требуется): «Абакавир», «Зидовудин», «Диданозин», «Ставудин», «Эмтрицитабин», «Ламивудин», «Невирапин»;

2) концентрация снижается, но целевые концентрации достигнуты (коррекции дозы не требуется): «Тенофовир», «Эфавиренз», «Этравирин», «Атазанавир/Ритонавир», «Дарунавир/Ритонавир», «Фосампренавир/Ритонавир», «Саквинавир/Ритонавир», «Нелфинавир», «Ралтегравир»;

3) концентрация снижается (требуется коррекция дозы): «Лопинавир/Ритонавир»;

4) данных о фармакокинетике недостаточно или отсутствуют: «Рилпивирин», «Индинавир/Ритонавир», «Типранавир/Ритонавир», «Фузеон», «Маравирок».

Наиболее изученными у беременных являются «Зидовудин» и «Ламивудин». При использовании препарата «Зидовудин» анемия развивается чаще, чем при назначении других.

«Ставудин» обладает повышенной токсичностью у беременных, однако, его применение может быть оправдано при тяжелой анемии и невозможности использовать другие НИОТ.

Не рекомендуется назначать беременной «Диданозин» и особенно комбинацию со «Ставудином» вследствие потенциально высокой токсичности и возможности развития тяжелого лактоацидоза.

Не рекомендуется отменять на всем протяжении беременности, а также после родов «Тенофовиром» и «Ламивудин» у женщин с хроническим вирусным гепатитом В, получающих эти препараты в схеме лечения (это может привести к обострению гепатита).

Перед началом АРВТ и в процессе ее проведения проводится консультирование беременной с разъяснением целей ее назначения – предупреждение передачи ВИЧ от матери к ребенку и/или поддержание здоровья женщины. Женщину информируют о том, что при соблюдении всех требований приема АРВП (в период беременности и родов, а также ребенком) и полной замене грудного вскармливания искусственным риск заражения ребенка ВИЧ снижается до менее 2 %. Подробно разъясняется схема химиопрофилактики. Дается информация о важности соблюдения режима приема АРВП, их возможных побочных эффектах. Женщине предлагается подписать «Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности и родов». При каждом последующем визите в ходе консультирования подчеркивается важность приверженности к АРВТ, выясняются причины, по которым возможны пропуски приема препаратов, и способы предотвращения таких нарушений. Для формирования мотивации беременной на отказ от грудного вскармливания

консультирование по этому вопросу целесообразно начать в период беременности и осуществлять при каждом визите.

ВИЧ-инфекция у матери не является показанием для кесарева сечения у женщин, получающих противовирусные препараты, т.к. риск инфицирования плода при кесаревом сечении и естественных родах примерно одинаков. У ВИЧ-инфицированных женщин, не получавших лечения во время беременности, в настоящее время предложен способ «бескровного» кесарева сечения, при котором риск инфицирования плода ВИЧ-инфекцией максимально снижен.

Назначение раствора «Зидовудин» внутривенно в родах показано:

- 1) всем ВИЧ-инфицированным женщинам независимо от наличия и схемы АРВТ:
 - если ВН перед родами 1000 коп/мл или неизвестна;
 - если ВН перед родами < 1000 коп/мл;
- 2) при получении в учреждении родовспоможения положительного результата экспресс-теста на ВИЧ;
- 3) при наличии эпидемиологических показаний: внутривенное введение психоактивных веществ и/или незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером в последние 12 недель настоящей беременности.

Женщины, начавшие принимать АРВП во время беременности, продолжают прием всех АРВП в родах.

Родоразрешение через естественные родовые пути может быть рекомендовано женщинам, получающим АРВТ во время беременности, если ВН перед родами < 1 000 коп/мл.

Все акушерские манипуляции, которые могут привести к нарушению целостности кожных покровов ребенка в период родов (перинео/эпизиотомия, амниотомия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, инвазивный мониторинг плода), должны быть строго обоснованы, не рекомендуется проведение данных процедур в рутинном порядке.

Все инвазивные процедуры в родах проводятся по четким акушерским показаниям.

Если произошло излитие вод до начала родовой деятельности или более 4 часов назад, рассматривается вопрос о назначении окситоцина внутривенно.

При ведении родов через естественные родовые пути рекомендуется обработка влагалища 0,25 % -ным водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита – при каждом последующем влагалищном исследовании. Эффективность этой манипуляции доказана при родах, которые длятся более 4 часов при вскрывшемся плодном пузыре. В этом случае обрабатывать хлоргексидином необходимо каждые 2 часа.

При отсутствии противопоказаний после родов родильница вместе с ребенком переводится в палату совместного пребывания, в послеродовую палату или палату интенсивного наблюдения.

Показаниями для операции плановое кесарево сечение являются:

- 1) ВН перед родами 1000 копий/мл;
- 2) ВН перед родами неизвестна;
- 3) настоятельно рекомендуется проведение планового кесарева сечения в тех случаях, когда АРВТ не проводилась во время беременности и/или невозможно применить АРВП в родах.

Плановое кесарево сечение с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку проводится по достижении 38 недель беременности при отсутствии признаков родовой деятельности.

В послеродовом периоде с целью предотвращения постнатального инфицирования новорожденного запрещено грудное вскармливание детей от ВИЧ-инфицированных матерей.

Литература

1. Приказ МЗ РФ от 03.06.2015 г. «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку» № 154/10/22661//СПС «Консультант Плюс». Версия Проф.
2. Клинические рекомендации по проведению профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, 2015//СПС «Консультант Плюс». Версия Проф.

Д.А. Флягина
Научный руководитель: преподаватель О.А. Самыкина
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ВЛИЯНИЯ ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВ0 НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

В последние десятилетия повысилось внимание к теме влияния группы крови на здоровье и поведение человека. Одни подбирают себе диеты по типу эритроцитов, для других интересна тема взаимосвязи характера и крови, третьи пристально ищут на просторах интернета информацию о том, влияет ли группа крови на здоровье человека, а четвертые все это считают не больше, чем выдумкой. Например, японцы уверены, что на характер человека влияет группа крови. Японский ученый Масахито Наоми, на основании исследований вывел такую зависимость между группой крови и характером человека. Первая группа крови – самураи (люди с ярко выраженными лидерскими качествами). Вторая группа крови – крестьяне (люди консервативны во всем, они чтят традиции и не привыкли менять свои привычки и уклад жизни, сдержанные и упрямые). Третья группа крови – торговцы (оптимисты, страстные натуры, могут быть эгоистичными, на первое место всегда ставят свои интересы, никогда не упустят своей выгоды). Четвертая группа крови – ремесленники (рациональный склад ума, настойчивы и могут быть злопамятны).

Группа крови – комбинация белковых молекул (антигенов А и В) или вообще отсутствие этих молекул. Эритроциты на своей поверхности несут сигнальные молекулы – антигены – агглютиногены. Двумя основными антигенами являются А и В. Группа крови определяется на основании наличия или отсутствия этих антигенов. Кровь людей, у которых на эритроцитах присутствует антиген А, относится к второй группе крови – А (I), кровь тех, у кого на эритроцитах антиген В, относится к третьей группе крови – В (II). Если на эритроцитах присутствуют и антигены А и В – это четвертая группа крови – АВ (IV). Бывает и так, что в крови на эритроцитах не определяется ни одного из этих антигенов – тогда это первая группа – 0 (I).

Цель проекта: выяснить риск заболеваний, в том числе и социально значимых, в зависимости от групп крови по системе АВ0.

Обозначим заболевания, связанные с группой крови по системе АВ0.

Сахарный диабет – хроническая болезнь, вызванная нарушением обменных процессов из-за дефицита синтеза инсулина и повышения сахара в крови. Симптомы диабета: постоянное ощущение жажды, учащенное мочеиспускание, повышенный аппетит, сухость кожных покровов, бессонница, судороги в икрах и снижение зрения. В исследовании французских ученых вероятность того, что риск диабета может зависеть и от групп крови: женщины со второй, третьей, четвертой группой крови больше

предрасположен к диабету второго типа, чем представительницы слабого пола с первой группой. Всего ученые проанализировали данные более 80 тысяч французенок. Результаты показали, что по сравнению с женщинами с первой группой крови дамы со второй группой были на 10 процентов более склонны к развитию диабета, а у тех кто обладал третьей группой, такой риск составлял 21 процент. В свою очередь, у четвертой группы риск повышался на 17 процентов, но и результаты не были статистически значимы, по словам исследователей. Ученые не знают, каковы причины, лежащие в основе связи между группой крови и риском диабета, но предполагают, что группа крови может влиять на эндотелиальные или воспалительные маркеры.

Язва желудка – локальный дефект слизистой оболочки желудка, образующийся под действием соляной кислоты, пепсина и желчи, вызывающий на этом участке трофические нарушения. Симптомы: болезненные ощущения в эпигастриальной зоне разной интенсивности; головные боли, которые уменьшаются после употребления пищи; изжога или отрыжка тухлым, что зависит от уровня желудочной кислоты; нарушение стула – наблюдаются запоры при повышенной кислотности или поносы при пониженной кислотности; тошнота; вздутие живота; сильное урчание в животе, поскольку патологии подвержены нижележащие отделы ЖКТ. Ученые связывают развитие этого заболевания с особенностями иммунного ответа на инфекцию. Наличие первой группы крови влияет на склонность к язве наиболее существенно. Обладатели второй, третьей, четвертой группы крови страдают от нее реже остальных.

Тромбоз – патологическое заболевание, при котором в сосудах образуются плотные кровяные сгустки, замедляющие или вовсе останавливающие нормальное течение крови. Симптомы артериального тромбоза: резкая боль в виде пульсирующего потока; чувство онемения конечностей; одышка; сдавленность в груди; нарушение сердечного ритма; головокружение. Симптомы венозного тромбоза: отечность; уплотнение вен в месте нахождения тромба; меняется цвет кожи; набухание и выпирание поверхностных вен; боль усиливающего характера. Исследования показали, что обладатели первой группы крови имеют самый низкий риск тромбов. Наиболее значителен этот риск у людей со второй и третьей группой – повышен на 30%. У людей с четвертой – на 20%.

Ишемическая болезнь сердца – острое или хроническое поражение миокарда, возникающее вследствие уменьшения или прекращения снабжения сердечной мышцы артериальной кровью. Классические симптомы: боль за грудиной, часто иррадирует в нижнюю челюсть, шею, кисть, спину; боль давящая, сжимающая, жгучая, душащая, которая длится от 30 секунд до 5 – 15 минут. Специалисты из Гарвардской школы здравоохранения узнали, что у обладателей какой группы крови шансы развития ишемической болезни сердца выше, чем у других. Ученые провели анализ двух исследований, в котором участвовали 62073 женщин, где респондентами были 27428 совершеннолетних участников обоего пола. Возраст испытуемых – от 30 до 75 лет, наблюдения продолжались 20 и более лет. При анализе специалисты учитывали такие факторы, как возраст, индекс массы тела, пол, раса, курение, история болезни. Как выяснилось, люди с четвертой группой крови на 23% больше прочих рискуют заполучить болезнь. У обладателей третьей группы крови этот риск повышен на 11%, а вторая группа крови повышает вероятность появления ишемической болезни сердца на 5%. Наименьший риск развития проблем с сердцем у обладателей первой группы крови.

Атеросклероз – хроническое заболевание артерий эластического и мышечно – эластического типа, возникающее вследствие нарушения липидного обмена и сопровождающееся отложением холестерина. Отложение формируется в виде бляшек. Симптомы: возникает боль за грудиной, появляется одышка, частые головные боли, шум в ушах, общее недомогание, повышается артериальное давление. Согласно результатам метаанализа, опубликованному в 2012 г. Американской кардиологической ассоциацией, группа крови ассоциирована также и с риском развития атеросклероза. После выравнивания по прочим факторам кардиоваскулярного риска установлено, что участники

с группой крови А (II), В(III), АВ(IV) подвергаются большому риску развития атеросклероза. Таким образом, наибольшему риску – на 23% более высокому – подвергаются обладатели группы крови АВ(IV). В целом лица с группой крови, отличной от 0(I), имеют на 11% более высокий риск развития атеросклероза.

Болезнь Альцгеймера – это хроническое заболевание нервной системы, которое впервые было описано доктором Алоисом Альцгеймером в 1906 году. Заболевание вызывает медленное повреждение нейронов и отмирание тканей мозга. Симптомы: нарушение памяти, невнимательность, нарушение ориентации в пространстве, безразличие к происходящим событиям. Исследователи университета Шеффилда установили, что принадлежность к той или иной группе крови играет роль в развитии нервной системы и может лежать в основе повышенного риска угасания познавательной функции. В результате этого данные свидетельствуют о том, что люди с I группой крови имеют больше серого вещества в задней части мозжечка. По сравнению с ними люди с группами крови II, III, IV имеют меньше серого вещества в височной и лимбической долях полушарий, в том числе в левой части гиппокампа, в числе первых страдающих при болезни Альцгеймера. Люди с IV группой крови на 82% больше склонны к развитию проблем с памятью и мышлением, а с I группой крови защищены от развития нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера.

В ходе проектной деятельности, опираясь на литературные источники можно сделать соответствующий вывод, что, да некоторые болезни реально зависят от групп крови и если вовремя не заняться этой проблемой, последствия будут отнюдь не хорошие. Некоторые заболевания, такие как сахарный диабет и психические расстройства и расстройства поведения, по Постановлению Правительства РФ от 01.12.2004 относятся к социально значимым заболеваниям. В связи с профилактикой факторов риска развития заболеваний и социально-значимых заболеваний были разработаны рекомендации, о том, как избежать этих заболеваний.

Мы не проводили статистических исследований по данной теме среди населения города Братска, но в будущем, когда я выйду на практику, и буду иметь доступ к данным материалам мы обязательно проведем это исследование.

Рекомендации для предупреждения сахарного диабета:

- Заниматься спортом на регулярной основе
- Сократить потребление сладких напитков и кондитерских изделий
- Принимать пищу с регулярными интервалами, чтобы избежать переедания
- Следить за своим весом

Рекомендации для предупреждения язвы желудка:

- Вести здоровый образ жизни
- Правильно питаться
- Своевременно лечить хронический гастрит
- Нормализовать режим сна

Рекомендации для предупреждения тромбоза:

- Следить за своим весом
- Вести здоровый образ жизни
- Больше заниматься спортом
- Правильно питаться
- Контрастный душ
- Своевременная диагностика

Рекомендации для предупреждения ишемической болезни сердца:

- Заниматься спортом
- Отказаться от вредных привычек
- Следить за своим питанием

Рекомендации для предупреждения атеросклероза:

- Правильное питание

- Нормализовать свой вес
 - Отказаться от вредных привычек
 - Чаще заниматься спортом
 - Устранение стрессовых ситуаций
- Рекомендации для предупреждения болезни Альцгеймера:
- Заниматься спортом не реже трех раз в неделю
 - Сделать свой рацион питания « полезным для мозга»
 - Контролировать свое артериальное давление
 - Максимально снизить употребление соли, это нормализует кровяное давление
 - Контролировать уровень сахара в крови
 - Отказаться от вредных привычек
 - Защищать голову от травм
 - Развивать свою память

Литература

1. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 N 715 – Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих – Действующая последняя редакция от 31.01.2020 – Начало действия редакции 11.02.2020 http://disuria.ru/_ld/4/489_715pP01122004.pdf
2. Группа крови человека. <https://verekus.ee/ru/ob-ispoizanii/o-gruppan-krovi/>
3. Сахарный диабет. Риск диабета может зависит от групп крови. <https://www.smcllc-spb.ru/doctor/endokrinolog/zaboleva>
4. Группа крови влияет на риск развития заболеваний. <https://www.umj.com.ua/article/38809/gruppa-krovi-vliyaet-na-risk-razvitiya-ateroskleroza>.

А. М. Вагина

Научный руководитель: преподаватель Н. А. Носковец
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

ВИЧ относится к одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения, основанных на угрозе для жизни здоровья человечества. Эффективная профилактика этих заболеваний требует участия не только медицинских работников, но и общества, правительства, образования и культуры. ВИЧ – инфекция наносит громадный ущерб всему населению из-за временной, постоянной нетрудоспособности, больших затрат на профилактику, помощь в лечении, реабилитационный период, преждевременной летальности, а также беззаконию. По статистике за 2020 год наибольшее экономическое значение имеет ВИЧ-инфекция. Таким образом, экономические потери при первых выявленных случаях ВИЧ-инфекции (бессимптомное проявление заболевания, заболевания ВИЧ) - 7 899 300,10 тыс. руб.

ВИЧ-инфекция – это хроническое медленно прогрессирующее заболевание, которое вызывается благодаря вирусу иммунодефицита в организме людей. Название болезни соответствует термину «Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита людей», используемое в МКБ-10. При ВИЧ-инфекции повреждение иммунной системы прогрессирует, что способствует возникновению состояния, известному как синдром

приобретенного иммунодефицита. Когда человек заболевает вирусом иммунодефицита, происходит неминуемое повреждение иммунной системы, прогрессирующее с каждым днем, что в итоге приводит к ситуации, называемой — СПИД, в ходе которого, у пациента развиваются следующие оппортунистические инфекции: туберкулез, токсоплазмоз, криптоспоридиоз, цитомегаловирус. Болезнь, вызванная ВИЧ считается синдромом, поскольку включает различные инфекционные, аутоиммунные заболевания, расстройства неврологического характера и различные злокачественные новообразования.

Исходя из того, что вич – ретровирус, из подсемейства лентивирусов, в данный момент выделяют всего два вируса – ВИЧ-1, ВИЧ-2, данные вирусы различаются по строению гомона, антигенной характеристике. Существуют значительные различия в течении болезни, вызванной разными типами вирусов. В рамках видов ВИЧ-1 и ВИЧ-2 учёные выделяют огромное количество генетически различающихся вариантов вируса.

ВИЧ-инфекция-инфекционное заболевание. Источник — заболевший человек. С наибольшей вероятностью передача ВИЧ от человека произойдет на поздней стадии инкубации, при первичных клинических проявлениях, и на поздней стадии заражения, когда концентрация вируса достигает максимального значения, вирус в крови слабо нейтрализуется антителами. Человек, у которого внутри организма находится ВИЧ, остается до конца жизни его носителем. Не существует доказанных случаев полного излечения от ВИЧ-инфекции, полного выведения ВИЧ из организма. С точки зрения эпидемиологической значимости на первом месте стоит кровь, за ней следуют сперматозоиды, выделения. Другие биологические жидкости, как фактор передачи инфекции, практически роли не играют, так как концентрация вируса в них очень низкая.

Передаётся ВИЧ-инфекция – контактным путём. Заразиться ВИЧ-инфекцией можно как естественным, так и искусственным путём: половым путём, при переливании зараженной крови, при применении зараженных ВИЧ медицинских инструментов, от инфицированной матери ребёнку в момент вынашивания ребёнка и родов, а также при кормлении грудью от больной матери к ребёнку и от инфицированного ребёнка матери в момент кормления грудью. За последние десять лет среди форм передачи ВИЧ самыми частыми являются парентеральный и половой, распространённые в особенности среди взрослого населения. В настоящее время ВИЧ-инфекция (инфекция, обусловленная вирусом ВИЧ-1. – ВИЧ-2) стала широко распространённой болезнью. Чаще инфекция обнаруживается в крупных городах, в числе слаботзащищённых категорий людей, к которым относятся лица, употребляющие наркотики внутривенно мужчины, состоящие в сексуальных отношениях с мужчинами, лица, часто меняющие сексуальных партнеров.

Несмотря на это, ВИЧ-инфекция неравномерно распределена в мире. Выделяют три наиболее пораженных региона: Африке (5%), страны Карибского бассейна (0,9 %), регионы Восточной Европы и Центральной Азии (0,9 %). В последнее десятилетие в России ВИЧ-инфекции свойствен прогрессирующий рост количества впервые обнаруженных случаев – с 33,5 в 2004 году до 83 в 2014 году, и рост общего количества зафиксированных случаев с 251 в 2004 году до 907 тыс. в 2014 году. Частота инфицирования в 2014 году составил 58,4 на 100 тысяч проживающих в стране, процент пораженных – 494,6 на 100 тысяч.

Вспышка заболеваемости существует во всех регионах России. По статистике на 2020 лидерами являлись: Кемеровская область – 235 на 100 тыс. человек, Свердловская область – 165 на 100 тыс., Томская область – 151 на 100 тыс., Новосибирская область – 141 на 100 тыс., Иркутск – 129,2 на 100 тыс.. Для субъектов России, в которых наибольшая пораженность, выделяют: Иркутская область – 1438,6 граждан с ВИЧ, Свердловская область – 1391,1 заражённых ВИЧ, Самарская область – 1337,7 людей с ВИЧ. Свыше 57 % людей заразились ВИЧ-инфекцией на территории РФ в результате употребления наркотических средств с использованием нестерильных шприцов. Таким образом, этот путь заражения, по-прежнему имеет большое значение. Проблема ВИЧ/Спида является острой для Иркутской области начиная с конца 90-х годов 20-го века. В городе Иркутске

впервые случай ВИЧ-инфекции был обнаружен в 1991 году. Первый случай ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотические средства, был обнаружен в 1996 году. За промежуток с 1991-1998 гг. эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции сохранялась относительно удовлетворительной и характеризовалась записями нескольких завозных случаев ВИЧ-инфекции и отсутствии наличия местной инфекции.

Особенности эпидемии ВИЧ-инфекции в Иркутске на начальном этапе: инфекция начинается среди людей, употребляющих наркотики, происходит заражение большого количества людей в короткий промежуток времени, преимущественно заражаются люди молодого возраста. Сегодня Иркутская область занимает место среди наиболее неблагополучных по ВИЧ-инфекции административных районов РФ, в которых эпидемия пребывает в генерализованной стадии. Общее количество зафиксированных случаев ВИЧ-инфекции с начала наблюдения равняется 35798. В эпидемии по-прежнему преобладает в основном мужское население – 54 % против 45 % женщин, возраст больных в основном от 30 до 39 лет.

Профилактика

В связи с тем, что специфическая профилактика не существует, имеется нехватка средств экстренной профилактики, решающее значение в борьбе с ВИЧ-инфекцией имеют мероприятия общего характера. И в первую очередь они направлены на группы риска:

- 1) люди, употребляющие инъекционные наркотические средства (ПИН);
- 2) люди, заражённые венерическими болезнями;
- 3) заключённые;
- 4) мужчины, входящие в половой акт с мужчинами (МСМ);
- 5) люди, предоставляющие услуги коммерческого секса (РКС).

Совершенствование профилактики ВИЧ-инфекции ведется по следующим основным направлениям:

1) эпидемиологическое наблюдение за ВИЧ-инфекцией, контроль за выполнением норм и принципов санитарного и противоэпидемического режима в ЛПО. Совершенствование системы эпидемиологического надзора: разработка новых методов прогнозирования распространения ВИЧ-инфекции и подбора управленческих постановлений по удержанию заболеваемости ВИЧ/СПИДом;

2) пропаганда здорового образа жизни, санитарное просвещение, сексуальное воспитание, разъяснение причин и характера заболевания, его следствий, способов заражения и средств по предупреждению болезни;

3) выполнение гигиенических норм, противоэпидемических правил и мер личной профилактики медицинскими сотрудниками с намерением профилактики самозаражения и инфицирования больных ВИЧ: – предупреждение заражения ВИЧ внутри больницы; – предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией медицинскими сотрудниками; – предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией в момент переливании донорской крови и её компонентов;

4) активное определение людей, заражённых ВИЧ-инфекцией среди категории из высокого риска заражения;

5) динамическое диспансерное наблюдение за заражёнными ВИЧ-инфекцией, людей с сомнительными анализами после лабораторного обследования;

6) меры по предупреждению вертикальной передачи ВИЧ, предотвращение инфицирования здоровых новорождённых при грудном вскармливании молоком больной матерей;

7) совершенствование и внедрение в лабораторную деятельность способов определения маркеров заражения ВИЧ на ранних этапах;

8) повсеместное внедрение в практику анонимного обследования на ВИЧ-инфекцию, до- и после тестового психосоциального консультирования всех желающих;

9) совершенствование и широкое использование антиретровирусной терапии, повышение приверженности больных к лечению.

Ключевым способом профилактики ВИЧ-инфекции является гигиеническое образование людей, которое подразумевает: осведомление людей подробными сведениями о ВИЧ-инфекции, способах неспецифичной профилактики ВИЧ-инфекции, ключевых симптомах болезни, значимости оперативного обнаружения заражённых людей, надобности контролирования их на диспансерном учёте и прочих мероприятий с задействованием СМИ, разнообразных листовок и плакатов, проведение бесед и лекций. Распространение ВИЧ/СПИД объясняется специфическим поведением людей, в связи с этим, профилактическая работа окажется успешной в той в мере, в какой удастся исследовать данное поведение и повлиять на него.

Исходя из вышесказанного, одним из наиболее важным аспектом в диагностировании ВИЧ-инфекции считается сдача лабораторных исследований, которые жизненно необходимы для незамедлительного, своевременного лечения и наблюдения эффективной терапии.

При постоянстве обследования, поддержании общения с пациентами, значительно улучшается состояние функционирования иммунной системы пациента. Когда больной находится под систематическим наблюдением и присмотром, это наиболее благополучно складывается на жизни пациента, улучшает, а также сохраняет правильность функционирования иммунной системы человека, продлевает жизнь. Начатое лечение в положенное время поддерживает иммунную систему в нормальном состоянии, а проверка анализа крови прогнозирует, как будет развиваться вирус.

Литература

- 1) James E. Rickman. Human genes may predict AIDS progression rate (англ.). Los Alamos National Laboratory News Bulletin (14 July 2016). Архивировано 23 марта 2016 года.
- 2) Таксономия вирусов на сайте Международного комитета по таксономии вирусов.
- 3) Медпортал. ВИЧ-инфекция и СПИД
- 4) Kawamura T., Kurtz S. E., Blauvelt A., Shimada S. The role of Langerhans cells in the sexual transmission of HIV. (англ.) // Journal of dermatological science. — 2018.

С. А. Дубинская
Научный руководитель: преподаватель Н. П. Кустова
Областное государственное бюджетное профессиональное
Образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

СТРЕСС КАК НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ БИОСОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР

В повседневной жизни человек постоянно испытывает множество эмоций в течение трудового дня, они могут быть как положительные, так и отрицательные и это, естественно, конечно же зависит, определённо от ситуации, в которой находится человек в данный момент. Как правило, стресс является неотъемлемой частью жизни человека. И, к большому сожалению, отрицательные и положительные эмоции могут породить, так называемый стресс, который становится большой проблемой для человека, ведь далее стресс может незаметно превратиться в депрессию. Так что же такое стресс и как его не впускать в свою жизнь?

Стресс – это неопределенная реакция организма на любое предоставленное воздействие внешних факторов, которая может сопровождаться тревожным состоянием и повышенной эмоциональностью.

Разработав теорию стресса, Ган Селье выделил в нём три фазы (см. Таблицу 1).

Таблица 1 – 3 фазы стресса Ган Селье

Фаза стресса	Пояснение
I фаза (Стадия тревоги)	Начинают активизироваться все защитные функции организма. Происходит избыточное выделение гормонов, выброс адреналина в кровь, повышается артериальное давление, уровень сахара в крови, усиливаются функции вегетативной нервной системы и надпочечников.
II фаза (Стадия сопротивления)	Происходит равномерное расходование адаптационных резервов организма. Стадия сопротивления корректируется частью вегетативной нервной системы, то есть парасимпатической нервной системой. Парасимпатическая нервная система пытается вернуть все системы в норму, а именно: уменьшить количество вырабатываемого кортизола, артериальное давление и частота сердечных сокращений приходят в норму. В данной стадии уровень сопротивляемости организма заметно выше обычного. Надпочечники начинают адаптироваться к стадии сопротивления, используя «захват прегненолона». Прегненолон – это метаболит холестерина и представляет исходное химическое вещество для производства кортизола, половых гормонов, включая тестостерон. При изменении метаболизма прегненолона, уровень тестостерона, вырабатываемого в организме начинает значительно снижаться.
III фаза (Стадия истощения)	Стресс сохраняется в течение длительного времени. Организм перестает бороться со стрессом и уменьшать его неблагоприятное воздействие, потому что истощается вся адаптивная способность организма. Может стать началом какой-либо болезни.

Виды стресса:

- острый (мгновенный) – возникает при неожиданном воздействии внешних факторов;
- положительный – это всевозможные приятные события, несущие за собой позитивные эмоции. Данное потрясение организма стимулирует выработку эндорфина и дофамина и благоприятно влияет на организм человека;
- отрицательный – возможен из-за неприятных перемен в жизни. Отрицательно сказывается на физическом и психическом здоровье человека;
- хронический – это непрерывное воздействие негативных факторов, от которых невозможно избавиться.

Положительно настроенным людям проще справляться с отрицательными эмоциями, поэтому им легко удаётся избегать напряжения. По данным исследования учёных из Великобритании, было установлено, что 74% опрошенных людей страдают от хронического стресса. Как правило, женщины подвержены этому состоянию больше, чем мужчины.

Основные причины стресса:

- чувство страха за своё будущее, за своих близких и за себя;

- переутомление на рабочем месте, нарушение сна (В идеале человек должен спать около 8-9 часов), неправильное питание, отсутствие полноценного отдыха;
- конфликты. Конфликтные ситуации на рабочем месте, с друзьями или даже близкими людьми;
- низкая самооценка. Непринятие себя, своей внешности;
- употребление алкоголя и психоактивных веществ для снятия напряжения;
- малоподвижный образ жизни;
- смена обстановки;

Психоэмоциональный стресс – один из наиболее часто встречающихся состояний у современного человека. Современные медико – биологические и психофизиологические исследования убедительно показывают, что эмоциональный стресс оказывает всестороннее разрушительное влияние на жизнедеятельность организма, подрывает здоровье людей.

Психоэмоциональный стресс является причиной многих психосоматических заболеваний, таких как:

- психозов, неврозов, нарушений сна, сосудистых заболеваний мозга, сердечно – сосудистых заболеваний: аритмий, экстрасистолий, инфаркта миокарда, гипертонической болезни;
- язвенно – дистрофических поражений желудочно – кишечного тракта;
- снижения иммунитета, предрасположенности к вирусным и многим инфекционным заболеваниям, аутоиммунным процессам;
- ревматических заболеваний, остеохондрозов;
- онкологических заболеваний;
- гормональных расстройств и нарушений половых функций и т.д.

Стресс влияет на генетический аппарат клеток, приводя к врожденным нарушениям развития и здоровья детей. Произошла реальная угроза нарушения генофонда человеческой популяции. Пагубное действие стресса проявляется:

- в росте алкоголизма и наркоманий;
- в повышении травматизма;
- в росте числа самоубийств;
- в инвалидизации общества.

Эмоциональный стресс является основной причиной уменьшения продолжительности жизни, повышения смертности людей и, в частности, внезапной смерти.

Порожденные стрессом болезни разрывают жизнь, а в общесоциальных масштабах – все больше несут угрозу существованию человечества. Эмоциональный стресс стал проблемой выживания человечества, и наряду с другими глобальными проблемами приобрел значительно неблагоприятную социальную значимость.

Приёмы нейтрализации эмоционального стресса:

1) Физические упражнения. Регулярные упражнения очень полезны для здоровья человека, они являются хорошим способом выхода отрицательной энергии, хорошо влияют на общее физическое состояние;

2) Диета. Продолжительный стресс может привести к возникновению дефицита витаминов, ослабления организма, вызывает слишком сильную восприимчивость к болезням. Кроме того, во время стресса нормальный режим питания нарушается, поэтому важным является соблюдение правильной диеты, употребления в пищу больше овощей и фруктов зеленого цвета;

3) Психотерапия. Проведение психологического тестирования, широкое использование различных техник, работа со специалистами-профессионалами, что рекомендуется обычно в случае интенсивной трудовой деятельности;

4) Психоанализ. Форма психотерапии, когда исследуются подсознательные основания ненормально поведения;

5) Медитация и расслабление. Занятие со специалистом аутотренинг, а также медитацией.

Литература

1. Гилл, Джит Все о стрессе / Джит Гилл. - М.: АСТ, Олимп, 2017. - 192 с.
2. Бенор, Дэниел Избавление от боли и стресса. Исследование сути исцеления. Том 1 (комплект из 2 книг) / Дэниел Бенор. - М.: ИГ «Весь», 2017. - 768 с.
3. Сандомирский, М.Е. Защита от стресса. Работа с подсознанием / М.Е. Сандомирский. - М.: СПб: Питер; Издание 2-е, 2016. - 304 с.
4. Байкова Л. А. Психология здоровья. Социальное здоровье детей и молодежи. — М.: Юрайт. 2019. 216 с.
5. Дедов Н. П., Коробанова Ж. В., Неврюев А. Н. Социальная психология. — М.: Прометей. 2020. 160 с.

Н.М.Майер

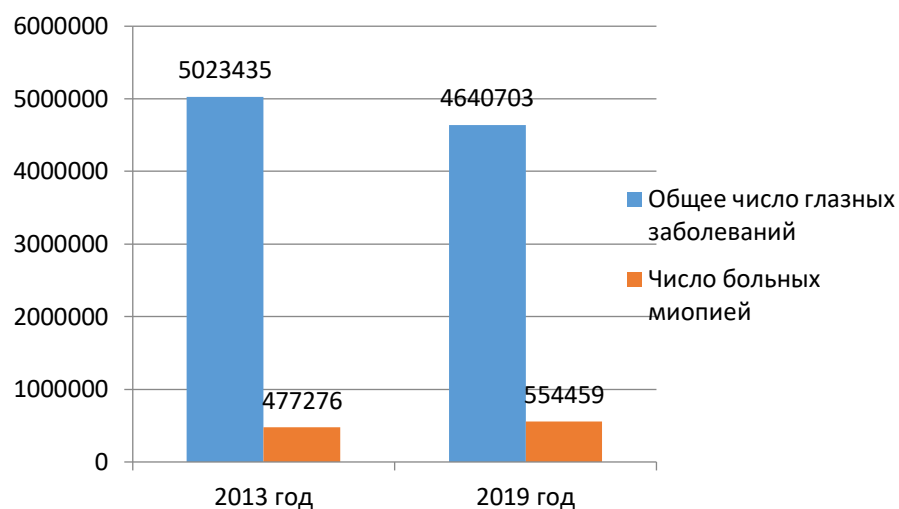
Научный руководитель: преподаватель А. А. Овчинников
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Кузбасский медицинский колледж»
г. Прокопьевск

МИОПИЯ - НЕ ВСЁ ПОТЕРЯНО

Миопия – является крайне распространённым заболеванием. Это один из видов аномалий рефракции глаза, при котором параллельные лучи света, попадающие в глаз, после преломления сходятся в фокусе не на сетчатке, а впереди нее. Другое название – близорукость. Связано оно с тем, что рассматриваемый предмет хорошо виден лишь на близком расстоянии

Актуальность данной темы заключается в том, что количество заболеваний миопией в России с каждым годом лишь растет. Различные заболевания глаз, являются острой проблемой в мире, в том числе и в Российской Федерации. За 2016 год зарегистрировано 4.786.762 новых случаев заболеваний и его придаточного аппарата, из которых 524.459 случая – миопия. За 2019 год было зарегистрировано 4.640.703 случаев новых заболеваний, из которых 554.140 являются миопией. Если сравнивать, то за 2013 год было зарегистрировано 5.023.435 случаев заболеваний глаз, из которых 477.276 являются случаями миопии.

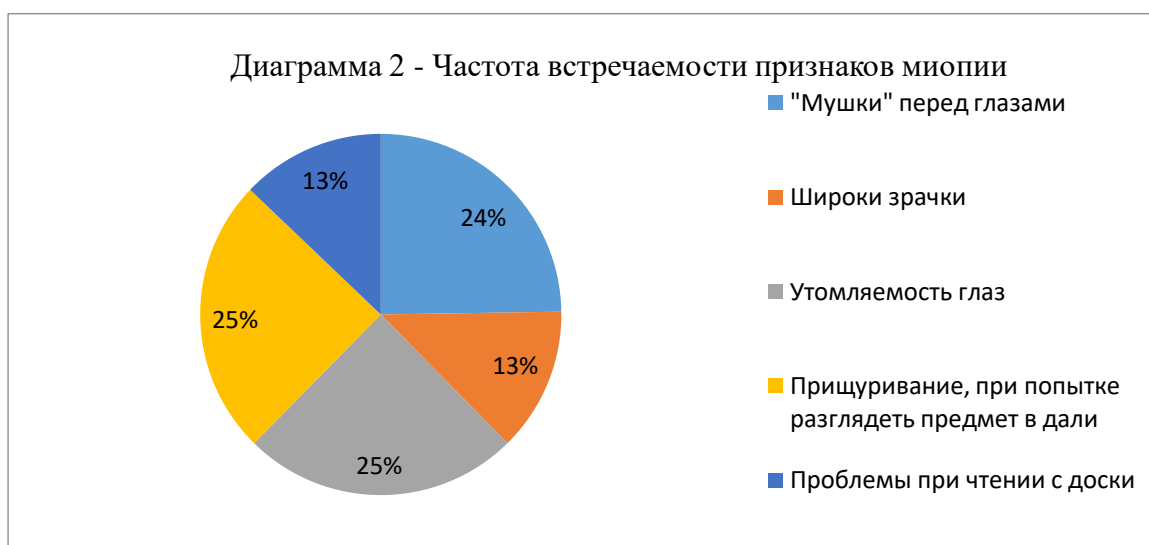
Диаграмма 1 – Число заболеваний болезнями глаз в 2013 и 2019 год



Смотря на диаграмму и предоставленные данные можно заметить, что несмотря на общее снижение по сравнению с 2013 годом, числа болезней глазного аппарата, число больных миопией наоборот выросло. Отсюда можно сделать вывод, что ситуация с профилактикой и лечением миопии не улучшилась, а наоборот усугубилась. Количество миопией неуклонно растёт и в большей степени за счет населения дошкольного и школьного возраста, что является крупной проблемой требующей внимания

Все встречающиеся случаи миопии принято делить по их степени на 3 группы: слабой степени — до 3,0 дптр, средней степени — от 3,0 до 6,0 дптр и высокой степени — от 6,0 дптр и выше. Изредка встречаются случаи миопии до 20,0—30,0 дптр и даже выше. При нормальной, соразмерной эмметропической рефракции, параллельные лучи света, попадающие в глаз, после преломления сходятся в фокусе на сетчатой оболочке, при миопии этого не происходит. Параллельные лучи после преломления в близоруком глазу соединяются в фокусе — в какой-либо точке впереди сетчатой оболочки, поэтому, главное заднее фокусное расстояние оказывается здесь относительно короче длины глазного яблока. Это может зависеть от того, что преломляющая система глаза оказывается относительно сильной (рефракционная миопия), или от того, что продольная (передне-задняя) ось глаза излишне велика по сравнению с его преломляющей силой (осевая миопия). Рефракционная миопия встречается довольно редко, гораздо чаще можно встретить осевую миопию. Чаще всего встречаются случаи слабой и средней степени миопии, более половины же относятся к комбинированной. Миопия высоких степеней, прогрессирующая, сопровождающаяся различными осложнениями, трактуется как патологическое состояние, которое может быть обусловлено врожденной неполноценностью органа или приобретенной при неблагоприятных внешних условиях, вследствие которых стало возможным удлинение передне-задней оси глаза с последующим развитием дегенеративно-атрофических изменений в его тканях и оболочках. Частым симптомом при миопии, являются ”Летающие мушки”, проявляемые в форме сероватых помутнений,двигающихся при движении глазного яблока. При миопии средней и высокой степени вид глаза имеет особые признаки: глазное яблоко немного выходит вперед, глазная щель расширена, передняя камера глаза глубже нормальной, зрачок большего диаметра. Миопию у ребенка можно определить, если он: щурится, при попытке разглядеть предметы в дали; в темное время суток не может разглядеть предметы в дали; может без проблем носить очки других людей страдающих миопией; В школе не видит написанное на доске, дома, чтобы что-то разглядеть подходит к объекту очень близко; наклоняет голову, при попытке рассмотреть объект в дали. Часто, причины развития миопии связаны с нарушением принципов зрительной гигиены или(и) с генетической предрасположенностью человека. Также частая причина развития миопии – несвоевременная постановка диагноза Эти факторы не исключают друг друга, если у ребёнка имеется генетическая предрасположенность, то

миопия у него будет развиваться гораздо быстрее, чем у его сверстников не имеющим таковой предрасположенности.



При анализе диаграммы номер 2, видно что наиболее частыми первыми признаками развития миопии являются: “мушки” перед глазами, утомляемость глаз, прищуривание при попытке разглядеть предметы в дали. Также миопия имеет различные виды осложнений. При развитии миопии, за которой следует увеличение размера глаза в переднезадней оси, однако, сетчатый слой, который и позволяет нам видеть не растет вместе с глазным яблоком, он тянется, на периферии глаза, образуются участки истончения, и как следствие этого – разрывы. В итоге это может привести к отслойке сетчатки. В случае отслойки сетчатки глаза, применяется хирургическое вмешательство и лазерная коррекция. Коррекция линзами в таком случае невозможна. Так же к хирургическому вмешательству приходится прибегать при других осложнениях миопии, к примеру – при развитии катаракты. Однако в большинстве случаев, лечение миопии ограничивается подбором соответствующих корректирующих очков.

Профилактика

Для предотвращения развития миопии, следует соблюдать множество требований. Во-первых, большое значение имеет режим работы, работа с нагрузкой для глаз должна чередоваться перерывами, в которые те смогут отдохнуть. На каждые 45 минут работы, должно приходиться 15 минут отдыха. Важно хорошее освещение, но не настолько, чтобы слепить глаза: освещение должно достаточно освещать место работы, предмет работы, не светить в глаза или минимизировать прямое попадание в глаза. Также не следует наклоняться слишком близко к предмету к предмету проводимой работы. Необходимо держать правильную осанку, которая обеспечит хорошее кровообращение и нормальное дыхание. Всё это особенно важно для детей дошкольного и школьного возраста, ибо для них эти факторы, а именно их не соблюдение, неминуемо приведёт к развитию миопии. В школах и дошкольных учреждениях должны соблюдаться гигиенические нормы, которые включают хорошую освещённость классов и мест занятий, устройства классов, удобность парт и других предметов занятий, за правильной посадкой школьника.

Также ребенку рекомендуются регулярные прогулки на свежем воздухе, которые оказывают положительное влияние как на организм в целом, так и на зрительную систему в частности. Стоит посещать окулиста, хотя бы один раз в 1-2 года, дабы выявить самые минимальные нарушения зрительного аппарата и принять меры, которые исключат их дальнейшее развитие. При просмотре телевизора, необходимо находиться на расстоянии от того, хотя бы в 2 метра. При использовании же компьютера, необходимо находиться на расстоянии 60-100см от экрана. Нужно понимать, что запрет использование гаджетов не только не поможет, но и может навредить ребёнку. Влияния на глаз, при контроле за

ребёнком, не будет слишком большим, однако, если ребёнок будет бесконтрольно пользоваться гаджетами, не соблюдая определённых правил, то он может навредить себе. Поэтому лучше всего позволить ребёнку использования, но под вашим присмотром.

Гимнастика для глаз – комплекс простых упражнений, направленный на расслабление и укрепление глазных мышц. Подобную гимнастику воспитатели в детском саду, и учителя в начальной школе иногда проводят детям, но после о ней забывается, а зря, ибо она помогает ребёнку после долгого напряжения глаз, расслабить те и отдохнуть. Родители в свою очередь тоже должны приучать ребёнка к уходу и заботе за своим зрением, дабы предотвратить развитие миопии в будущем. Сам комплекс включает несколько упражнений.

Медленно движение глазами вверх-вниз, после влево-вправо Мысленно вообразить большой круг, обводить тот взглядом сначала по часовой стрелки, после этого против часовой стрелки. Переводить взгляд поочередно с близкого предмета на какой-то вдаль. Сильно зажмурить глаза на несколько секунд, после посмотреть на предмет вдаль. Быстро моргать в течении 1-2 минут. Лицам с осложнённой степенью миопии, следует избегать факторов, приводящих к повышению прилива крове к голове. Стоит защищать голову от попадания прямых солнечных лучей, а также избегать слишком яркого освещения или пользоваться затемненными очками. Так же следует избегать тяжелых физических нагрузок и резких движений. Лицам с развивающейся миопией рекомендуется щадящий режим работы, а именно неполный рабочий день, дабы снизить дневную нагрузку на глаза.



При анализе диаграммы номер 3, видно что наибольшей профилактической ценностью при появлении и развитие миопии являются: Соблюдение дистанции до предмета, обязательный отдых после нагрузки на глаза, выполнение гимнастики для глаз.

В заключении можно сделать вывод, что, миопия является одним из самых распространённых заболеваний в детском и юношеском возрасте. Это значительно влияет на дальнейшее обучение, выбор профессии и работоспособность, поэтому применение профилактических мер при ранних степенях миопии, благополучно сказывается на дальнейшей жизни ребёнка. Именно поэтому миопия – не окончательный диагноз и надежда есть.

Литература

1. Статистический сборник МинЗдрава за 2013, 2017 год.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D1%80%D1%83%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C>

3. [IMI – Myopia Control Reports Overview and Introduction](#)
4. [Global trends in myopia management attitudes and strategies in clinical practice](#)
5. [Association of Parental Myopia With Higher Risk of Myopia Among Multiethnic Children Before School Age](#)

Сарыглар А. В.

Научный руководитель: Саая Ш. В., преподаватель психологии
ГБПОУ РТ «Республиканский медицинский колледж», Кызыл.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Реабилитация больных является одной из основных медико-социальных проблем, которая за последние годы получила дальнейшее развитие и привлекает все большее число исследователей. Не всегда можно провести четкую грань между лечением и процессом реабилитации. Восстановительное лечение онкологических больных приобретает сегодня все большее значение в связи с увеличивающимся числом излеченных больных.

Многочисленные исследования свидетельствуют, что "самостоятельное" возвращение к труду, восстановление психического состояния и социальных связей возможно лишь для небольшой части леченных больных (менее 50%). Исходя из этого, онкологические больные нуждаются в проведении реабилитации, т.е. системы государственных, медицинских, психологических и других мероприятий, цель которых - возможно полное и раннее восстановление здоровья [4, С 124].

Целью исследования является изучение отношения к больному со стороны социального окружения и возможностей реализации социальных установок больного в обществе. Для достижения цели исследования решались следующие *задачи*: провести теоретический анализ выдвинутой проблемы; подобрать методики исследования и провести эмпирическое исследование у выборки онкобольных и здоровых людей; обработать результаты с использованием методов математической статистики; провести качественный психологический анализ полученных результатов.

В ходе исследования была выдвинута *гипотеза*, что личностные особенности и социальное окружение (семья) влияют на успешность реабилитации онкобольных.

Психологическое состояние человека, впервые услышавшего от медицинских работников, что у него, возможно, онкологическое заболевание, описано в классических работах Е. Коблер-Росс. Она установила, что большинство больных проходит через пять основных стадий психологической реакции: 1) отрицание или шок, 2) гнев, 3) «торговля», 4) депрессия, 5) принятие.

Первая стадия очень типична. Человек не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Он начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, делает анализы в различных клиниках. В другом варианте он может испытывать шоковую реакцию и вообще больше не обращается в больницу [2].

Вторая стадия характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, обращённой на врачей, общество, родственников.

Третья стадия – это попытки «выторговать» как можно больше дней жизни у самых разных инстанций.

На четвёртой стадии человек понимает всю тяжесть своей ситуации. У него опускаются руки, он перестаёт бороться, избегает своих привычных друзей, оставляет свои обычные дела, закрывается дома и оплакивает свою судьбу.

Пятая стадия – это наиболее рациональная психологическая реакция, но до неё далеко не каждый доходит. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких [2].

Следует отметить, что вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую. Однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека, столкнувшегося со смертельной болезнью, и соответствующей психологической коррекции.

Существует также ряд основных психопатологических симптомов, которые наиболее характерны для онкологических больных. К ним относятся тревога, депрессия, астения, ипохондрия, апатия и дисфория [1, С 71]. Именно эти симптомы и состояния, как основные в том или ином клиническом синдроме, служат ориентиром и для оценки степени выраженности психогенной реакции, и для выбора купирующего воздействия.

Опыт клинической практики свидетельствует о том, что значительная часть пациентов справляется с возникшими эмоциональными трудностями и, пройдя различные фазы состояний – тревоги, беспокойства, страха, депрессии, наконец, достигает той или иной степени адаптации [1, С 71]. Однако далеко не каждый больной сможет самостоятельно выработать для себя адекватную систему психологической компенсации, без которой ему трудно возобновить нормальный (подобный прежнему) образ жизни, вернуться к труду. Именно в этом случае они особенно нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны врача и остального медицинского персонала, в целом специально ориентированного в вопросах общения с онкологическими больными.

Ещё одна важная проблема касается психологического состояния семей онкологических больных, поскольку от них напрямую зависит готовность больного продолжать начатое лечение, его настрой, оценка своих возможностей. Ощущение беспомощности, невозможности помочь близкому заставляет родственников психологически отстраняться от онкобольного, который итак чувствует, что к нему относятся по-особому другие люди, включая медицинских работников. Друзья и члены семьи больного могут испытывать иррациональные страхи, думая, что онкологические болезни заразны и передаются контактным путём. Очень часто члены семьи чересчур заняты вниманием, которое оказывается онкобольному, и также нуждаются во внимании и поддержке. Родственники могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия контроля над ситуацией. В таких случаях сами родственники нуждаются в индивидуальной помощи психотерапевта или психолога [4, С 217].

На базе ГБУЗ РТ «Ресонкодиспансер» нами было проведено исследование, направленное на выявление психологических особенностей личности и ролевых позиций у пациентов с онкологическими заболеваниями. Общее число выборки составило 20 человек: 10 пациентов с онкологическими заболеваниями и 10 здоровые люди. Возраст респондентов от 30 до 50 лет. Респонденты проходили опрос по следующим методикам: Опросник Э. Берна «Ролевые позиции в межличностных отношениях»; Методика «Тип отношения к болезни» Л.И. Вассермана.

На рисунке 1 мы видим процентное распределение ролевых позиций у онкобольных. Так 63,3 % испытуемым свойственно занимать позицию Ребенка; 23,3 % – позицию Родителя; 13,3 – позицию Взрослого.



Рис. 1 – Распределение ролевых позиций у онкологических больных (в %)

В отличие от онкологических больных здоровым респондентам свойственно занимать позицию Взрослого – 73,3 %, как видно из рисунка 2.



Рис. 2 – Распределение ролевых позиций у здоровых людей (в %)

Мы можем предположить, что полученные нами данные по методике «Ролевые позиции в межличностных отношениях» говорят о преимущественном предпочтении онкологическими больными Эго-позиции Ребенка, которая характеризуется сниженной критичностью, избеганием ответственности и неспособностью противостоять трудностям. По нашему мнению, это может быть связано с инфантильными чертами, присущими данным онкологическим больным.

После расчета критерия Манна – Уитни в выборке онкологических больных и людей без злокачественных опухолей были выявлены достоверные различия по типам отношения к болезни. Так, наиболее значимы в выборке пациентов с онкологией ипохондрический ($U=22,5$, $p \leq 0,001$) и неврастенический ($U=900$, $p \leq 0,001$) типы отношений к болезни. В то время как для людей без онкологических заболеваний наиболее предпочтительным является сенситивный тип ($U=787,5$, $p \leq 0,001$) реагирования на болезнь. Следует отметить, что ипохондрический и неврастенический типы отношений к болезни входят в блок, характеризующийся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием, а также имеет преимущественно интрапсихическую направленность личностного реагирования на болезнь. Для данного типа реагирования свойственно нарушение социальной адаптации больных. Это позволяет нам говорить о том, что для онкологических больных свойственно дезадаптивное поведение: реакции по типу раздражительной слабости, угнетенное, подавленное, тревожное состояние, отмечается «уход в болезнь» и отказ от борьбы.

При этом были найдены значимые различия в отношении к болезни внутри выборки онкологических больных в зависимости от доминирующей ролевой позиции. Наиболее выражен у пациентов с детской позицией анозогнозический тип отношения к болезни ($N = 13,464$, $p \leq 0,01$). У пациентов с родительской позицией наблюдается сенситивный тип отношения к болезни ($N = 7,987$, $p \leq 0,05$). Другими словами, для пациентов с преимущественной Эго-позицией Ребенка свойственно всяческое отбрасывание мыслей о болезни, вплоть до отрицания очевидных симптомов, непринятие возможных последствий. В связи с этим у пациентов такого типа нередкими являются отказы от лечения, усиление желания справиться самому, желание получать от жизни все то, что и ранее, не обращая внимания на болезнь. По нашему мнению, это может быть связано с инфантильными чертами, присущими данным онкологическим больным. Для онкологических больных с доминирующей ролевой позицией Родителя, как говорилось ранее, свойственен сенситивный тип отношения к болезни. Это говорит о том, что для таких пациентов характерной является озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые они могут произвести на окружающих, опасения, что люди будут их жалеть. Также отмечается наличие страхов в связи с болезнью стать обузой для близких. Все это позволяет нам предположить, что данные особенности присущи для онкологических больных с позицией Родителя в силу повышенного чувства ответственности и социальной желательности, которыми характеризуется данное Эго-состояние.

Были найдены значимые различия по опроснику выраженности психопатологической симптоматики. Так, для онкологических больных характерно проявление фактора соматизации ($U = 465$, $p \leq 0,01$), межличностной сензитивности ($U = 82,5$, $p \leq 0,01$), депрессивности ($U = 225$, $p \leq 0,01$) и тревожности ($U = 120$, $p \leq 0,01$). Другими словами, для людей с онкологией характерными является дистресс, возникающий в связи с ощущениями телесной дисфункции. Данный показатель может указывать на психосоматическую природу присутствующего заболевания вследствие интрапсихического и психологического конфликтов. Таким образом, мы можем предположить, что в формировании заболевания отчасти имел место психогенный компонент.

Фактор межличностной сензитивности, который также присутствует у онкологических пациентов, позволяет нам говорить о присутствии у больных чувства личностной неадекватности и неполноценности, самоосуждении, чувстве беспокойства при межличностном взаимодействии. Кроме того, для испытуемых с высокими показателями по данному фактору могут быть характерны негативные установки относительно межличностной коммуникации и обостренное чувство осознания собственного «Я».

Полученные нами значимые различия по фактору тревожности позволяют нам предположить, что для онкологических больных свойственна тревожность, нервозность, напряжение, а также склонность испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях.

Ниже, в таблице 1 приведены средние значения в выборке испытуемых с онкологическими заболеваниями и без таковых, которые позволяют нам оценить общую тяжесть психологического состояния личности в условиях тяжелого соматического заболевания.

Таблица 1 – Средние значения по опроснику выраженности психопатологической симптоматики в выборках

Показатель	Среднее значение в выборке онкобольных	Среднее значение в выборке людей без онкологии
Общий индекс тяжести симптомов	3,2	0,56
Индекс наличного симптоматического дистресса	2,5	1,3
Количество симптомов	62	39

По нашему мнению, данные результаты в соответствии с теорией личности Р.Б. Кеттелла позволяют нам говорить о таких личностных особенностях онкологических больных, как выдержанность, избегание трудностей, эмоциональная ригидность, дисциплинированность и нечувствительность, пессимистичность в ожидании будущего, высокая нормативность, следование моральным стандартам. Также пациентам с онкологией присуще самобичевание, подавленность, ипохондрия, симптомы беспричинного страха, подозрительность по отношению к новым людям и идеям.

Анализируя знания, полученные нами в ходе проведения исследования, мы можем сделать следующие выводы:

1) Онкологическим больным, в большинстве случаев, присуща детская Эго-позиция.

2) Наиболее выражен у пациентов с детской позицией анозогнозический тип отношения к болезни. У пациентов с родительской позицией наблюдается сенситивный тип отношения к болезни.

3) Для онкологических больных характерно проявление фактора соматизации, межличностной сензитивности, депрессивности и тревожности.

Таким образом, нами были выявлены психологические особенности личности, отношения к болезни и ролевых позиций у пациентов с онкологическими заболеваниями. Это позволяет нам не только описать основные психологические феномены, но и сделать консультативную практику более результативной.

В итоге допустимо утверждать, что в процессе анализа работ подтвердилась выдвинутая в начале исследования гипотеза о том, что личностные особенности и социальное окружение (семья) влияют на успешность реабилитации онкобольных.

Одной из актуальных социальных проблем наших дней стали онкологические заболевания. Изучая качество жизни больных, недостаточно оценивать только степень сохранности физических функций и способность к активности. Социально-психологические аспекты качества жизни не менее важны, но нередко остаются на втором плане.

Важнейшую роль играет организация восстановления больного не только в рамках учреждения онкологического профиля, в амбулаторных условиях, но и по месту жительства – оказание помощи семьям, в которых живут онкологические больные. В таких семьях возникает множество сложных проблем, в том числе медицинских, экономических, проблем ухода, психологических проблем, связанных с тяжелым заболеванием и с трудностями в установлении контакта с ними, проблемы приобретения специального оборудования, социальные проблемы, связанные с формированием специального уклада жизни семьи.

Результаты исследования могут быть эффективно использованы в совершенствовании программ реабилитации онкологических больных. Анализ результатов позволит правильно ориентировать больных в отношении социальных установок со стороны окружения. Практическое применение данных исследования могут получить и в учебных курсах, затрагивающих проблемы социальной адаптации онкологических больных к новым условиям существования.

Литература

1. А.И. Бабик. Психонкология // Медицинские аспекты здоровья женщины. - Киев. - 2011. - №1 (40). - С. 70-76 .
2. Биктина Н.Н., Кекк А.Н. Личностные особенности и ролевые позиции онкологических больных // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 2-1.
3. Григорьева И.В., Игумнов С.А. Особенности психологического состояния и медико-психологическая помощь пациентам, оперированным по поводу рака щитовидной железы: основные стратегии психотерапевтической коррекции, 2010.с.19.

4. Козлова Н.В., Андросова Т.В. Социально-психологическое сопровождение онкологических больных//Вестник томского государственного университета, 2010. С 335 .

А.Н. Арбузова
Научный руководитель: преподаватель Е.А.Болсуновская
Краевое государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Дивногорский медицинский техникум»
г. Дивногорск

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТЕХНИКУМА

Актуальность темы. Формирование здорового образа жизни должно начинаться с детского возраста и обеспечиваться путем санитарно-гигиенического просвещения, в том числе информирования граждан о факторах риска для здоровья, формирования мотивации для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом [5].

В Государственной программе «Развитие здравоохранения» Красноярского края до 2024 года среди основных причин недостаточной положительной динамики состояния здоровья населения Красноярского края, как и в целом по стране, указываются низкая мотивация населения к здоровому образу жизни, а также высокая распространенность поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

Так, по итогам диспансеризации взрослого населения Красноярского края 2019 года выявлено, что преобладающими факторами риска для здоровья (факторами риска развития неинфекционных заболеваний) среди взрослого населения Красноярского края на первом месте находится повышенный уровень артериального давления - 33,7 %, далее следуют нерациональное питание - 11,3 %, дислипидемия - 8,3 %, ожирение - 8,2%, низкая физическая активность - 5,9 %, избыточная масса тела - 5,7 %, курение - 4,9 %. В результате диспансеризации установлено, что чаще всего жители Красноярского края страдают от болезней системы кровообращения — 361,2 случая на 100 тыс. населения. На втором месте болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 205,1 случаев на 100 тыс. населения. Третью строчку рейтинга заняли болезни органов пищеварения — на них приходится 118,9 случаев. Далее идут болезни мочеполовой системы (74,4 случаев), болезни нервной системы (35,1 случаев) и болезни органов дыхания — 37,4 случаев на 100 тыс. населения.

Проблема исследования: недостаточно данных по распространенности факторов риска для здоровья среди студентов Дивногорского медицинского техникума.

Гипотеза: если распространенность факторов риска для здоровья среди студентов техникума окажется ниже, чем среди взрослого населения Красноярского края, то здоровьесберегающее пространство в техникуме сформировано; а если распространенность окажется выше, то потребуются усиление мероприятий по повышению мотивации студентов к здоровому образу жизни.

Цель исследования: изучить распространенность основных факторов риска для здоровья среди студентов техникума.

Задачи исследовательской работы:

1. Изучить теоретический материал о факторах риска для здоровья и нормативные акты по вопросам диспансеризации; определить основные методы выявления и критерии оценки наличия факторов риска.

2. Изучить статистические материалы по распространенности факторов риска для здоровья среди населения Красноярского края.

3. Организовать «Площадку здоровья» для выявления факторов риска для здоровья у студентов техникума.

4. Провести сравнительный анализ распространенности факторов риска у студентов техникума и населения Красноярского края для разработки практических рекомендаций по формированию здорового образа жизни у студентов техникума.

Методы исследования:

1. Анализ теоретического материала о факторах риска для здоровья человека и нормативной документации по вопросам профилактики и диспансеризации.

2. Эмпирические методы:

- анкетирование на основе стандартной анкеты диспансеризации;
- антропометрические исследования студентов техникума, согласно алгоритмам;
- статистическая обработка полученных данных.

В ноябре 2020 года, в рамках проведения «Недели профилактики» в Дивногорском медицинском техникуме, студентами третьего курса отделения «Сестринское дело» была организована и работала в течение пяти дней «Площадка здоровья», под руководством преподавателей профессионального модуля «Проведение профилактических мероприятий». На площадку приглашались студенты техникума для выявления факторов риска для их здоровья. Обследуемым проводилось анкетирование для выявления таких факторов риска, как: курение табака, нерациональное питание, недостаточная физическая активность, подозрение на пагубное потребление алкоголя, наркотических веществ (базовой анкетой служила анкета диспансеризации). Для выявления таких факторов риска, как повышенный уровень артериального давления и избыточная масса тела обследуемым студентам проводились антропометрические исследования: измерение роста и массы тела, окружности талии, показателей артериального давления. Рассчитывался индекс массы тела, а для студентов младше 18 лет применялись центильные таблицы (таблицы соответствия роста и веса возрасту ребенка).

Всего за пять дней работы площадки здоровья было обследовано 75 студентов (12% от общего контингента студентов), в возрасте от 15 до 24 лет (таблица 1).

Таблица 1- Характеристика контингента обследованных студентов

Контингент	Количество обследованных (человек)					
	Возраст до 18 лет			Возраст от 18 лет и старше		
Возраст	15 лет	16 лет	17 лет	18 лет	19 лет	20-25 лет
Всего	6	22	27	6	9	5
Жен	5	16	24	5	7	3
Муж	1	6	3	1	2	2
%	7%	28%	34%	7%	11%	6%
	Всего – 55 человек - 69 % жен – 45; муж - 10			Всего – 20 человек – 31% жен – 15; муж - 5		

Основную массу - 69% обследуемых составили подростки до 18 лет - студенты 1-х и 2-х курсов отделения «Сестринское дело», что представлено на рисунке 1.

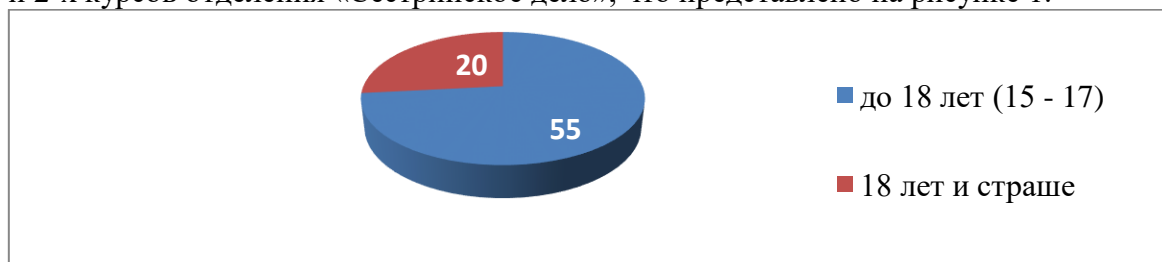


Рисунок 1 - Возраст обследуемых

Всего было обследовано 75 студентов, распределение обследуемых по полу представлено на рисунке 2.



Рисунок 2 - Пол обследуемых

Наибольшее число обследуемых составили студенты женского пола (80% от общего числа).

Выявленные факторы риска для здоровья представлены в таблице № 2.

Таблица 2 - Распространенность факторов риска среди студентов техникума

Возраст обследуемых	Количество обследуемых	Факторы риска здоровью					
		Повышение АД	Избыточная масса тела	Табакокурение	Подозрение на пагубное потребление алкоголя	Низкая физическая активность	Нерациональное питание
15 лет	6	нет	2 чел	-	2 чел (1 муж)	1 чел	3 чел
16 лет	22	нет	4 чел	1 чел (муж)	6 чел (жен)	8 чел (2 муж)	9 чел (3 муж)
17 лет	25	нет	4 чел	4 чел (жен)	8 чел (жен)	12 чел (2 муж)	18 чел (2 муж)
18 лет	6	нет	-	2 чел (жен)	3 чел (жен)	2 чел (жен)	3 чел (жен)
19 лет	9	нет	-	2 чел (1 муж)	1 чел (жен)	3 чел (жен)	5 чел (1 муж)
20 – 24 лет	5	нет	3 чел	-	-	1 чел (жен)	2 чел (1 муж)
Всего	75	нет	13 - 17% 13 жен	10 -13% 2-муж	20 - 27% 1 муж	27- 36% 4 муж	40 – 53% 7 муж

Из представленной таблицы мы видим, что:

- Повышение артериального давления не было отмечено ни у одного из студентов;
- Не выявлено студентов с подозрением на употребление наркотических веществ;
- Избыточная масса тела, определяемая в соответствии с центильными таблицами (до 18 лет) или индексом массы тела (18 лет и старше), была определена у 11 студентов женского пола – 15% от числа обследуемых, из них у 2-х студенток было определено ожирение 1-2 степени. У всех студенток с избыточной массой тела показатели окружности талии составили более 80 см (от 81 см до 124 см);

- Факт табакокурения (выкуривание 1-й и более сигарет в день) признали в анкетах 10 студентов – 13% от числа обследуемых, из них 8 - лица женского пола. Факт курения в прошлом отметили 4 студента;

- Подозрение на пагубное потребление алкоголя по данным анкетирования выявлено у 20 студентов – 27% от исследуемых, из них 19 - девушки (ответ «да» хотя бы на один из четырех тематических вопросов анкеты);

- Низкую физическую активность (ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день) по данным анкет отметили у себя 27 человек – 36%, из них четверо – мужского пола;

- Нерациональное питание по данным анкетирования выявлено у 40 студентов – 53% от числа опрошенных. Причем употребляют ежедневно менее 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля) 27 студентов – 36% опрошенных; не обращают внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении 38 студентов – 51% опрошенных; имеют привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее – 14 студентов - 19% опрошенных; потребляют шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда и других сладостей в день 19 студентов – 25% от числа опрошенных.

Таким образом, распространенность факторы риска для здоровья у обследуемых студентов техникума распределилась следующим образом:

1. Нерациональное питание выявлено у 53% человек;
2. Недостаток физической активности отмечен у 36% человек;
3. Подозрение на риск пагубного потребления алкоголя - 27% человек.
4. Избыточную массу тела имеют 17 % человек;
5. Табакокурение - 13 %;
6. Повышенный уровень артериального давления - не выявлено;
7. Подозрение на потребление наркотических веществ – не выявлено.

Распространенность факторов риска для здоровья среди населения Красноярского края и среди студентов ДМТ распределилась следующим образом (таблица 3):

Таблица 3 - Распределение распространенности факторов риска

Место	Красноярский край	Студенты ДМТ
1.	Повышенный уровень артериального давления - 33,7%	Не выявлено
2.	Нерациональное питание - 11,3 %,	Нерациональное питание - 53,0%
3.	Ожирение - 8,2%,	Низкая физическая активность – 36,0%
4.	Низкая физическая активность - 5,9 %,	Риск пагубного потребления алкоголя – 27,0%
5.	Избыточная масса тела - 5,7 %,	Избыточная масса тела – 17,0%
6.	Курение табака - 4,9 %.	Курение табака – 13,0%

Выявлено, что наиболее распространенными факторами риска для здоровья среди населения Красноярского края и у студентов техникума являются нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и курение табака.

В то же время, у взрослого населения края наиболее распространен повышенный уровень артериального давления, а среди студентов техникума – нерациональное питание и риск пагубного потребления алкоголя.

Выводы: наиболее распространенными факторами риска для здоровья среди студентов Дивногорского медицинского техникума являются: нерациональное питание, низкая физическая активность и риск пагубного потребления алкоголя. Распространенность данных факторов риска здоровья оказалась выше среди студентов техникума, чем среди взрослого населения Красноярского края по данным диспансеризации за период 2019 года [3]. Таким образом, согласно гипотезе, требуется

усиление мероприятий по повышению мотивации студентов к здоровому образу жизни в техникуме.

Литература

1. Двойников С.И. Проведение профилактических мероприятий – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. Электронный учебник – <http://www.medcollelib.ru>
2. Основы медицинской профилактики: учебно-методическое пособие/Под ред. М.И. Воевода, О.Ю. Кутумова, И.В. Осипова, М.Л. Фомичева – Новосибирск, 2016.
3. Сайт Министерства здравоохранения Красноярского края - <http://www.krskstate.ru>
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.04.2019 № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".
5. Федеральный Закон РФ от 21.11.2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Т.С. Сосенкова, М.Д.Соболева
Научные руководители: преподаватели И. Н. Санникова, Е.Н. Чеботкова
Государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение «Кузбасский медицинский колледж»
г. Кемерово

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА КАК ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА

Травматизм пожилых людей является второй по значимости причиной смерти в результате несчастных случаев и непреднамеренных травм. Это является значительной проблемой общественного здравоохранения во всем мире, причем у половины пациентов случаи получения травм повторяются неоднократно. Чаще всего это люди старше 65 лет. Ежегодно среди пожилых людей регистрируется 17,3 миллиона случаев получения травм с достаточно серьезными последствиями, при которых требуется медицинская помощь.

Актуальность проблемы определяется высоким уровнем ресурсоемкости травматизма из-за дороговизны его лечения, огромных социальных и экономических потерь. Это объясняется сокращением продолжительности трудоспособного периода жизни по причине выхода на инвалидность или временной нетрудоспособности граждан при уходе за пожилыми родственниками, а также преждевременной смертности пожилых людей от травм, что ставит на первое место вопросы профилактики, как самих травм, так и их осложнений. Мы считаем, что проведение профилактических мероприятий улучшит качество жизни и спасет немало людей, поможет снизить инвалидность и долгосрочные негативные последствия для здоровья пожилого пациента и его окружения.

Цель исследования: определить роль фельдшера в организации мероприятий по профилактике травматизма среди лиц пожилого и старческого возраста.

Задачи исследования нами выделены следующие: исследовать статистические данные по проблеме травматизма у пожилых людей в России и за рубежом; проанализировать факторы риска травматизма у пожилых и престарелых пациентов; систематизировать характер и виды травм у лиц преклонного возраста; определить наиболее эффективные методы организации работы фельдшера по профилактике травматизма у людей пожилого и старческого возраста; разработать комплекс мероприятий по профилактике травматизма у данной категории граждан.

Работа по исследованию травматизма среди гериатрических пациентов проводилась на базе травматологического пункта Государственного автономного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская городская клиническая поликлиника №5». Нами были изучены все случаи травм у населения, получившего первую медицинскую помощь в вышеуказанном учреждении здравоохранения за 2019-2020 годы. Из 120 медицинских карт (100%) были вынесены данные пациентов: пол, возраст, дата приема, локализация повреждений, тип травмы, время года, профессия. В результате, нами получены убедительные доказательства того, что основная доля травмированных пациентов, как женщин, так и мужчин, приходится на пожилой и старческий возраст. Также мы убедились, что эта категория имеет активный социальный статус и заболевания костно-мышечной системы в анамнезе – как дополнительный фактор риска получения травм различного характера и локализации. Наличие инвалидизации также создает дополнительные предпосылки к возможности получения травмы. Так, частота травматизма у лиц, нами обследованных, на 80% определяется поверхностными травмами, вывихами, растяжениями, разрывами мышц и сухожилий, а также переломами верхних и нижних конечностей. По характеру повреждений в структуре травм и других несчастных случаев на первом месте стоят поверхностные травмы 34,3%, на втором – открытые раны и травмы кровеносных сосудов – 17,6%, на третьем – вывихи и растяжения – 12,1% .

Мы считаем, что, для успешного проведения профилактических мероприятий фельдшеру, в первую очередь, необходимо: знать численность лиц пожилого и старческого возраста на участке; составлять списки гериатрических пациентов, имеющих высокие факторы риска по травматизму, по имеющимся случаям травматизма, по наличию хронических заболеваний. Кроме этого определяются пациенты, нуждающиеся в диспансерном наблюдении. Очень важно фельдшеру взаимодействовать со школами здоровья по артериальной гипертензии, сахарного диабета, здорового питания и, конечно, с лечебно-профилактическими учреждениями.

Основная цель профилактических мероприятий – сократить количество случаев травматизма среди лиц пожилого и старческого возраста на участке.

Для реализации поставленной цели, мы, как будущие фельдшера, сделали акцент на санитарно-просветительскую работу по профилактике травматизма среди лиц старших возрастных групп. Нами был составлен текст опроса, проведено анкетирование среди пациентов преклонного возраста. Возраст анкетироваемых пациентов составил 59- 78 лет. Опрошено 20 человек. Все отметили наличие в анамнезе хронических неинфекционных заболеваний, причем болезни суставов есть у 15 человек, гипертоническая болезнь у 12 человек. Имеют травмы в анамнезе 9 человек, причем 6 пациентов получили травмы в пожилом возрасте. Третья часть пациентов испытывают головокружения, как дома, так и на улице в результате полипрагмазии. Практически у всех анкетированных (19 человек) есть необходимость переходить через проезжую часть минимум 2 раза, при этом половина пациентов не видят сигнал светофора и не слышат шум приближающегося транспортного средства. А также 3 человека из 20 переходя проезжую часть, могут ответить на звонок телефона либо ведут телефонный разговор. Иногда при переходе через дорогу могут воспользоваться посторонней помощью, либо ориентируются на остальных пешеходов (которые, кстати, зачастую нарушают правила дорожного движения).

Результаты показали, что с пожилыми людьми необходимо регулярно и целенаправленно проводить различные беседы, занятия, так как они забывают многие правила, не следуют им, либо просто не обращают внимания. Фельдшеру при планировании работы по профилактике травматизма, необходимо учитывать факторы риска возможности получения травм, выявить которые возможно при общении с пациентом, проявлении искреннего интереса и внимания к его личности. Считаем, что правильная организация профилактических мероприятий по снижению травматизма среди пожилых людей способна снизить показатели травмирования пациентов, посттравматических осложнений, улучшить качество жизни гериатрических пациентов, а

также снизить финансовую нагрузку на регионы, связанную с лечением, восстановлением и реабилитацией

В своей деятельности фельдшер применяет следующие виды санитарно-просветительной работы:

1. Краткое профилактическое консультирование при приеме пациента: анкетирование пожилых пациентов с целью выяснения факторов риска травматизации (пример анкеты нами разработан); индивидуальные беседы о питании, пользе воды, витаминов в укреплении здоровья; формирование основ личной безопасности через речевые и письменные (изготовление и раздача листовок, буклетов, памяток), изобразительные (стенгазеты, плакаты о соблюдении мер безопасности во время наиболее опасных метеорологических условий, к примеру, во время гололедицы) средства.

2. Групповое профилактическое консультирование:

Наиболее эффективной формой в данном случае будет работа в малых группах до 15 человек. Необходимо выбрать оптимальное место проведения профилактических мероприятий: поликлиники, центры здоровья, учреждения социальной защиты, клубы ветеранов и другие организации, где собираются пенсионеры.

Необходимо помнить о времени, отведенном на мероприятие (не более 20 минут). Существуют различные формы проведения мероприятий: дни открытых дверей, вечер вопросов и ответов, круглые столы, просмотр фильмов по выбранной тематике. Люди пожилого возраста с интересом принимают участие в подобных встречах, которые к тому же дают возможность общаться.

Медицинским работникам следует налаживать контакт с органами власти, например, приглашать инспекторов дорожной полиции для проведения бесед по правилам дорожного движения. С этой целью, нами, для проведения круглого стола по теме «Профилактика дорожного травматизма» организована встреча с сотрудником ГИБДД Ленинского района г. Кемерово с пожилыми жителями данной территории (15 человек). Во время беседы особое внимание уделялось правилам поведения на дороге, правилам перехода проезжей части. Итогом нашей встречи было разгадывание кроссворда для закрепления темы, а также раздача памяток по правилам дорожного движения «Дисциплина на дороге».

Позднее состоялось занятие для лиц пожилого и старческого возраста по профилактике риска развития травматизма, проведенного в совете ветеранов Ленинского района города Кемерово. В начале мероприятия нами было проведено анонимное анкетирование с целью оценки риска травматизма в определенном возрастном периоде. Каждый участник получил памятку по профилактике травматизма в быту.

Особое значение профилактических мероприятий по снижению травм среди лиц пожилого и старческого возраста придается работе с родственниками. Здесь наиболее эффективной формой общения будет разъяснение, убеждение, обучение, наглядный материал.

Несомненно, самой продуктивной формой профилактики травматизма является школа здоровья. Фельдшеру необходимо заинтересовывать, мотивировать пожилых пациентов посещать школы здоровья по имеющимся заболеваниям. Предлагать организовывать пенсионерам, ведущим активный образ жизни мини клубы здоровья, например, на территории города Кемерово распространена скандинавская ходьба.

Выводы: согласно проведенной работе по исследованию травматизма в пожилом и старческом возрасте, всестороннему изучению статистических, аналитических данных в этой области, а также сопоставив данные физиологических и психологических изменений стареющего организма, различных факторов риска, влияющих на механизмы получения травм с собственными исследованиями по проблеме травматизма на базе конкретного медицинского учреждения, считаем, что травматизм среди лиц пожилого и старческого возраста является, несомненно, одной из важнейших медико-социальных проблем. Доказано, что в течение нескольких лет отмечается рост травматизации гериатрических

пациентов, причем особое беспокойство вызывает увеличение случаев травматизма со смертельным исходом либо с переходом на инвалидность. Поэтому считаем организацию и проведение профилактических мероприятий для снижения уровня травматизации среди пожилого населения обоснованной и необходимой частью работы фельдшера.

Предлагаем использовать в работе фельдшера разработанный нами комплекс методических материалов, согласованный с врачами травматологического пункта и одобренный главной медицинской сестрой Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская городская клиническая поликлиника №5»:

- анкета по выявлению факторов риска травматизации;
- конспекты занятий по профилактике травматизма в быту и на дорогах;
- кроссворд в качестве закрепления пройденного материала;
- буклеты, памятки в качестве раздаточного материала;

Методические рекомендации, апробированы в травматологическом пункте при поликлинике № 5 и в союзе ветеранов Ленинского района.

Мы видим заинтересованность людей преклонного возраста в данных мероприятиях и уверены, что наша работа в данном направлении продолжится не только до окончания колледжа, но и в дальнейшей профессиональной деятельности.

Литература

1. Андреева, Т. М. Травматизм в Российской Федерации на основе статистики [текст] / Т.М. Андреева. // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. - №4. – С. 16-19.
2. Денисов, И.Л. Анализ факторов риска травм в качестве методической основы профилактики травматизма [Текст] / И.Л. Денисов. // Медицина в Кузбассе. - 2016. - № 4. - С. 9-12.
3. Иоффе, М.Е. Механизмы двигательного обучения [Текст]: / М.Е. Иоффе. –СПб.: Наука, 2015. – 134с.
4. Информационный бюллетень №344 Октябрь 2015 г [Электронный ресурс] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/ru/>. – 03.05.2017. - Всемирная Организация Здравоохранения.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»» [Электронный ресурс]: приказ: [от 29.01.2016 г. № 38н- (ред. от 29.01.2017)] // Консультант плюс. – 2017. - 14 февраля. – Приказ Министерства здравоохранения.
6. Приказ Министерства здравоохранения «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [Электронный ресурс]: приказ: [от 03.02.2015 г. № 36н (ред. от 03.02.2015 г.)] // Консультант плюс. – 2017. - 14 февраля. – Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.02.2015.
7. Программа «профилактика возрастной патологии и ускоренного старения, снижение преждевременной смертности от биологических причин и продление трудоспособного периода жизни населения России» [Электронный ресурс] <http://www.gerontology.ru/publications/>. – 03.05.2017. – Санкт- петербургский институт биорегуляции и геронтологии. Научные публикации.
8. Сборник IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «социальная геронтология» [Электронный ресурс] http://fgbuvmgc.ru/assets/files/conf_2015/sbornik_social_gerontology_2015.pdf.-21.03.2017. - Сборник| «социальная геронтология».
9. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]: приказ: [от 29.11.2010 г. № 326 – ФЗ (ред. от 01.12.2014 г.)] // Консультант плюс. – 2017. - 14 февраля. – Приказ Министерства здравоохранения.

10. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» [Электронный ресурс] : федер. закон : [от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 16.04.2015)] // Консультант Плюс. – 2017. – 23 марта. – Федеральный закон «Об основах охраны здоровья».

А.А. Семенова
Научный руководитель: Г.И. Щербаков
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Кузбасский медицинский колледж»
г. Кемерово

ВАКЦИНАЦИЯ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА ОТ COVID-19. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ И ПРОБЛЕМЫ

Недостаточное внимание к проблемам вакцинации, сокращение охвата населения прививками приводит к таким последствиям, как повышение уровня инфекционной заболеваемости, поэтому очень важно разбираться в теме «Вакцинация» и понимать, как она влияет на здоровье и иммунитет человека.

Вакцина-препараты, получаемые из бактерий, вирусов и других микроорганизмов или продуктов их жизнедеятельности и применяемые для активной иммунизации людей и животных с целью специфической профилактики и лечения инфекционных болезней.

Вакцинация- это введение вакцины или анатоксина с целью создания активного специфического иммунного ответа иммунной системы организма против возбудителя инфекции.

На сегодняшний день существует четыре вида вакцин:

1. Живые вакцины – изготавливаются из наследственно измененных штаммов патогенных микробов, лишенных способности вызывать специфическое заболевание у вакцинируемого, но сохранивших свойство размножаться в привитом организме. Большинство живых прививок применяются однократным путем. Выраженность и продолжительность поствакцинального иммунитета различны и зависят от качества живой вакцины и иммунологических особенностей отдельных инфекционных болезней.

2. Убитые вакцины – получают путем инактивации патогенных бактерий и вирусов, применяя для этого различные воздействия на культуры физического или химического характера. Конечно, убитые вакцины, уступают живым, однако некоторые из них имеют достаточно высокую иммуногенность, предохраняя привитых от заболевания или уменьшая тяжесть его течения. Убитые вакцины требуют чаще требуют двух или трех прививок.

3. Химические вакцины - представляют собой антигены или группы антигенов, извлеченные из микробных культур тем или иным способом и очищенные от балластных неиммунизирующих веществ. Вакцины данной группы не являются каким-либо химическим веществом.

4. Анатоксины - бактериальные токсины, потерявшие в результате специальной обработки свои токсические, но сохранившие антигенные и иммуногенные свойства. Обычно токсины обезвреживают воздействием формалина и тепла (35—38°).

После введения вакцины могут наблюдаться так называемые прививочные реакции, которые делятся на общие и местные.

Местная реакция проявляется как местная болезненность, отек, гиперемия, инфильтрат, воспаление. При аэрозольном способе введения вакцины могут наблюдаться

такие местные реакции, как конъюнктивит, катаральные явления верхних дыхательных путей.

К общим поствакцинальным реакциям относятся: повышение температуры, общее недомогание, головная боль, боли в суставах, животе, рвота, тошнота, расстройство сна. Сроки возникновения общей реакции для различных вакцин неодинаковы.

Температура является наиболее объективным показателем общей реакции. Именно по степени подъема температуры общие реакции делят на слабые (37-37,5 °С), средние (37,6-38,5 °С) и сильные (свыше 38,5 °С).

С каждым годом выявляется все больше различных заболеваний, не стал исключением и 2019 год, когда по всему миру распространилась пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Коронавирусная инфекция - острое вирусное заболевание, распространяющееся воздушно-капельным и контактным путём. Вирус поражает дыхательную систему человека, но при этом вызывая осложнения и в других системах организма.

Проявляется коронавирусная инфекция повышением температуры тела, сухим кашлем, одышкой, общей слабостью, болях в мышцах. На рентгенограммах и при проведении компьютерной томографии легких у больных определяются двусторонние инфильтраты. Ниже представлены рисунки.



Рисунок 1 – Легкие на рентгенограмме при поражении вирусом COVID-19



Рисунок 2 – Легкие на снимке компьютерной томографии при поражении вирусом COVID-19

Течение COVID-19 обычно проходит в двух вариантах – или в легкой форме, напоминающей острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ) или в тяжелой, с

развитием атипичной пневмонии, сопровождающейся такими последствиями, как – дыхательная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром, и даже летальный исход.

Для лечения коронавируса в зависимости от течения заболевания, используют различные противовирусные, противобактериальные препараты, проводят искусственную вентиляцию легких или экстракорпоральную мембранную оксигенацию. Не смотря на различные подходы к лечению данного заболевания, наиболее эффективным является профилактика новой коронавирусной инфекции.

Профилактика включает в себя соблюдение правил личной гигиены, использование средств индивидуальной защиты, а также проведение вакцинации от вируса SARS-CoV-2.

В первую очередь проведение вакцинации необходимо гражданам, входящим в группы риска.

- Людям, имеющим хронические заболевания
- Людям, которые по роду своей деятельности контактируют с большим количеством людей.

Имеются также и противопоказания для проведения вакцинации. Абсолютными противопоказаниями являются наличие тяжелых аллергических реакций и повышенная чувствительность к компонентам вакцины. Относительными противопоказаниями считаются заболевания гриппом, ОРВИ, а также обострение хронических заболеваний.

На сегодняшний день в Кузбассе проводится вакцинация препаратом «Гам-КОВИД-Вак», который также называют «Спутник V». Данная вакцина получена биотехнологическим путем, при котором не используется патогенный для человека вирус SARS-CoV-2. Препарат состоит из двух компонентов: компонент I и компонент II.

Вакцина предназначена только для внутримышечного введения. Препарат обычно вводят в дельтовидную мышцу. При невозможности введения в дельтовидную мышцу – препарат вводят в латеральную широкую мышцу бедра. Вакцинацию проводят в два этапа: вначале компонентом I, затем через 3 недели компонентом II в количестве по 0,5 мл.

Сама процедура проведения вакцинации одинаковая на всех двух этапах: заполнение медицинской документации, осмотр врачом-терапевтом и непосредственно введение вакцины. После введения вакцины пациент должен находиться под наблюдением медицинских работников в течение 30 минут.

Вакцина индуцирует формирование гуморального и клеточного иммунитета в отношении коронавирусной инфекции. Однако это происходит лишь на 42 день после введения I компонента препарата.

Нежелательные явления, характерные для применения вакцины, бывают преимущественно легкой или средней степени выраженности, могут развиваться в первые-вторые сутки после вакцинации и разрешаются в течение 3-х последующих дней. Чаще других могут развиваться кратковременные общие (непродолжительный гриппоподобный синдром, характеризующийся ознобом, повышением температуры тела, болями в мышцах, астенией, общим недомоганием, головной болью) и местные (болезненность в месте инъекции, гиперемия, отечность) реакции. Реже отмечаются тошнота, диспепсия.

Цель исследования: Выявить основные вопросы и проблемы, возникающие после вакцинации препаратом «Гам-КОВИД-Вак»

Материалы и методы исследования

В настоящее время в исследование было включено 75 пациентов в возрасте от 23 до 57 лет, пришедших на повторную вакцинацию в ГАУЗ КО «КККД им. Л.С. Барбараша».

Всем пациентам проводилось анкетирование, которое состояло из четырех вопросов. Все вопросы анкетирования были направлены на выявление нежелательных явлений I компонента вакцины. Анкета представлена на рисунке 3.

Анкета

- 1) Вакцинацию перенесли
 - а) хорошо б) плохо в) удовлетворительно
- 2) Отмечалось ли повышение температуры тела
 - а) не отмечалось
 - б) да, отмечалось, до 38 °С
 - в) да, отмечалось, выше 38 °С
- 3) Отмечались ли такие симптомы как головная боль, слабость, недомогание, боль в мышцах после проведения вакцинации?
- 4) Отмечались ли боль, зуд в месте введения вакцины?

Рисунок 3 – Анкета

Результаты и обсуждения

При опросе было выявлено, что 22 человека (29,3%) перенесли вакцинацию бессимптомно, 19 человек (25,3%) отмечали проявление местной реакции, то есть боль, покраснение в месте введения препарата. 34 человека (45,3%) отмечали повышение температуры тела, 8 из них (23,5%) выше 38 °С, и 16 из них (47%) отметили помимо повышения температуры также сильную головную боль, боль в мышцах, слабость и недомогание. На диаграммах ниже приведена наглядная статистика.



Диаграмма 1 – Течение поствакцинального периода (в %)

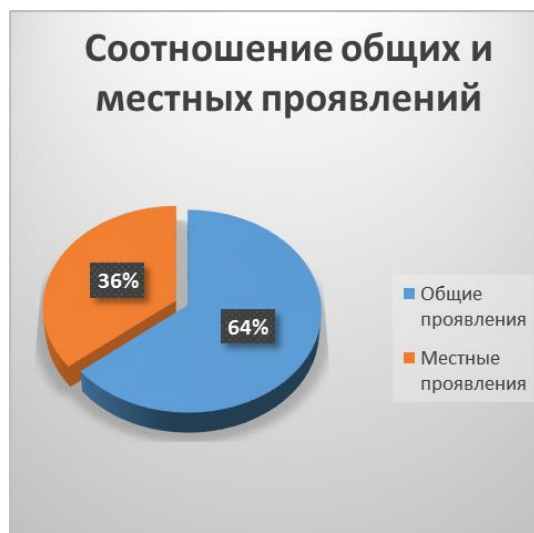


Диаграмма 2 – Процентное соотношение общих и местных проявлений

Выводы: В работе более подробно рассмотрены и разобраны вопросы вакцинопрофилактики от вируса COVID-19 и в целом проблемы вакцинации. Вакцинация идеально подходит для профилактики новой коронавирусной инфекции и является одним из методов снижения заболеваемости по всему миру, так как является самой массовой формой медицинского вмешательства.

Литература

1. Медуницын, Н.В. Вакцинология / Н.В. Медуницын. - Москва: Машиностроение, 2015. – 19-20 С.
2. Смирнов, С. М. Профилактические прививки / С.М. Смирнов, А.А. Ясинский. - М.: Медицина, 2016. -25-27С.
3. ООО «Иммунотехнологии»/Методические рекомендации. Надлежащее обращение вакцины «Гам-КОВИД-Вак», 2020. – 4-5С.
4. <https://covid19.rosminzdrav.ru/> (Дата обращения 07.03.21)

Г.А. Леонова
Научный руководитель: преподаватель И.П. Овчинникова
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Кузбасский медицинский колледж»
г. Кемерово

ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МАЙОНЕЗОВ

Питание является важнейшей физиологической потребностью человека, оно обеспечивает развитие и непрерывное обновление клеток и тканей, поступление энергии, необходимой для восстановления энергозатрат организма в покое и при физической нагрузке. Продукты питания – источник веществ, необходимых организму для образования ферментов, гормонов и других регуляторов обменных процессов. Наш организм нуждается в белках, жирах, углеводах, витаминах и минеральных веществах. Все эти питательные вещества должны поступать в организм с пищей в нужных соотношениях.

Майонез – один из перспективных продуктов питания. Его применяют в качестве приправы к различным блюдам для повышения их питательности и облагораживания вкуса, что способствует возбуждению аппетита и улучшению пищеварения.

В России майонез является одним из самых популярных соусов и входит в группу продуктов ежедневного потребления. Наличие в нем воды, макро- и микронутриентов, обуславливает возможность интенсивного протекания гидролитических, микробиологических, окислительных процессов, что может привести к накоплению вредных и даже опасных для здоровья человека соединений: токсинов, свободных радикалов, а также ухудшению органолептических свойств. При соблюдении условий хранения, регламентируемых нормативно-технической документацией, продукция имеет определенный срок годности. Поэтому сохранение первоначального качества на протяжении всего срока, заявленного производителем, а также повышение безопасности майонезов является актуальной проблемой и имеет важное практическое значение. В исследовании делается акцент на изучение составных компонентов майонезной продукции и влияние её состава на здоровье человека, а также соответствие продуктов гигиеническим требованиям.

Майонез и майонезный соус – продукты высокой биологической и физиологической ценности. Растительное масло обеспечивает организм человека физиологически активными (эссенциальными) жирными кислотами, которые снижают уровень холестерина в крови и способствуют профилактике атеросклероза. Молочные компоненты и яичный порошок – источники белков и незаменимых аминокислот. Сахар улучшает органолептические показатели. Органические кислоты (уксусная и лимонная) благоприятствуют пищеварению, обеспечивают необходимую кислотность и бактериальную чистоту, отвечают за вкус и аромат продукта.

Пищевая ценность майонеза и майонезного соуса определяется содержанием растительного масла и тем, что они представляют собой эмульсию прямого типа, которая легко усваивается организмом. Энергетическая ценность данных продуктов зависит от содержания в них растительного масла и составляет 300 – 630 ккал.

Майонезы и соусы становятся все более популярными. Причина этого кроется в стремлении к здоровому образу жизни. Низко- и среднекалорийные майонезы, содержащие сравнительно небольшое количество жира, как нельзя лучше соответствуют тенденции, сложившейся на рынке продуктов питания.

Основным ингредиентом майонезной продукции являются жидкие растительные масла, которые различаются по жирнокислотному составу. Жидкие растительные масла, используемые в производстве майонезов и майонезных соусов относятся к следующим группам: олеиновая (оливковое масло); олеиново – линолевая (кукурузное масло); линолевая (подсолнечное масло); линоленовая (низкоэруковое рапсовое, соевое, льняное масла).

Льняное масло по содержанию полиненасыщенных жирных кислот превосходит продукты обычного рациона. Оно характеризуется высоким содержанием ненасыщенных жирных кислот: 44-61 % альфа-линоленовой (омега-3), 15-30 % линолевой (омега-6), 13-29 % олеиновой (омега-9). Содержание насыщенных кислот 9-11 %. Масло льна содержит значительное количество токоферолов (витамин Е), фолиевой кислоты и эстрогеноподобных фитогормонов (лигнанов). При употреблении льняного масла в пищу происходит снижение уровня холестерина, нормализация обмена липидов, что является профилактикой артериальной гипертензии, инфарктов, инсультов, а также улучшается пищеварение. Чтобы воспользоваться всеми полезными свойствами льняного масла, его не следует подвергать термической обработке.

Оливковое масло полностью переваривается, богато жирными кислотами. Масло характеризуется высоким содержанием глицеридов олеиновой кислоты (около 65-85%) и низким содержанием глицеридов линолевой кислоты (4-12%) и глицеридов насыщенных кислот (9-12%). Оно богато витамином Е и К, фосфором, железом, минералами. Оливковое масло богато редкими мононенасыщенными незаменимыми жирными кислотами и полиненасыщенными жирными кислотами. Употребление масла способствует профилактике сердечнососудистых заболеваний, диабета и ожирения. Олеиновая кислота, содержащаяся в оливках, расщепляет холестерин в организме, укрепляет стенки кровеносных сосудов, делает их более эластичными. Линолевая кислота способствует быстрому заживлению ран, улучшает координацию и зрение. Витамины укрепляют костную ткань, мышцы и клетки стенок кишечника. Фенолы замедляют процесс старения и укрепляют иммунную систему.

Ценность кукурузного масла определяется содержанием в нем ненасыщенных жирных кислот (80%) и фосфатидов (1,5%). Ненасыщенные жирные кислоты (линолевая, линоленовая, арахидоновая) относятся к веществам, регулирующим обмен холестерина. Кукурузное масло уменьшает нервное напряжение и усталость, замедляет брожение в кишечнике, улучшает обмен веществ и повышает работоспособность. Кукурузное масло повышает тонус желчного пузыря, усиливает сокращения его стенок. Кукурузное масло в сыром, нерафинированном виде рекомендуется как вспомогательное диетическое средство

для профилактики и лечения общего и регионарного атеросклероза, ожирения, облитерирующих заболеваний артерий при сахарном диабете.

Содержание жирных кислот в подсолнечном масле (в %): стеариновая 1,6-4,6, пальмитиновая 3,5-6,4, миристиновая до 0,1, арахиновая 0,7-0,9, олеиновая 24-40, линолевая 46-62, линоленовая до 1. Подсолнечное масло содержит витамины F и E. В состав подсолнечного масла входят линолевая и линоленовая ненасыщенные жирные кислоты, не синтезируемые в организме. Потребность в них для человека даже выше, чем в витаминах. Ненасыщенные жирные кислоты участвуют в качестве обязательного компонента в образовании клеточных мембран и оболочек нервных волокон. Они обладают свойством выводить холестерин, образуя с холестерином легко окисляемые сложные эфиры, оказывают нормализующее действие на стенки кровеносных сосудов и могут рассматриваться в числе средств профилактики атеросклероза, инфаркта миокарда и других заболеваний сердечно-сосудистой системы

Стабилизаторы (от лат. *stabilis* – устойчивый) – это особая группа добавок, необходимая для формирования и сохранения консистенции, текстуры, формы и потребительских качеств производимых продуктов питания. Для устойчивости высококалорийных майонезов в отдельных случаях достаточно только эмульгатора. А чтобы придать менее устойчивым средне- и низкокалорийным майонезным эмульсиям долговременную устойчивость и предохранить их от расслоения (при длительном хранении, при изменении температурных режимов, при транспортировке) в рецептуры вводят стабилизаторы.

В связи с увеличением объема мирового производства продуктов питания наряду с традиционными стабилизирующими пищевыми добавками, такими как крахмалы, стали широко использоваться стабилизаторы животного происхождения (желатин) и растительного происхождения (камеди, пектины, каррагинаны). Все они являются производными натуральных веществ. Пищевые стабилизаторы не представляют опасности для здоровья и являются очень важным подспорьем для наращивания мирового производства продуктов питания. Сырьем для них служат яблоки, плоды цитрусовых, пшеница, кукуруза, морские водоросли, смолы различных наземных растений и т.п. Отдельные виды стабилизаторов являются продуктами микробиологической промышленности.

Вкусовые добавки, используемые в майонезах и соусах, включают в себя подслащающие, придающие соленый вкус, подкисляющие и регулирующие кислотность, вкусовые, вкусо-ароматические и пряные вещества. Основным подсластителем в майонезных рецептурах является сахар (сахароза), в диетических сортах используют глюкозу, фруктозу, а также многоатомные спирты (сорбит и ксилит) и другие подсластители. Поваренная соль в рецептурах майонезов служит для улучшения вкусовых качеств и выявления вкуса других компонентов. Соль обладает и консервирующим действием.

Пряности вводят в рецептуры в виде уже готовых экстрактов, эссенций, которые выпускаются промышленностью, а также в порошкообразной форме. Возможно также использование эфирных масел, полученных методом экстракции легколетучими растворителями, – олеорезинов. Порошкообразные пряности представляют собой различные высушенные части пряных растений, отличающиеся выраженными ароматическими и вкусовыми свойствами. Основной пряностью, присутствующей практически во всех рецептурах, является горчица. Такие пряности, как перец, корица, гвоздика, имбирь, кардамон, мускатный орех, укроп, петрушка, майоран служат для создания разнообразного специфического вкуса и аромата майонезов и майонезных соусов.

Пищевые кислоты (уксусная или лимонная) при добавлении в майонезы являются и вкусовыми добавками, и консервантами. Снижая pH низкокалорийных эмульсий с 6,9 до 4,0-4,7, они препятствуют размножению нежелательных микроорганизмов. Лимонная кислота более мягкая, придает майонезам изысканный вкус.

Новым направлением в создании майонезной продукции является введение в рецептуры функциональных добавок, особенно полезных для здоровья человека. В соответствии с теорией здорового питания, идеи которой в настоящее время широко внедряются в практику во всем мире; пищевые продукты, потребляемые человеком, должны содержать функциональные ингредиенты, помогающие организму человека противостоять болезням современной цивилизации или облегчить их течение, замедлять процессы старения, снижать влияние неблагоприятной экологической обстановки.

Некоторые из этих компонентов входят в рецептуры майонезной продукции, другие изучаются. В настоящее время эффективно используются 7 основных видов функциональных ингредиентов: пищевые волокна, витамины (А, D, К), минеральные вещества, полиненасыщенные жиры, антиоксиданты (витамины А, Е, С, β -каротин, которые в значительной степени можно отнести и к пищевым добавкам), олигосахариды, а также группа, включающая микроэлементы, бифидобактерии и др.

Чтобы быть не только полезными, вкусными, но и безвредными, майонез и соус майонезный должны соответствовать определённым требованиям. Это ГОСТ 31761-2012 и Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к продукции (товарам), подлежащей санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю). Для оценки качества и безопасности майонеза определяют органолептические, физико-химические и микробиологические характеристики. Показатели безопасности – это параметры окислительной порчи и содержание токсических элементов: микотоксинов, пестицидов, эруковой кислоты и диоксинов.

Мы изучили показатель окислительной порчи майонезов – перекисное число. Использовали ГОСТ 31762-2012. Метод включает в себя выделение жировой фазы из продукта, определение перекисного числа жировой фазы йодометрическим методом и расчет показателя окислительной порчи продукта.

Пробу продукта перед определением тщательно перемешивали, избегая интенсивного взбалтывания и нагрева. Определение проводили при искусственном освещении или при рассеянном дневном свете, избегая прямого солнечного света. В коническую колбу со шлифом вместимостью 100 см³ или 250 см³ помещали пробу продукта массой от 10 г до 30 г в зависимости от массовой доли жира в продукте. Добавляли небольшими порциями от 10 см³ до 30 см³ этилового спирта, перемешивали стеклянной палочкой, стараясь как можно равномернее распределить спирт в продукте. При этом наблюдали постепенное разрушение эмульсии с образованием мелких хлопьевидных или творожистых частиц и выделение капель масла. Затем содержимое колбы переносили в стакан для центрифугирования и центрифугировали до полного расслоения на три фазы: верхний слой (преимущественно водная фаза), разделяющая "пробка" (слой белковых и углеводных компонентов эмульсии) и спирто-хлороформный экстракт жира.

Верхний слой отбрасывали, для отделения экстракта жира от слоя белково-углеводных компонентов содержимое фильтровали в коническую колбу вместимостью 250 см³ через бумажный фильтр, фильтрат перемешивали. Для определения перекисного числа несколько аликвотных частей объемом по 10 см³ помещали в колбу для титрования вместимостью 250 см³. Колбу с экстрактом до начала титрования хранили в темном месте. Для продуктов пониженной жирности и низких предполагаемых значений перекисного числа использовали максимально возможное количество экстракта. К пробе экстракта жира добавляли 15 см³ уксусной кислоты и 1 см³ 50%-ного раствора йодистого калия, после чего колбу сразу же закрывали, перемешивали и оставляли на 5 мин в темном месте при температуре 15°-25°С. Приливали в колбу 75 см³ воды, перемешивали и добавляли раствор крахмала до появления слабой однородной фиолетово-синей окраски. Выделившийся йод титровали раствором тиосульфата натрия до молочно-белой окраски, устойчивой в течение 5 секунд.

Перекисное число жировой фазы, выделенной из продукта, X_9 , мэкв активного кислорода/кг, вычисляли по формуле

$$X_9 = \frac{1000(V - V_0)c}{m \cdot n}$$

где V - объем раствора тиосульфата натрия, использованный при определении, см³;
 V_0 - объем раствора тиосульфата натрия, использованный при холостом определении, см³;

c - фактическая концентрация использованного раствора тиосульфата натрия, вычисленная с учетом поправки к номинальной молярной концентрации, моль/дм³;

m - масса жира в одной аликвотной части, г;

n - число аликвотных частей, взятых для анализа.

За окончательный результат измерения принимают среднеарифметическое значение результатов двух параллельных измерений.

Вычисление выполняют с точностью до второго десятичного знака с последующим округлением до первого десятичного знака.

Значение показателя окислительной порчи продукта (перекисное число) Π , мэкв активного кислорода/кг, рассчитывают по формуле

$$\Pi = \frac{X_9 \cdot M}{100}$$

где M - массовая доля жира в продукте, %.

В процессе исследования был изучен показатель окислительной порчи майонезов – перекисное число в 12 пробах майонеза различных марок. Результаты представлены в таблице. Только одна проба не отвечала гигиеническим нормативам – Провансаль 67%, производитель – ООО Промпродукт, г. Новосибирск, но у этого майонеза на момент исследования истёк срок годности. В соответствии с информацией на упаковке, продукт был выпущен 05.02.20, гарантированный срок хранения при температуре от 0 до 14° С – 180 суток; при температуре от 14 до 20° С – 90 суток, а исследования проводили в январе-феврале 2021 года. Остальные пробы майонеза по показателю окислительной порчи оказались доброкачественными и безопасными.

Таблица 1 – Перекисное число изученных проб майонеза

Наименование пробы	К-во образцов	Перекисное число в мэкв активного кислорода/кг, не более		
		Фактически	Среднее	Норматив
Махеев Оливковый	2	3,7; 5,2	4,45	10,0
Махеев Провансаль с лимонным соком	3	4,7; 6,3; 8,9	6,63	
Мг. Риссо оливковый	1	2,9	2,9	10,0
Московский провансаль	2	4,1; 7,6	5,85	10,0
Кальве, 50%	1	6,8	6,8	10,0
Слобода Оливковый	2	7,4	7,4	10,0
Провансаль (Промпродукт, 67% жира)	1	12,6	12,6	10,0

По накоплению продуктов окисления в майонезе (перекисному числу) самым хорошим оказался майонез Мг. Риссо оливковый, показатель составил 2,9 мэкв активного кислорода на 1 кг продукта.

Таким образом, майонезы и соусы майонезные, выпускаемые производителями в соответствии с гигиеническими требованиями нормативных документов, являются качественными, безопасными и полезными для питания и здоровья человека при соблюдении регламентируемых условий и сроков хранения.

Литература

1. ГОСТ 31761-2012. Майонезы и соусы майонезные. Общие технические условия. Принят 15 ноября 2012 года Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1200096910>. Дата обращения 10.04.21.
2. ГОСТ 31762-2012. Майонезы и соусы майонезные. Правила приемки и методы испытаний. Принят 15 ноября 2012 года Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации (с изменением № 1 от 01.07.2016). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/1200100063>. Дата обращения 10.04.21.
3. Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к продукции (товарам), подлежащей санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), утв. 28.05.2010 № 299 (с изменениями на 8 декабря 2020 года). - М.: Госстандарт, 2010. - 74 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902249109>. Дата обращения 10.04.21.

А.В. Бячкова
Научный руководитель: преподаватель Ю. А. Петрова
Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение «Лесосибирский медицинский техникум»
г. Лесосибирск

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В КОРРЕКЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Несмотря на разнообразие серьезных болезней, актуальных для современного мира, сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему являются ведущей причиной смертей в мире: При этом около 30% от общего числа умерших – это люди трудоспособного возраста. Ишемическая болезнь сердца является одним из распространенных заболеваний среди сердечно-сосудистых [5].

При рассмотрении сведений о числе заболеваний ИБС, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации КГБУЗ «ЛМБ», отмечено увеличение количества пациентов за последний год (таблица 1).

Таблица 1 - Сведения о числе заболеваний ИБС, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации КГБУЗ «ЛМБ»

год	число случаев
2018	4365
2019	4106
2020	4182

Учитывая актуальность темы, нами была поставлена цель исследования: изучить особенности деятельности медицинской сестры в коррекции модифицируемых факторов среди пациентов с ИБС.

Для достижения поставленной цели, мы сформулировали задачи:

1. Изучить теорию рассматриваемой проблемы в литературных источниках.
2. Провести анкетирование среди пациентов кардиологического отделения КГБУЗ «ЛМБ» для выявления модифицируемых факторов ИБС.
3. Разработать рекомендации для пациентов.

Гипотеза исследования - повышение информированности пациентов с ИБС о негативном влиянии модифицируемых факторов риска на здоровье, формирует мотивацию к оздоровлению, способствующую снижению риска осложнений.

Объект исследования – модифицируемые факторы ИБС среди пациентов. Предмет исследования – роль медицинской сестры в коррекции модифицируемых факторов среди пациентов с ИБС.

Методы исследования:

1. библиографический
2. статистический
3. социологический (анкетирование)

Модифицируемые факторы риска – факторы, на которые можно повлиять изменением образа жизни, либо назначением лекарственных препаратов [6].

Классификация факторов риска ИБС:

- Биологические (не модифицируемые) факторы: пожилой возраст, мужской пол, генетические факторы, способствующие возникновению дислипидемии, гипертензии, толерантности к глюкозе, сахарному диабету и ожирению.

- Анатомические, физиологические и метаболические (биохимические) особенности: дислипидемия, артериальная гипертензия, ожирение и характер распределения жира в организме, сахарный диабет.

- Поведенческие факторы риска: курение, пищевые привычки, двигательная активность, потребление алкоголя, подверженность стрессам. [6].

Мы выявили распространённость модифицируемых факторов среди пациентов с диагнозом ИБС. В анкетировании приняли участие 15 пациентов кардиологического отделения КГБУЗ «ЛМБ» с диагнозом ИБС. Среди них 10 мужчин, 5 женщин. Возраст респондентов от 53 до 75 лет.

Анкета

1. ФИО
2. Возраст
3. Диагноз
4. Вы курите (если да, то укажите количество сигарет в день)?
5. Вы контролируете уровень холестерина?
6. Вы контролируете уровень АД?
7. Какое количество соли Вы употребляете за сутки?
8. Укажите ваш рост и вес для расчёта ИМТ с нашей помощью.
9. Вы употребляете алкоголь (в случае положительного ответа, укажите название и количество алкогольного продукта)?
10. Вы соблюдаете интенсивность физической активности, рекомендованную врачом?
11. Как часто вы испытываете стрессы?
12. Вы соблюдаете рекомендации врача по питанию?
13. Выберите основные источники получения медицинской информации в отношении вашего заболевания:
 - СМИ
 - от знакомых и членов семьи
 - медицинского персонала

Подводя итог данного этапа работы отмечено, что курение, злоупотребление солью, гиподинамия, избыточная масса тела преобладают среди указанной категории пациентов. Респонденты несвоевременно обращаются за медицинской помощью, им свойственны низкая компетентность и невысокая приверженность к профилактике заболеваний. Мы

поинтересовались источниками получения больным медицинской информации в отношении ИБС. Наиболее частым источником информации оказались средства массовой информации.

Следующим этапом нашей работы было определение плана проведения работы с группой респондентов. При составлении плана работы, мы сформулировали цели:

- получение достоверной информации о заболевании и его факторах риска;
- повышение ответственности за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения к заболеванию;
- формирование мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению, выполнению рекомендаций врача;
- приобретение умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, оказанию первой доврачебной само- и взаимопомощи при приступах стенокардии и инфаркта миокарда;
- формирование мотивации на здоровый образ жизни с целью снижения влияния изменяемых (поведенческих) факторов риска;

Занятия проводятся в двух группах. В одной – 7 человек, во второй – 8 человек. Программа обучения состоит из 8 занятий. Занятия проводятся минимум 2 раза в неделю. Продолжительность занятия 90 минут (2 части по 45 минут с перерывом в 10-15 минут).

Темы занятий:

- занятие 1. Основные представления об ИБС, факторах риска, методах лечения;
- занятие 2. Курение и ИБС. Методы отказа от курения;
- занятие 3. Дислипидемия. Избыточный вес. Здоровое питание. Как нормализовать уровень липидов;
- занятие 4. Низкая физическая активность и ИБС;
- занятие 5. Артериальная гипертония и ИБС;
- занятие 6. Психологические факторы и ИБС. Методы преодоления негативных переживаний;
- занятие 7. Восстановление активной жизни. Вопросы трудоспособности;
- занятие 8. Заключительное.

Содержание занятий:

- Занятие 1. Основные представления об ИБС, факторах риска, методах лечения
 - Природа ИБС.
 - Факторы риска развития ИБС
 - Симптомы ИБС
 - Современные методы диагностики и лечения
 - Составление индивидуального плана оздоровления поведенческих привычек.
- Занятие 2. Курение и ИБС. Методы отказа от курения
 - Что мы знаем о вреде курения?
 - Типы курительного поведения
 - Почему люди курят?
 - Что такое никотиновая зависимость?
 - Современные методы лечения табакокурения
 - Мотивация и готовность бросить курить.
 - Я решил бросить курить! С чего начать?
- Занятие 3. Дислипидемия. Избыточный вес. Здоровое питание. Как нормализовать уровень липидов
 - Что такое «Здоровое питание»?
 - Как рассчитать свои энерготраты?
 - Какова калорийность продуктов?
 - Какие изменения в диете нужны при ИБС.

- Как ограничить употребление поваренной соли?
- Как поступать с жирами?
- Как обогатить рацион витаминами?
- Как быть при повышенном уровне холестерина?
- Как правильно составить меню при ИБС?
- Составление индивидуального плана оздоровления привычек питания.

Занятие 4. Низкая физическая активность и ИБС

- Какое значение имеет физическая активность для здоровья?
- Оценка уровня физической активности.
- Какие методы повышают физическую активность?
- Как контролировать интенсивность физических нагрузок?
- Как одеться при тренировках?
- Комплекс упражнений.

Занятие 5. Артериальная гипертония и ИБС

- Что такое артериальное давление?
- Что такое артериальная гипертония?
- Осложнения течения заболевания:
 - гипертонический криз;
 - транзиторная ишемическая атака.
- Факторы риска артериальной гипертонии.
- Как оценить индивидуальные факторы риска?
- Как правильно измерять артериальное давление?
- Как вести Дневник пациента?

Занятие 6. Психологические факторы и ИБС. Методы преодоления негативных переживаний

- Что такое стресс?
- Влияние стресса на организм
- Как оценить уровень стресса?
- Как преодолевать стресс?
- Депрессия.

Занятие 7. Восстановление активной жизни. Вопросы трудоспособности

- Безопасный уровень бытовых и житейских нагрузок (половая активность, работоспособность, трудоспособность и пр.).
- Составление индивидуальных планов оздоровления.

Занятие 8. Заключительное

- Закрепление полученных навыков и умений.
- Обсуждение индивидуальных планов оздоровления.

Для оценки результатов проведенной нами работы, мы провели беседу с пациентами и отметили, что уровень знаний респондентов в отношении коррекции модифицируемых факторов значительно возрос. Пациенты планируют соблюдать диетические рекомендации, заниматься умеренной физической активностью, учитывая рекомендации врача. Все осознали важность контроля АД и уровня холестерина, планируют отказаться от вредных привычек. Все знакомы с методами борьбы со стрессами.

Подводя итог работы, мы пришли к следующим выводам:

1. В структуре заболеваемости ИБС занимает второе место по распространенности среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. По причине смертности в мире ИБС занимает первое место.

2. Нами были выявлены следующие доминирующие модифицируемые факторы среди пациентов с ИБС: курение, злоупотребление солью, гиподинамия, избыточная масса тела. Респонденты несвоевременно обращаются за медицинской помощью, им свойственны

низкая компетентность и невысокая приверженность к профилактике заболеваний. Наиболее частым источником получения информации в отношении своего заболевания большинство отметили СМИ.

3. Деятельность медицинской сестры при проведении коррекции модифицируемых факторов среди пациентов с ИБС заключается в информировании пациентов, обучении, формировании мотивации к выполнению рекомендаций медицинского персонала.

Литература

1. Национальный проект «Здравоохранение» указ президента Российской Федерации от 07.05.18 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Министерство здравоохранения Российской Федерации

2. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ

3. Приказ об утверждении программы «Развитие здравоохранения Красноярского края на 2013-2020 годы» от 30.04.2013 г. № 223-п

4. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р.

5. Мамедов М.Н., Чепурина Н. А. Суммарный сердечно-сосудистый риск: от теории к практике, год 2018.

6. Европейских клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Российский кардиологический журнал, 2017

7. Руксин В. В. Основы неотложной кардиологии. — СПб.: Издательство АОТ Эвэланш, 2016.

8. Основы кардиологии. Принципы и практика (2-е издание) /Под ред. проф. Клива Розендорффа. — Львов: Медицина свиту, 2015.

9. Абрамович С.Г. Немедикаментозное лечение и профилактика ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, 2017

Д. А. Бочарников

Научный руководитель: преподаватель А.С. Федосов

Новокузнецкий филиал

Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Кузбасский медицинский колледж»

г. Новокузнецк

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ «ФЛЮОРОЗ» В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В наше время каждый хочет иметь красивую и здоровую улыбку. Но в связи с ритмом жизни современного человека, повседневными заботами люди не уделяют должного внимания гигиене полости рта и правильному пищевому поведению. Очень часто не подозревая о том, что выполнение нескольких простых правил сделает их обладателями красивых и здоровых улыбок. Тем более, это не требует много времени.

Актуальность выбранной нами темы объясняется тем, что флюороз является часто встречающимся стоматологическим заболеванием с ярко выраженной симптоматикой, распространение которого имеет определенные закономерности.

В связи с этим цель нашей работы – изучение заболевания «флюороз».

Данная цель достигнута через выполнение следующих задач:

- 1) Дать характеристику заболевания «флюороз».
- 2) Изучить профилактику и лечение флюороза.
- 3) Рассмотреть статистику заболеваемости флюорозом.
- 4) Выявить закономерности распространения флюороза в Кемеровской области.
- 5) Изучение литературных источников по данной теме.

Объект исследования: заболевание «флюороз».

Предмет исследования: проявление симптоматики флюороза у жителей разных районов Кемеровской области.

Методы исследования: анкетирование, статистический метод, работа с литературными источниками.

Флюороз зубов – это стоматологическая патология, возникающая из-за избытка фтора. Она носит эпидемический хронический характер. Чаще возникает в определенных районах, в которых состав питьевой воды содержит очень большое количество фторидов. Также диагностируют такое заболевание у взрослых людей, которые работают на производстве с высоким содержанием фтора в воздухе. В соответствии с общепринятыми санитарными нормами максимальная концентрация соединений фтора в воде не должна превышать 1,5 мг/л. Переизбыток этого микроэлемента негативно влияет на эмаль зубов – начинает ее разрушать. Если вовремя не обратиться к врачу, могут развиваться патологии костной ткани – остеопороз или остеосклероз. Возникновение болезни связано с индивидуальными особенностями организма. Иногда флюороз развивается и при меньшей концентрации фтора. Поражаются в основном постоянные зубы, в редких случаях – молочные у детей. Это связано с тем, что минерализация первых зубов у малыша начинается и заканчивается еще в период внутриутробного развития. В это время плацента защищает организм ребенка от переизбытка фтора. Но если беременная женщина живет в местности, где содержание в воде соединений фтора сильно превышает норму, то болезнь может поразить и молочные зубы ребенка. В группе риска находятся дети в возрасте 3–4 лет, при условии, что они употребляли воду с высоким содержанием фтористых соединений в течение 3 и более лет.

В системе профилактики флюороза выделяют три звена единого профилактического процесса: первичную, вторичную и профилактику.

Первичная профилактика – это система социальных, медицинских, гигиенических мероприятий, направленных на предотвращение заболевания путем устранения причин и условий их возникновения, неблагоприятных факторов окружающей среды.

Вторичная профилактика предусматривает ранее выявление заболевания, предупреждение возможных осложнений.

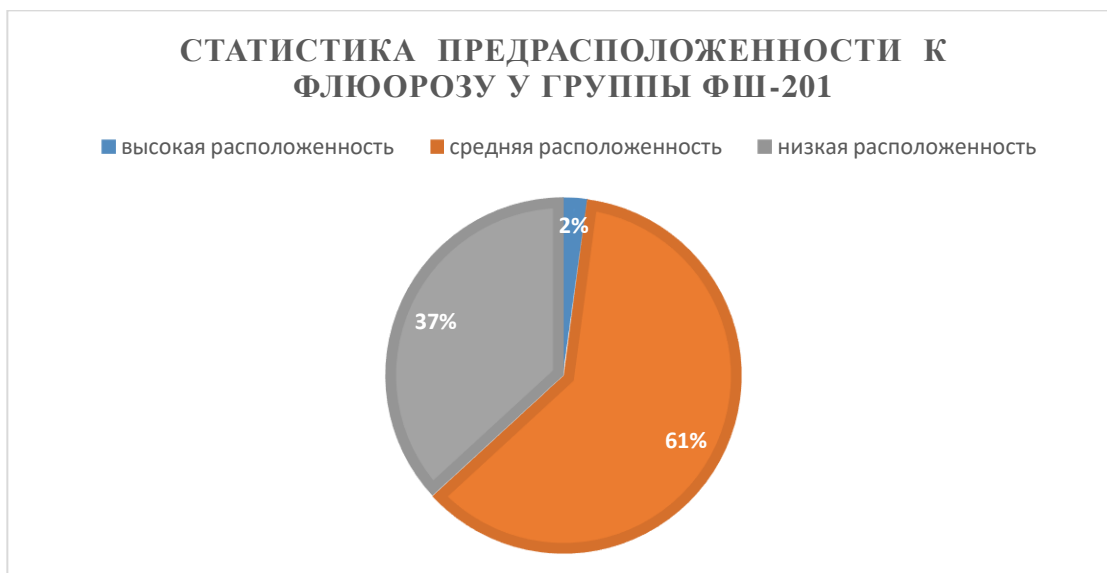
Таким образом, при разработке комплекса мер вторичной профилактики необходимо учитывать не только возраст человека, но и характер течения патологического процесса.

Третичная профилактика – направлена на выздоровление, предупреждение перехода болезни в более тяжелую форму или стадию, предупреждение обострений в ее течении, на снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности.

Исследуя данный вопрос, мы сравнили распространённость заболевания среди учащихся НФ ГБПОУ НФ «КМК» 1 и 2 курса, работников культурного центра и его посетителей «КДЦ Беловского района», не относящихся к медицине.

После проведения анкетирования (15 вопросов, 6 из которых – контрольные), в котором приняло участие 59 человек, мы подвели итоги. Рассмотрим результаты каждой группы по отдельности.

Первой группой, прошедшей анкетирование, являлась группа первокурсников ФШ-201. Результаты показаны на диаграмме 1. В опросе приняли участие 20 человек. Средний возраст студентов составил 18 лет. Имеются высокие предрасположенности к флюорозу (2%). В основном это студенты из Куйбышевского, Новоильинского и Центрального районов г. Новокузнецка. Больше половины (58%) имеют среднюю предрасположенность к этому заболеванию. Это студенты Орджоникидзевского и Кузнецкого районов и г. Калтан. Около (35%) имеют низкое или малое количество предрасположенности к флюорозу. Это учащиеся из г. Междуреченска, г. Осинников и г. Прокопьевска. Нет предрасположенности или отсутствие флюороза у некоторых студентов из г. Междуреченска и г. Калтана (5%)



(диагр.1)

Далее рассмотрим результаты группы второго курса МС-194д. Результаты показаны на диаграмме 2. В опросе приняло участие 14 человек. Средний возраст участников 17-18 лет. Высокая предрасположенность к флюорозу отсутствует (0%). Наиболее выражена средняя предрасположенность (60%) То есть это студенты Заводского, Куйбышевского и Центрального районов г. Новокузнецка и г. Таштагол. Оставшиеся часть студентов (30%) имеют низкую вероятность того, что у них флюороз, другая (10%) не имеет признаков флюороза вообще, это студенты с. Сосновка, Прокопьевского района.



(диагр.2)

И последняя группа, в которой мы проводили опрос по данной теме МС-195д. Результаты показаны на диаграмме 3. В опросе приняло участие 15 человек. Средний возраст участников составил 17-18 лет. Большая часть (56%) студентов не имеют флюороз, остальные (44%) имеют лишь незначительные предрасположения.



(диагр. 3)

Также, мы подвели общую статистику. Результаты показаны на диаграмме 4. Первая часть (15%) студентов не имеют предрасположенности, другая почти меньше половины (47%) имеют незначительные проблемы, а остальная часть (38%) средне или высоко предрасположены к флюорозу

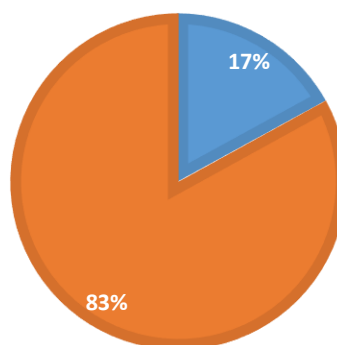


(диагр.4)

Для сравнения мы провели анкетирование среди сотрудников и посетителей КДЦ «Беловского района» (контрольная группа), в котором приняло участие 10 человек, редко посещающих г. Новокузнецк. Результаты показаны на диаграмме 5. Средний возраст участников составил 36 лет. Результаты значительно отличаются от результатов студентов медицинского колледжа. Большая часть опрошенных не имеют предрасположенности (83%), другая часть людей имеют незначительную предрасположенность к флюорозу (17%).

СТАТИСТИКА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ФЛЮОРОЗУ У РАБОТНИКОВ И ПОСЕТИТЕЛЕЙ "КДЦ БЕЛОВСКОГО РАЙОНА"

■ низкая расположенность ■ отсутствие расположенности



(диагр. 5.)

Исходя из приведённой статистики, можно сделать вывод, что студенты медицинского колледжа более предрасположены к флюорозу, в отличие, от сотрудников и посетителей КДЦ «Беловского района» предприятия. Причин такого результата может быть несколько. Во-первых, высокое содержание фтора в питьевой воде г. Новокузнецка гораздо больше, чем в г. Белово, так как в здесь расположен Новокузнецкий Аллюминиевый Завод, который выбрасывает в окружающую среду избыточное количество фтористых соединений. Именно они играют важную роль в развитии этого заболевания. Во-вторых, флюороз действительно является распространённым и охватывает многих в зависимости от качества питьевой воды и атмосферного воздуха.

Литература

1. Алимова Р.Г. Индивидуальная гигиена полости рта при применении современных несъемных ортодонтических конструкций / Р.Г. Алимова //Стоматология. – 2004. – №6. – С.21-23.
2. Адмакин О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.И. Адмакин. – М., 2017. – 26 с.
3. Бородовицина С.И. Б 833 Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие / С.И. Бородовицина, Н.А.Савельева, Е.С.Таболина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2019. – 264 с.
4. Буонтъев В.А. Здоровые зубы и качество жизни / В.А. Буонтъев // Стоматология. – 2017. – Т.79, №5. – С.10-13.
5. Женева, 2018. – 40 с.
6. Курякина Н.В. Руководство по первичной профилактике стоматологических заболеваний: учебное пособие / Н.В. Курякина, Н.А. Савельева. – Рязань, 2017. – 428 с.
7. Интнова И.О. Роль гигиены полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.О. Интнова. – СПб., 2018. – 17 с.
8. М. П. Маргаева, Ф. Н. Колесников – «К истории гигиены полости рта»;
9. Федоров Ю.А. Фтор: за и против / Ю.А. Федоров // Профилактика today. – 2018. – Март. – С.4-7 Стоматологические обследования. Основные методы / ВОЗ.- 3-е изд. -
10. Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России /О.О. Янушевич. – М.: МГМСУ. – 2019. – 228 с.

М. Д. Коробейникова
Научный руководитель: преподаватель А. С. Федосов
Новокузнецкий филиал
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Кузбасский медицинский колледж»
Г. Новокузнецк

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Актуальность выбранной нами темы исследования объясняется тем, что бронхиальная астма представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний в мире. На сегодняшний день, число заболевших в России составляет 7 миллионов человек. Кемеровская область попала в список регионов-лидеров по числу случаев заболевания астмой, связанных с качеством воздуха. Новокузнецк же вошёл в топ-20 городов России с самым загрязнённым воздухом. Заболевание может сформироваться в любом возрасте. Среди взрослого населения болезнь фиксируется более чем в 5% случаев, а у детей встречается в 10% случаев. Начавшись в детском возрасте, болезнь продолжается у взрослых, являясь причиной профессиональных ограничений, инвалидности, а в ряде случаев и смертельных исходов.

В связи с этим цель нашей работы – всестороннее изучение заболевания «бронхиальная астма».

Данная цель достигнута через выполнение следующих задач:

1. Ознакомиться с основными этиологическими признаками развития и предрасполагающими факторами бронхиальной астмой.
2. Изучить патогенез заболевания пациентов с бронхиальной астмой.
3. Описать способы лечения и профилактики заболевания.
4. Проанализировать литературные источники по теме.
5. Провести тестирование на выявление симптоматики заболевания астма среди студентов.

Объект изучения: заболевание «бронхиальная астма».

Предмет изучения: люди с бронхиальной астмой и уход за ними.

Методы исследования: анкетирование, статистический метод.

Бронхиальная астма – это хроническое неинфекционное заболевание дыхательных путей воспалительного характера. Приступ бронхиальной астмы характеризуется коротким резким вдохом и шумным длительным выдохом. Обычно он сопровождается кашлем с вязкой мокротой и громкими свистящими хрипами.

Выделяют аллергическую и неаллергическую астмы.

Аллергическая форма бронхиальной астмы – это ответ бронхолегочной системы на воздействие аллергенов.

В зависимости от того, какой тип аллергена вызвал нарушения, выделяется несколько форм аллергической астмы:

1. бытовая;
2. пыльцевая;
3. грибковая.

Среди причин, вызывающих воспалительный процесс в бронхах, следует отметить:

1. хронические инфекционные заболевания органов дыхания;
2. длительный прием лекарственных препаратов;
3. плохую экологическую обстановку в зоне проживания человека;
4. профессиональную деятельность, связанную с химическим производством или взаимодействием с химическими веществами;
5. несбалансированный рацион;

б. наследственную предрасположенность.

Симптомы проявления:

1. трудности при вдохе и выдохе,
2. хрип и свист при дыхании,
3. приступообразный кашель с выделением вязкой мокроты,
4. учащение дыхания, при физической нагрузке
5. одышка, слабость и усталость,
6. симптоматика простудных заболеваний.

Неаллергическая форма бронхиальной астмы – хроническое заболевание, для которого характерно воспаление бронхов. Любое заболевание дыхательных путей может привести к развитию осложнений в виде неаллергической астмы.

В отличие от аллергической формы, данный вид заболевания не бывает наследственным и чаще всего прогрессирует у людей старше 50 лет. При отсутствии лечения болезнь развивается, что приводит к нарушениям работы дыхательной системы.

Неаллергическая бронхиальная астма возникает, когда воспаляются нижние дыхательные пути. Реакцией на воспаление является повышенная реактивность бронхов, то есть их ответ на любой раздражитель. При воспалении даже небольшое раздражение вызывает спазм бронхов.

Неаллергическая бронхиальная астма не связана с каким-либо аллергеном.

Среди причин заболевания могут быть такие явления, как:

1. Воспалительные заболевания органов дыхания хронического характера;
2. Нарушения гормонального фона и обмена веществ (особенно у женщин);
3. Влияние сигаретного дыма (при активном и пассивном вдыхании);
4. Вдыхание загрязненного воздуха в течение длительного времени.
5. Врожденные аномалии дыхательных органов.

При обострении астма дает о себе знать такими основными симптомами, как:

1. Одышка с затрудненным выдохом;
2. Удушье, сопровождающееся дыханием со свистом;
3. Приступообразный сухой кашель;
4. Выделение мокроты вязкой консистенции;
5. Чувство заложенности в грудной клетке;

При отсутствии лечения ситуация усугубляется. Течение заболевания осложняется частыми периодами обострения, когда кашель возникает внезапно и сопровождается сильнейшими приступами удушья.

Ограничение контакта с аллергеном - главный принцип лечения аллергической бронхиальной астмы. Чтобы предотвратить или минимизировать случаи появления приступов, назначаются лекарственные препараты.

Специальных профилактических мер против аллергической астмы не существует. Чтобы снизить частоту периодов обострения, необходимо исключить контакт с аллергенами. Выполнение несложных рекомендаций позволит избежать развития астматических проявлений:

1. Поддерживать необходимую влажность воздуха в помещении;
2. Вовремя проводить влажную уборку;
3. Правильно питаться, исключив из рациона продукты с аллергеном;
4. Ежедневно менять постельное белье

Практическая часть нашего исследования была посвящена выявлению предрасположенности к возникновению БА среди учащихся нашего колледжа.

Для анализа на выявление симптомов заболевания бронхиальная астма у студентов медицинского колледжа, нами была составлена анкета на основе анамнеза заболевания бронхиальная астма, которая состоит из 16 вопросов, имеющих прямое отношение к симптоматике БА и из вопросов, которые имеют отношение к типу личности человека

Для более точной статистики мы опирались на 4 вопроса, содержащие более яркие признаки заболевания бронхиальная астма.

После проведения анкетирования, в котором приняло участие 62 человека (МС-202д, МС-182д и ФШ-193), мы подвели итоги, отраженные в диаграммах. Рассмотрим результаты каждой группы подробнее.

Первой группой, прошедшей анкетирование, являлась группа первокурсников МС-202д. В опросе приняло участие 22 человека. Средний возраст студентов составил 17 лет. Среди опрошенных, меньше чем у половины (26%) не страдают проблемами с органами дыхания, а у большей части людей (74%) имеют незначительные проблемы с органами дыхания. Студенты в этой группе не имеют предрасположенности к заболеваниям органов дыхания (см. Диаграмма 1)

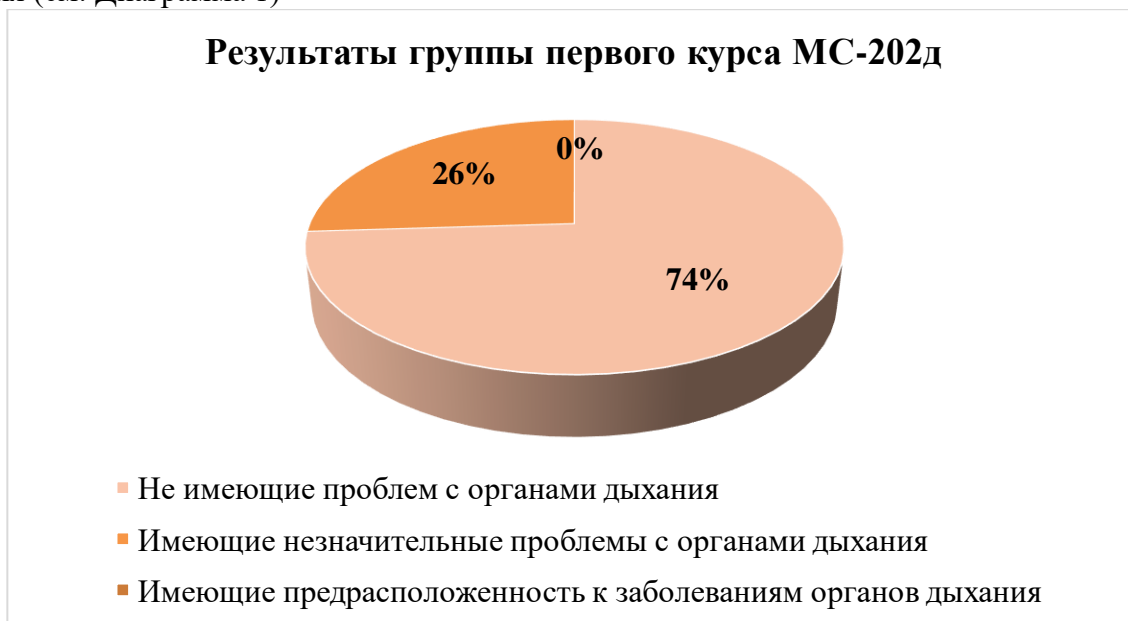


Диаграмма 1

Далее рассмотрим результаты группы третьего курса МС-182д. Число человек, принявших участие в опросе составило 23. Средний возраст участников 19 лет. Большая часть (76%) студентов не страдают проблемами с органами дыхания, остальные (24%) имеют лишь незначительные проблемы с легкими из-за курения. Ни один из студентов данной группы не имеет предрасположенности к заболеванию БА (см. Диаграмма 2).



Диаграмма 2

И последняя группа, в которой мы проводили опрос по данной теме ФШ-193. В опросе приняло участие 18 человек. Средний возраст участников составил 20 лет. У большей части людей (89%) не имеются заболевания органов дыхания, а у 1% имеется заболевание БА. В данной группе имеют предрасположенность к заболеванию БА 10% студентов (см. Диаграмма 3).



Диаграмма 3

Также, мы подвели статистику всех 3 курсов. Больше половины (62%) студентов не имеют проблем с органами дыхания, чуть меньше половины (36%) имеют незначительные проблемы и лишь единицы (2%) предрасположены к заболеванию бронхиальная астма (см. Диаграмма 4).



Диаграмма 4

Исходя из приведённой статистики, можно сделать вывод, что студенты Сестринского и Лечебного дела медицинского колледжа имеют предрасположенность к

заболеванию бронхиальная астма. Среди студентов имеются люди, у которых возможно развитие болезни БА.

Таким образом, можно сделать вывод, что даже люди, не являющиеся аллергиками и не имеющие наследственную предрасположенность, могут иметь данное заболевание. Поэтому бронхиальная астма является современной проблемой мирового масштаба, у которой нет окончательного решения, эту болезнь нельзя вылечить, с ней можно только уживаться и стараться ее контролировать.

Литература

1. Бабанов, С. А. Профессиональная бронхиальная астма / С. А. Бабанов. – Текст : непосредственный // Справочник фельдшера и акушерки. – 2016. - № 12. – С. 15-21.
2. Байков, А. Г. Профессиональная бронхиальная астма / А. Г. Байков, С. А. Бабанов, Д. С. Будащ. – Текст : непосредственный// Медицинская сестра. – 2018. – № 7. – С. 13-18.
3. Бронхиальная астма: пособие/ Л.Р. Выхристенко – 2016.
4. Варлакова, Ю. Анализ эффективности сестринского ухода за пациентами с бронхиальной астмой / Ю. Варлакова, С. А. Варлакова. – Текст : непосредственный// Среднее профессиональное образование. Приложение. – 2019. - № 9. – С. 119-124
5. Денисенкова, Е. П. Студенческое исследование: роль медсестры в информированности пациентов с бронхиальной астмой / Е. П. Денисенкова . – Текст : непосредственный// Сестринское дело. – 2016. - № 3. - С.19-21.
6. Павлов, В. К. Основные заболевания легких и их профилактика / В. К. Павлов, Е. И. Калинин, В. В. Скворцов, И. Я. Исмаилов. - Текст : непосредственный // Медицинская сестра. – 2015. - № 8. – С. 3-7
7. Особенности течения бронхиальной астмы: классификация по степени тяжести: [сайт]. 2021. – URL: <https://bronhialnaya-astma.com/diagnostika/bronhialnaya-astma-osobennosti-techeniya-stepeni-tyazhesti-zabolevaniya> (дата обращения: 16.01.2021). - Текст : электронный.
8. Аллергическая бронхиальная астма: механизм развития, симптомы, лечение: [сайт]. – URL: <https://bronhialnaya-astma.com/vidy-astmy/allergicheskaya-bronhialnaya-astma> (дата обращения: 16.01.2021). - Текст : электронный.
9. Формы и виды бронхиальной астмы: основные принципы и критерии классификации: [сайт]. – URL: <https://bronhialnaya-astma.com/vidy-astmy/formy-i-vidy-bronhialnoj-astmy> (дата обращения: 19.01.2021). Текст : электронный.
10. Причины неаллергической бронхиальной астмы и методы ее лечения: [сайт]. – URL: <https://bronhialnaya-astma.com/vidy-astmy/neallergicheskaya-bronhialnaya-astma> (дата обращения: 23.01.2021). Текст : электронный.

Е.А. Бушмакин

Научный руководитель: преподаватель Т.Ф. Маслова
Новокузнецкий Филиал Государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения «Кузбасский медицинский колледж»
г. Новокузнецк

ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО- ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Социально значимые заболевания представляют собой ощутимый ущерб для общества, связанный с высокой заболеваемостью, временной или полной

нетрудоспособностью и повышенной смертностью. Лечение этих заболеваний требует огромные затраты на диагностику, реабилитацию, профилактику и социальную поддержку населения. К социально значимым заболеваниям относятся недуги, которые представляют угрозу для большого числа людей.

К социально-значимым заболеваниям, согласно постановлению правительства РФ №715 от 1 декабря 2004 г. относят:

1. Туберкулез;
2. Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП);
3. Гепатит В и С;
4. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
5. Злокачественные новообразования;
6. Сахарный диабет;
7. Психические расстройства и расстройства поведения;
8. Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Таким образом, все социально-значимые заболевания можно разделить на группы и категории диспансерного наблюдения и учета:

1. Хронические неэпидемические заболевания;
2. Несчастные случаи, отравления и травмы;
3. Психические заболевания;
4. Наркомании и другие виды зависимости;
5. Инфекционные и паразитарные заболевания.

Разделив заболевания на группы, можно спрогнозировать увеличение заболеваемости в определенном сегменте общества, что даст важную информацию, в определении основных факторов риска развития болезней. Далее проработав факторы риска, можно выделить основные из них:

1. Плохое питание;
2. Снижение иммунитета к инфекционным заболеваниям;
3. Образ жизни (алкоголь, курение, стресс, вредные условия труда);
4. Плохие бытовые и материальные условия;
5. Злоупотребление лекарственными средствами (наркотиками).
6. Генетика (наследственность);
7. Неблагоприятные влияния внешней среды (загрязнение воды, почвы, воздуха);
8. Несвоевременная медико-социальная помощь и её низкое качество.

На сегодняшний день, практически доведена до совершенства теоритическая часть школ здоровья среди пациентов разного возраста. В теории работа таких школ развита на всех терапевтических участках и на дневных отделениях в стационаре, но их работа не покрывает постоянно увеличивающуюся базу людей нуждающихся в такой помощи. В ответ на увеличение людей, не доплучивших социальную помощь, увеличивается нагрузка на участковых врачей-терапевтов, службы скорой и неотложной помощи и службу социальной защиты населения, что закономерно ведет к перегрузке специалистов этого звена. Для решения этой проблемы, вполне, целесообразно привлекать студентов медицинских образовательных учреждений, высвобождая специалистов для работы по лечению и диагностике непосредственно заболеваний, в то время как студенты-медики возьмут на себя большую часть профилактической работы с населением, проводя школы здоровья, семинары и вебинары, тренинги и курсы для людей разного возраста по основным направлениям медико-социальной помощи населению.

Такая практика уже существует, но на сегодняшний день она развита лишь частично, что не дает полного решения, сложившейся ситуации, и уж тем более не решает проблему в целом.

Поэтому, следует отметить, что задача такой работы в целом уже сформулирована, но не имеет выставленных границ и четких рекомендаций. Студенты-медики при

направлении в поликлиники и стационары, чаще всего занимаются не непосредственной работой с населением, а подготовкой социальной рекламы, в виде раздаточного материала (буклеты, брошюры, памятки), или и вовсе занимаются второстепенными задачами, такими как сбор и направление пациентов в выделенное для школ здоровья помещение, где медицинский работник проводит само занятие. Но работа студенческого движения может быть не привязана к конкретному помещению, а иметь выездной характер, и проходить в условиях, где явку пациентов обеспечить намного легче, а следовательно и увеличить количество людей получивших первичную медико-социальную помощь, что плодотворно скажется на улучшении такой помощи.

Помимо улучшения медико-социальной помощи населению, такое решение проблемы позволит интегрировать будущих специалистов в медицинскую среду, и уменьшит время на адаптацию, после выпуска, молодого специалиста на рабочем месте. Что положительно скажется на работе первичного медицинского звена здравоохранения.

Высвободившихся врачей и специалистов среднего звена можно задействовать для работы по профилактике заболеваний. Проблемы в этой работе больше упираются в недостаточное финансирование первичного звена, отсутствие или недостаточное оснащение поликлиник и приемных отделений диагностической аппаратурой, но немало важной проблемой все же остается нехватка квалифицированных сотрудников, которую частично решает предложенное мною решение.

Следующей проблемой, является низкая ответственность населения, многие люди не спешат обратиться к врачу так как считают, что заболевание пройдет или начинают самостоятельный прием лекарственных препаратов, что нередко приводит к плачевным последствиям для здоровья человека.

Эту проблему решить достаточно непросто, но частично улучшить ситуацию можно. Для решения этой проблемы нужно повысить уровень доверия населения к медицинским работникам. Понятно, что переубедить взрослого человека не возможно, но усилив работу с подростковым контингентом можно получить прирост авторитета и уважения к медикам. Это позволит не только получить хорошие показатели в увеличении диагностики на ранних этапах заболевания, но и возможно увеличит количество школьников желающих поступить в медицинские ВУЗы и колледжи.

В рамках такой работы, предлагается реализовать встречи школьников со специалистами разного профиля, которые в теоритической форме (в учебном классе) или на базе медицинской организации будут проводить лекции и семинары направленные на формирование ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих.

Решив две эти проблемы, в целом улучшатся показатели первичного выявления и профилактики социально-значимых заболеваний.

Еще одна проблема, которая недостаточно проработана в рамках медико-социальной помощи, это проблемы возрастных неинфекционных заболеваний, развивающихся во все более раннем возрасте. К таким заболеваниям можно отнести, сильно помолодевшую, гипертоническую болезнь сердца. Данное заболевание достаточно часто встречается у пациентов пожилого возраста, но статистика показывает, что на сегодняшний день она молодеет, и уже люди среднего возраста стали все чаще обращаться за медицинской помощью с жалобами на повышение артериального давления.

Снижение возраста, проявления данного заболевания кроются в следующих проблемах:

1. Употребление алкоголя, которое значительно увеличилось за последние годы;
2. Низкие показатели соответствия стандартам рабочих мест (переутомление, длительные статические нагрузки);
3. Низкий уровень физкультурного развития населения;
4. Отсутствие промежуточных и летучих срезов здоровья населения;
5. Табакокурение;

6. Генетическая предрасположенность;
7. Загрязнение окружающей среды.

Решить эти проблемы не возможно, но в наших силах снизить вредоносное влияние их на организм человека. Добиться этого можно внедрением физкультурных минуток на предприятиях со статическими нагрузками, и дополнительными перерывами на предприятиях с большими физическими нагрузками. Так же можно внедрить на предприятиях непрерывного цикла дневники самоконтроля, где в течении смены работник будет обязан во время перерывов вносить основные параметры давления и пульса. Что позволит выявлять предрасположенность к гипертонической болезни сердца на этапах, легко поддающихся коррекции. Что в целом приведет к уменьшению заболеваемости и позволит увеличить средний возраст проявления данного заболевания.

В рамках своей работы я не стал затрагивать инфекционные заболевания, так как, эти заболевания невозможно остановить только медико-социальной работой, к сожалению все больше случаев выявления этих заболеваний среди молодежи и людей трудоспособного возраста, что не однократно отмечено правительством и министерством здравоохранения, в рамках работы с населением входящем в группу риска ведется усиленная работа которая не требует существенных изменений. В работе с людьми из этой группы важно, только изменение их личного отношения к проблеме. Что б как можно больше пациентов и как можно раньше от начала проявления заболевания, стали принимать специализированную терапию.

Литература

1. Бойцов, С. А. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы [Текст] / С. А. Бойцов, С. В. Вылегжанин // Терапевтический архив. – 2016. – № 1. – С. 4-9.
2. Погожева, А. В. Разработка системы диагностики и алиментарной профилактики неинфекционных заболеваний [Текст] / А. В. Погожева, Е. Ю. Сорокина, А. К. Батулин и др. // Альманах клинической медицины. – 2016. – № 1. – С. 67-74.
3. Роль и возможности центров здоровья в профилактике социально значимых неинфекционных заболеваний [Текст] / Н. Е. Найденкова, М. А. Лукашов, Е. Н. Лобыкина, О. И. Острикова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института та общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2018. – № 1. – С. 122-126.
4. Руководство по диспансеризации взрослого населения [Текст] / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 664 с.
5. Шипова, В. М. Штатное обеспечение деятельности медицинских организаций по профилактике неинфекционных заболеваний [Текст] / В. М. Шипова, С. В. Гайдук // Заместитель главного врача. – 2016. – № 2. – С. 23-33.

Е.В. Брагина
Научный руководитель: М.Н.Правдивцева
Краевое государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Родинский медицинский колледж»

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Здоровье населения является важнейшей составляющей основы национальной безопасности страны и во многом напрямую связано с решением социально-политических и экономических проблем, стоящих перед обществом.[2, с.23]

В наше время актуальным является улучшение качества жизни человека, что ведёт к укреплению его здоровья (правильный образ жизни, материальное благосостояние, характер питания, благоустройства населённых пунктов).

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), одним из основных показателей цивилизованности страны является уровень здоровья и продолжительности жизни населения.

В этой связи, несомненную актуальность приобретают не только выявление и изучение, но и информирование населения о существовании и характере воздействия социальных факторов риска на здоровье человека. Обнаружение, описание, понимание сущности и особенностей влияния факторов риска имеет существенное значение для разработки профилактических мероприятий. В отношении образовательной среды это особенно важно, так как в ней не только протекает значительная часть жизни современного человека, но и в значительной степени формируется здоровье подрастающего поколения.

В Алтайском крае за последнее три года уровень заболеваний туберкулезом снизился с 2016-2018 год включительно с 59,5 – 53,3 (на 10 000 тыс. человек).

Повысилась численность заболевания населения злокачественными новообразованиями – это является главной проблемой на сегодняшний день. С 2016-2018 год повысился уровень заболеваний у пациентов с онкологией с 388,1 – 408,6 (на 10 000 тыс. человек).[11]

Здоровье населения сельских муниципальных образований определяется заболеваемостью, которая в последние годы по большинству классов увеличивается. Однако, заболеваемость сельчан по обращаемости ниже, чем горожан, что обусловлено меньшей доступностью медицинской помощи на селе и более низким уровнем образования сельских жителей.

Проблемы людей социального риска затрагивают жизнь общества в целом. Если не будет оказываться помощь и не вестись профилактика, то для населения увеличится угроза социальной опасности, что непосредственно может привести к демографическим проблемам и упадку уровня жизни общества.

Стратегической задачей для нашей страны в настоящее время является улучшение состояния здоровья населения путем повышения реальной доступности медицинской помощи для широких слоев населения и приоритета здоровья в системе социальных ценностей общества, усиления профилактической направленности здравоохранения. [3, с.43]

Социальными факторами риска являются: образ жизни; материальное благосостояние; характер питания; благоустройство населенного пункта.[1, с.73]

Состояние здоровья сельского населения значительно хуже, чем городского. Это касается и взрослых, и детей. Среди сельских жителей отмечается высокий уровень заболеваемости туберкулезом, кишечными инфекциями, заболеваниями передающимися половым путем, психическими и наркологическими расстройствами. По сравнению с городским населением, у людей, проживающих на селе, меньше доходы, хуже условия работы и проживания, ниже общеобразовательный уровень. Наиболее тяжелой проблемой сельского населения являются наркологические расстройства, и прежде всего алкоголизм. Проблема алкоголизма на селе имеет глубокие социально-экономические корни.

С ухудшением уровня и качества жизни, а также с увеличением реализации винно-водочных изделий участились случаи алкогольного психоза и смерти от употребления алкоголя, особенно среди женщин. Отмечен рост заболеваемости психическими расстройствами, как среди взрослых, так и среди детей. В сельских районах увеличилось количество детей, получающих пособия по психическому заболеванию. Среди разрушающих здоровье факторов выделяются алкоголизм, табакокурение, токсикомания, гиподинамия.[5, с.54]

Основными показателями качества жизни являются:

- доходы населения;

- качество питания (калорийность, состав продуктов);
- качество предметов личного пользования (одежды, обуви, бытовой техники и пр., а также индексы цен на потребительские товары);
- качество здравоохранения (которое включает большое число врачей на 1000 жителей);
- качество социальных услуг (отдых, социальное обеспечение, коммунальные услуги и др.).

Питание является важнейшим элементом, обеспечивающее физическую и умственную работоспособность, здоровье, продолжительность жизни, так как пищевые вещества в процессе метаболизма превращаются в структурные элементы клеток нашего организма, обеспечивая его жизнедеятельность.

Нарушения в питании приводят к отрицательным последствиям — заболеваниям сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной систем, онкологии и нарушению обмена веществ.[5, с.61]

Физическое здоровье человека на 50% зависит от его образа жизни (характер питания, вредные привычки, условия профессиональной деятельности и др.), на 20% от состояния окружающей среды, на 20% от наследственности и только на 10% от медицинского обеспечения. Отсюда следует, что здоровье человека в значительной степени определяется его пищевым статусом и может быть достигнуто и сохранено только при условии полного удовлетворения физических потребностей в энергии и пищевых веществах.

Не менее важное значение в сохранении здоровья имеет благоустройство населённых пунктов.

Благоустройство - это совокупность работ и мероприятий, осуществляемых для создания здоровых, удобных и культурных условий жизни населения на территории городов, посёлков городского типа, сельских населённых мест.

Антропогенные ландшафты без добавления естественных элементов плохо влияют на психологическое состояние, функцию дыхательной системы и общий тонус организма. Это легко заметить при сравнении здоровья сельских жителей и горожан, особенно из плотно заселённых мегаполисов.[12]

Поэтому услуги по озеленению и благоустройству являются важным этапом при застройке любой территории.

Зелёный цвет растений вызывает у человека благотворный психофизиологический эффект. Созерцание растительности способствует снижению внутриглазного давления, меньше утомляет зрение.

Улучшению самочувствия и настроения, снятию чувства переутомления, бессонницы может способствовать уменьшение растительностью электрической загрязнённости воздуха, обогащение его легкими отрицательными ионами, необходимыми для жизни всех живых организмов.

Таким образом, растительные зоны обладают исключительными условиями для восстановления и поддержания здоровья, трудоспособности и долголетия человека, служат источником его производственного и творческого вдохновения.

Социальные факторы значительно влияют на здоровье, благополучия каждого из нас. Достижения хорошего здоровья и благополучия – это непрерывный процесс, который подразумевает определённые жизненные позиции и поведения.

Для подтверждения теоретических аспектов статьи, был проведен анализ статистических данных заболеваемости населения Родинского района, полученных на базе КГБУЗ «ЦРБ с. Родино».

Таблица 1-Статистика онкологических заболеваний

Наименование групп заболеваний	Год	Зарегистрировано пациентов с данным заболеванием						Состоит на диспансерном наблюдении в конце отчётного года	
		Всего		В том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		Всего под диспансерное наблюдение			
		Абс.числ	%	Абс.числ	%	Абс.числ	%	Абс.числ	%
Онкологические заболевания	2016	1023	34	229	33	108	33	767	34
	2017	1029	33	236	33	120	34	740	32
	2018	1030	33	245	34	114	33	782	34

По данным, приведенным в таблице, была создана гистограмма

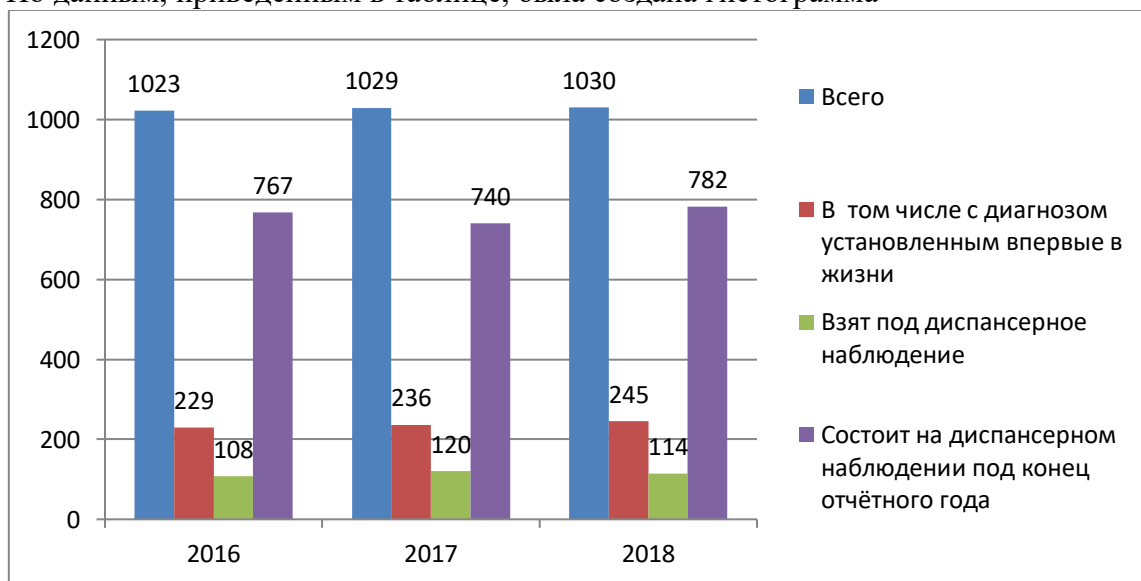


Рисунок 1- Статистика онкологических заболеваний

Таким образом, проанализировав данные таблицы, видим, что с каждым годом общее число пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями увеличивается.

Таблица 2- Статистика заболеваний сердечно-сосудистой системы

Наименование групп заболеваний	Год	Зарегистрировано пациентов с данным заболеванием						Состоит на диспансерном наблюдении в конце отчётного года	
		Всего		В том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		Всего под диспансерное наблюдение			
		Абсл.числ	%	Абсл.числ	%	Абсл.числ	%	Абсл.числ	%
Сердечно-сосудистые заболевания	2016	226	31	35	36	30	32	194	35
	2017	225	30	31	31	31	32	189	32
	2018	291	39	33	33	35	36	191	33

По данным, приведенным в таблице, была создана гистограмма

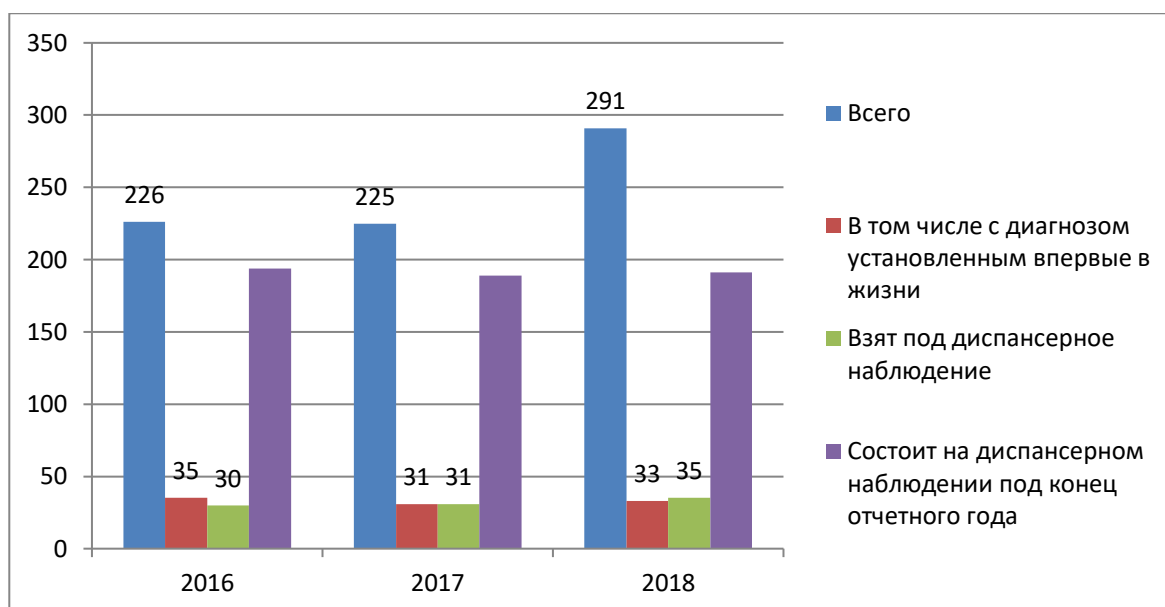


Рисунок 2 - Статистика заболеваний сердечно-сосудистой системы

Таким образом, проанализировав данные таблицы, видим, что с каждым годом увеличивается число пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системой, установленным, впервые в жизни и увеличивается общее число пациентов, взятых на диспансерное наблюдение.

Таблица 3 - Статистика заболеваний органов дыхания

Наименование групп заболевания	Год	Зарегистрировано пациентов с данным заболеванием						Состоит на диспансерном наблюдении в конце отчетного года	
		Всего		В том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		Всего под диспансерное наблюдение			
		Абсл. числ	%	Абсл. числ	%	Абсл. числ	%	Абсл. числ	%
Заболевания органов дыхания	2016	4407	33	2667	33	338	28	1697	33
	2017	4626	34	2826	34	369	29	1728	33
	2018	4497	33	2790	33	543	43	1788	34

По данным, приведенным в таблице, была создана гистограмма

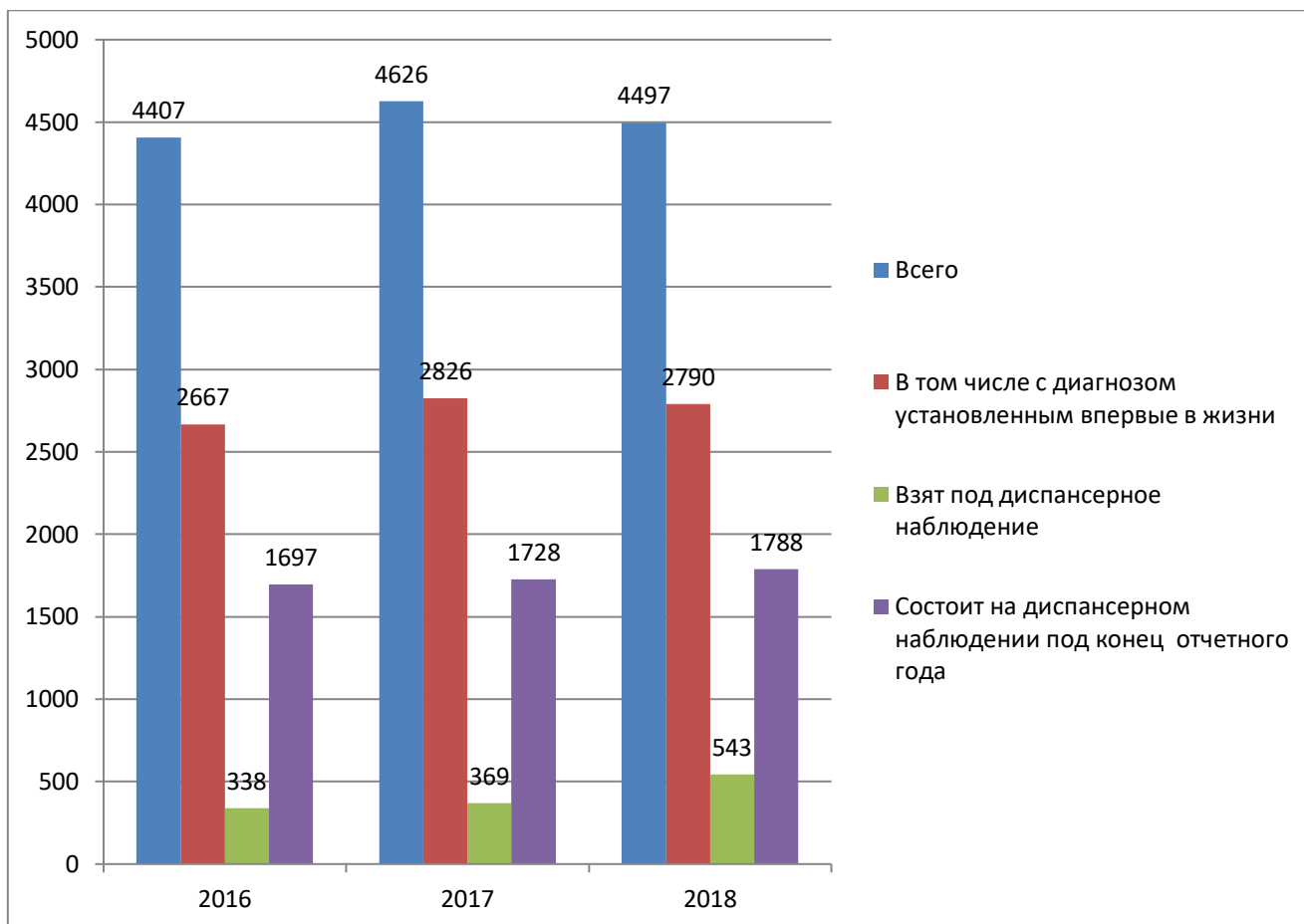


Рисунок 3 - Соотношение заболеваний органов дыхания

Таким образом, проанализировав статистические данные, было установлено, что уровень заболеваний верхних дыхательных путей находится в стабильном состоянии.

Таблица 4.Общее количество социально – значимых заболеваний в Родинском районе

Социально – значимые заболевания	Год					
	2016		2017		2018	
	Абс.числ	%	Абс.числ	%	Абс.числ	%
Онкологические заболевания	1023	18	1029	17	1030	17
Сердечно - сосудистые заболевания	226	5	225	3	291	6
Заболевания органов дыхания	4407	77	4626	80	4497	77

Таким образом, общий уровень социально – значимых заболеваний в Родинской районе увеличивается. Это может быть связано с естественным старением населения и низким материальным доходом.

На основании данных, представленных в таблице, была составлена гистограмма (Рисунок-4)

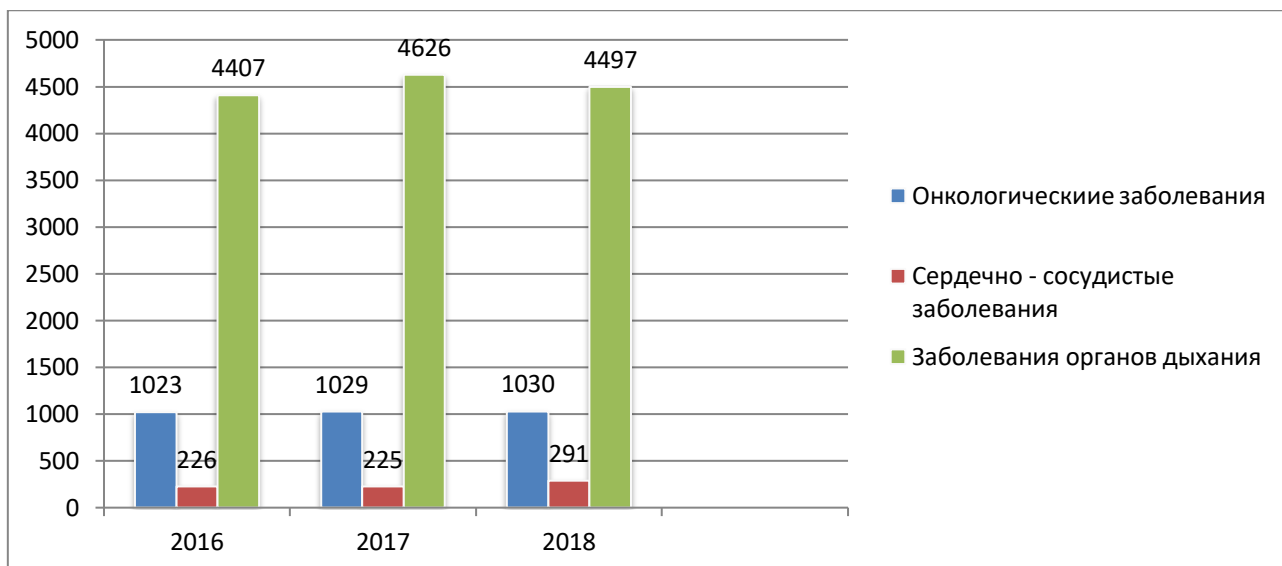


Рисунок-4 Зарегистрировано пациентов всего за год

Согласно предоставленным данным, болезни органов дыхания занимают первое место в структуре общей заболеваемости населения Родинского района, превышая заболеваемость онкологических заболеваний и заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Социальные факторы значительно влияют на здоровье, благополучия каждого из нас. Достижения хорошего здоровья и благополучия – это непрерывный процесс, который подразумевает определенные жизненные позиции и поведения.

Литература

1. Здоровый человек и его окружение :учеб.пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. – Изд. 13-е, доп. и перераб.- Ростов н/Д : Феникс, 2016. – 474 с.: ил.- (Среднее профессиональное образование).
2. Лисицын Ю.П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости: проблемная статья. / Ю.П. Лисицын. Медицинская газета, № 19 от 19.03.2016. – С. 1214.
3. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебник / Л.Н. Вдовина, Е.И. Зеркалина, М.П. Носкова. – Ростов н/Д :Феникс, 2016. – 342, [1] с. : ил. – (Высшее образование).
4. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: Учебное пособие / Р.И. Айзман, В.Б.Рубанович, М.А. Суботялов . – 2-е изд., стер.- Новосибирск: Сиб. унив. изд-во, 2017. – 214 с. - (Университетская серия).
5. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 464 с.

Источники Интернет

6. Главная: Алтайский край статистика <http://Akstat.gks.ru> Требования: IBMPC; GoogleChrome
7. Здоровый образ жизни. <https://infopedia.su/9x27ca.html>
8. Официальный сайт: www.gosminzdrav.ru/ «Министерство здравоохранения Российской Федерации»

Неопубликованные источники

9. Статистический отдел КГБУЗ «ЦРБ с. Родино»

П.И. Бубырь
Научный руководитель: преподаватель первой категории М.Н.Правдивцева
Краевое государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
«Родинский медицинский колледж»

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гипертония - это патологическое состояние, при котором повышенное артериальное давление обусловлено не естественными реакциями организма на различные физиологические ситуации, и является следствием разбалансирования систем, регулирующих артериальное давление. [5,с.24-25]

Гипертония одно из самых распространенных заболеваний. Установлено, что ей страдает 20-30% взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65 % у лиц старше 65 лет.

Человека беспокоят головные боли, раздражительность, головокружение, ухудшается память, снижается работоспособность. Отдохнув, он на время перестает ощущать эти симптомы. С течением времени гипертония прогрессирует. Возможны значительные ухудшения памяти и интеллекта, слабость в конечностях.

Согласно статистических данных, в России неуклонно растет первичная обращаемость по поводу болезней системы кровообращения. За последние 13 лет она выросла в 2 раза с 1044 до 2113 случаев на 100 тыс. населения. При этом на фоне гипертонической болезни у больных отмечается рост таких тяжелых осложнений, как инфаркт миокарда и инсульт. Так же заболевание поражает лица всё более молодого возраста.[6,с.21-24]

В нашей стране положение усугубляется тем, что только 37% мужчин и 58% женщин информированы о наличии у них заболевания, а из них лечатся лишь 21% и 46%, в том числе эффективно 6% и 18% соответственно. Многочисленные исследования Всероссийского научного общества кардиологов убедительно показывают, что снижение повышенного артериального давления даже на 5-10 мм рт. ст. приводит к уменьшению частоты мозговых инсультов у мужчин на 34% и у женщин на 56%, а ишемическая болезнь сердца на 21% и 37% соответственно. [10]

Благоприятного успеха в лечении и профилактике гипертонической болезни можно достичь, если пациент будет иметь четкое представление о своей болезни, уметь самостоятельно контролировать течение заболевания и осмысленно выполнять рекомендации лечащего врача по изменению образа жизни.[8,с.540]

В настоящее время артериальную гипертензию принято рассматривать как многофакторное заболевание, в развитии которого имеют значение, как наследственная предрасположенность, так и факторы окружающей среды, вредные привычки. Как никакое другое заболевание - гипертоническая болезнь является болезнью образа жизни.[7,с.358]

Причины артериальной гипертензии специалистам не удается установить в 90% случаев. В 10% случаев заболевание может развиваться как осложнение другого заболевания или вследствие приема препаратов.

Риск развития синдрома артериальной гипертензии может увеличиваться из-за некоторых факторов: наследственная предрасположенность, возраст и пол человека, курение, стрессовые ситуации, употребление алкоголя в больших количествах, чрезмерное употребление соли в пищу, малая подвижность и ожирение.

Факторы риска развития гипертонии:

- *Управляемые факторы риска* — злоупотребление алкоголем, курение, стресс, низкая физическая активность.

- *Неуправляемые факторы риска* — возраст, наследственность.

Управляемые факторы риска

Человек не в силах устранить врожденную предрасположенность к заболеваниям, но контролировать свою жизнь он в силах: проходите ежегодное медицинское обследование, избегайте стрессов, употребляйте много фруктов и овощей, количество поваренной соли не должно превышать 5 грамм в сутки, не злоупотребляйте алкоголем, поддерживайте нормальную массу тела, не курите.

Наследственность

Если у вас есть два или более родственников, которые страдали повышенным артериальным давлением до 55 лет, вы подвержены гипертонии. Наследственная предрасположенность позволяет предсказать характер и исход заболевания.

Гипертензия обусловлена нарушением нескольких генных механизмов, передаваемых по наследству.

В молодости и среднем возрасте артериальное давление чаще повышается у мужчин. Но, после 50 лет, когда у женщин в период менопаузы снижается уровень эстрогена (половой гормон), число женщин-гипертоников превышает число гипертоников-мужчин.

С возрастом кровяное давление человека повышается по вполне объяснимым причинам — ухудшается работа печени, хуже выводится соль, артерии становятся менее эластичными, увеличивается масса тела.

Стадия первичной гипертонии наступает, как правило, к 50 годам. В это время возрастает риск нарушений кровообращения сердца и головного мозга. Без надлежащего лечения продолжительность жизни значительно сокращается. [7]

Факторы риска развития артериальной гипертонии вторичного типа

Факторы риска вторичной гипертонии — это конкретные заболевания почек, желез внутренней секреции и сердечно-сосудистой системы.

Заболевания почек

Главная патология, приводящая к повышению артериального давления — это уменьшение просвета почечной артерии. Основные причины прижизненного развития патологии:

- утолщение гладкой мускулатуры артерии — встречается у женщин молодого возраста;
- атеросклероз — в пожилом возрасте

Из-за этого заболевания ухудшается кровоток в почке, реакцией на что становится усиление секреции ренина и ангиотензина. Вместе с гормоном надпочечников альдостероном они приводят к увеличению тонуса сосудов и росту давления. Для лечения сосуд механически расширяется и укрепляется каркасом.

Кроме того, на изменение гормонального фона могут влиять хронические патологические процессы в почках — пиелонефрит, образование камней в мочевом пузыре и т. д. Может идти и обратная реакция — гипертония приводит к заболеваниям мочевыделительной системы.

Опухоли надпочечников

Изредка к увеличению тонуса артерий приводят заболевания надпочечников. К ним относится развитие новообразований, увеличивающих выработку гормонов:

1. Альдостерома — вырабатывает альдостерон. Кроме гипертонии это также приводит к усиленному выведению калия из организма.
2. Феохромоцитома — вырабатывает адреналин, который ускоряет сердцебиение, что приводит к увеличению артериального давления.

Дисфункции щитовидной железы

При вторичной гипертонии факторами риска могут быть некоторые заболевания щитовидной железы: диффузный зоб, узловой зоб. Они приводят к тиреотоксикозу — увеличению выработки гормонов щитовидной железы. Эти биологически активные

вещества регулируют обмен веществ в организме; при их избытке усиливается сердцебиение, что приводит к увеличению артериального давления.[5]

Артериальная гипертензия — заболевание, требующее постоянного контроля со стороны самого больного, и лечащего доктора.

Наиболее важными мерами профилактики являются:

- Умеренные тренировки. Рекомендуется начинать тренировки со слабой нагрузки с постепенным увеличением. Достаточно заниматься 3 — 5 раз в неделю по полчаса ходьбой, бегом, плаванием, занятиями на тренажерах.
- Здоровое питание (соленое, жареное, острое — под запретом). Ежедневное потребление соли не должно превышать 5 грамм.
- Достаточное количество времени на отдых. Чтобы справиться со стрессом, который чаще всего является причиной повышения артериального давления, медицинские работники рекомендуют освоить некоторые техники релаксации (аутотренинг, медитация).
- Отказ от вредных привычек. В большинстве случаев курение и алкоголь ведут к трагическим последствиям. Рекомендуется полный отказ от сигарет, а употребление алкоголя сократить до 50 г в сутки.[4]

В домашних условиях пациент должен четко следовать советам врача: принимать гипотензивные средства строго в назначенных дозах и режиме.

Профилактика гипертонической болезни требует особого внимания вопросам питания. Диета должна быть умеренно калорийной, с ограничением содержания белков, жиров и холестерина.

Людам с избыточным весом следует прибегать к разгрузочным диетам. Ограничение в диете должно соответствовать трудовой деятельности. Правильный режим питания без образования избыточного веса должен быть достаточным для предупреждения функциональных расстройств высшей нервной системы.

Человек, страдающий гипертонической болезнью, должен быть умерен в приёме жидкости, суточная потребность в воде не более 1-1,5 л. Распределять питьё надо равномерно - нельзя выпивать сразу помногу. Жидкость быстро всасывается из кишечника, увеличивая объём крови, что повышает нагрузку на сердце.

Переутомление больного сердца вызывает склонность к отёкам. Следует исключить употребление солений, столовую соль ограничить до 5 г в сутки. Избыточное потребление соли ведёт к нарушению водно-солевого обмена, что способствует гипертонии. Спиртные напитки, курение также ускоряют развитие заболевания, поэтому они должны быть категорически запрещены больным гипертонией. Большое значение имеет целесообразное распределение часов работы и отдыха. Длительная и напряжённая работа, умственное переутомление, особенно у лиц, предрасположенных к гипертонической болезни, способствует её возникновению и развитию. [4]

Проведение диспансеризации при гипертонии в широком плане является в настоящее время одной из наиболее насущных задач Всемирной Организации Здравоохранения. Диспансеризация гипертонической болезни должна проводиться участковыми или цеховыми врачами, а также врачами кардиоревматологических кабинетов.[1]

Таким образом, гипертоническую болезнь легче предупредить, чем лечить. Поэтому профилактика гипертонии является задачей первой необходимости в работе медицинской сестры.

В предупреждении артериальной гипертонии важная роль в ряде случаев отводится способам преодоления артериальной гипертонии без применения лекарственных препаратов, то есть не медикаментозным методам лечения.[9]

В первую очередь такие подходы рекомендованы для профилактики повышения артериального давления, особенно в тех случаях, когда при измерении уровень давления только начинает превышать порог нормальных величин (130/85 мм рт. ст.), то есть когда артериальная гипертензия еще не проявляет себя в полной мере. Если при случайном

измерении или переутомлении после напряженного рабочего дня артериальное давление достигает 130-139/85-89 мм рт. ст. - это повод обратить на себя внимание и продумать, какие особенности сложившегося образа жизни, привычки могут привести к развитию гипертонической болезни. [7]

Основной задачей профилактики гипертонической болезни в работе медицинской сестры является выявление и борьба с факторами риска: вредные привычки, гиподинамия, психоэмоциональное напряжение. Для предупреждения прогрессирования необходим контроль артериального давления, профилактика гипертонических кризов, оказанием первой помощи при кризе самостоятельно и прием лекарственных средств, для профилактики осложнений. [11]

Для был проведён анализ статистических данных заболевших артериальной гипертензией в Российской Федерации, Алтайском крае и в Родинском районе.

Статистические данные по Российской Федерации присутствуют в таблице.

Таблица 1- Статистические данные Российской Федерации по заболеваемости артериальной гипертензией за период с 2017 по 2019 год

Год	Общая заболеваемость населения	Заболеваемость артериальной гипертензией	%
2017	111600014	33480004	30
2018	111591736	39057107	35
2019	111541493	44616597	40

С каждым годом, на территории Российской Федерации увеличивается число заболеваемости артериальной гипертензией.

Таблица 2 - Статистические данные Алтайского края по заболеваемости артериальной гипертензией за период с 2017 по 2019 год

Год	Общая заболеваемость населения	Заболеваемость артериальной гипертензией	%
2017	1148408	160777	14
2018	1242517	193074	16
2019	1432897	257921	18

С каждым годом, на территории Алтайского края увеличивается число заболеваемости артериальной гипертензией.

Таблица 3 – Статистические данные Родинского района по заболеваемости артериальной гипертензии за период с 2017 по 2019 год.

Год	Общая заболеваемость населения	Заболеваемость артериальной гипертензией	%
2017	10995	3000	27
2018	11199	3184	28
2019	11495	3434	30

С каждым годом в Родинском районе увеличивается число пациентов, болеющих артериальной гипертензией.

Здоровый образ жизни и регулярное наблюдение у врача-кардиолога помогают отсрочить или смягчить проявления гипертонической болезни, а зачастую даже совсем не допустить ее развития.

Гипертоническую болезнь легче предупредить, чем лечить. Поэтому профилактика гипертонии является задачей первой необходимости в работе медицинской сестры.

В предупреждении артериальной гипертонии важная роль в ряде случаев отводится способам преодоления артериальной гипертонии без применения лекарственных препаратов, то есть не медикаментозным методам лечения.

В первую очередь такие подходы рекомендованы для профилактики повышения артериального давления, особенно в тех случаях, когда при измерении уровень давления только начинает превышать порог нормальных величин (130/85 мм рт. ст.), то есть когда артериальная гипертония еще не проявляет себя в полной мере. Если при случайном измерении или переутомлении после напряженного рабочего дня артериальное давление достигает 130-139/85-89 мм рт. ст. - это повод обратить на себя внимание и продумать, какие особенности сложившегося образа жизни, привычки могут привести к развитию гипертонической болезни.

Литература

1. Бова А.А. Гипертоническая болезнь: состояние проблемы и принципы лечения/ А.А.Бова// Медицинские новости.- 2015.- №1.- 25 – 34с.
2. Иванова В.И. Организация медицинского просвещения в «школах пациентов»/ В.И.Иванова, Т.В. Матвейчик// Медицинские знания.- 2019.- №3.- 27 – 29с.
3. Кобякова И.А. Профилактическая деятельность: практикум (МДК 04.01.Профилактика заболеваний и санитарно-гигиеническое образование населения) / И. А. Кобякова, С. Б. Кобяков. – Ростов н/Д: Феникс 2018. – 173 с.: ил, - (Среднее медицинское образование).
4. Козлов И.Д. Роль среднего медицинского персонала в ведении пациентов с артериальной гипертонией (сообщение 1)/ И.Д.Козлов// Медицинские знания.- 2017.- №5.- 7 – 9с.; №6.- 13 – 19с.
5. Матвейчик Т.В. Введение в основы сестринской педагогики/ Т.В.Матвейчик, В.И.Иванова// Медицинские знания.- 2015.- №1.-24 – 25с.
6. Плащинская Л.И. Опыт работы по профилактике артериальной гипертонии/ Л.И.Плащинская// Медицинские знания.- 2017.- №2.- 21 – 24с.
7. Пшеничная Л.Ф. Педагогика в сестринском деле/ Л.Ф.Пшеничная.-Ростов н/Д: Феникс,2017.- 358с.
8. Шевченко Н.М. Кардиология/ Н.М.Шевченко.- Москва: Медицинское информационное агенств, 2018.- 540с.
9. Яковлева Н.Г. Гипертония: жизнь без страха/ Н.Г.Яковлева.- 2-е изд., перераб. и доп.- СПб: ИК «Невский проспект»,2017.- 160 с- (Серия «Советует доктор»).

Интернет Источники

10. Консультант студент [Электронный ресурс], режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/970411742V0005.htm/>

Неопубликованные источники

11. Статистические данные по заболеваемости населения в КГБУЗ «ЦРБ с.Родино»

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

Актуальность темы исследования. Туберкулез по-прежнему является одним из самых распространенных и опасных заболеваний в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения в конце 2008 по всему миру было зарегистрировано более 12 миллионов заболевших туберкулезом.

Свыше трёх миллионов из них умерло. Вклад России в мировую статистику-75% случаев заболевания туберкулезом. И это страна, которая имеет мощную фтизиатрскую службу, в которой чуть ли не официально было заявлено о победе над коварным заболеванием. В России идет самая настоящая эпидемия туберкулеза. Причем, инфекция все чаще стала проявляться в таких тяжелых формах, как поликаверзное поражение легких, поражение кишечника, гортани и других внутренних органов. Другими словами, это те формы инфекции, которые не регистрировались в России уже в течение 30 лет.

Возрождение в конце XX века туберкулеза как широко распространенного заболевания, наносящего тяжелый урон человечеству, требует объединенных усилий всех, а не только медиков. Только так можно что-то сделать.

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. Ближайшей и главной целью национальных программ здравоохранения многих стран мира является профилактика туберкулеза, что является основным способом снизить распространенности этого заболевания на основе прерывания процесса передачи возбудителя от больных людей здоровым.

Профилактическими мероприятиями, доступными для всего населения, следует признать специфические методы: вакцинацию и ревакцинацию вакциной БЦЖ новорожденных, в 7 лет, 14 лет и каждые 7 лет до 30-летнего возраста и химиопрофилактику "угрожаемых групп": из очагов туберкулеза контактных, "виражных", "гиперергиков". химиопрофилактику назначают препаратами группы ГИНК (изониазид 10 мг/кг массы или фтивазид 30 мг/кг при противопоказаниях к изониазиду) на 3 месяца ежедневного приема с витамином В6 для предупреждения побочного действия препаратов.

Кроме специфических средств профилактики туберкулеза, следует помнить о неспецифической его профилактике, основное значение для предупреждения туберкулеза имеет рациональное питание

Социальная направленность профилактики туберкулеза.

Профилактика туберкулеза имеет социальную направленность, что заключается в проведении в масштабах государства мероприятий экономического и санитарного характера. К таким мероприятиям относятся:

- Улучшение жилищно-бытовых условий жизни населения;
- Оптимизация условий труда, предупреждение профессиональных заболеваний легких;
- Оздоровление окружающей среды, включая борьбу с загрязнением атмосферного воздуха, водоемов, почвы, озеленение, соблюдение санитарных требований промышленной гигиены;
- Улучшение качества питания;
- Борьба с алкоголизмом, наркоманией, таксикоманией, курением;

- Развитие физической культуры и спорта, культивирование здорового образа жизни;
- Расширение сети детских оздоровительных и санитарно-курортных учреждений;
- Проведение социальных и санитарно-ветеринарных мероприятий в местах промышленного производства животных и птиц.

Для больных туберкулезом, государство и работодателя важно знать и помнить: каждый больной туберкулезом имеет право на отдельную жилую площадь, право на больничный лист в течение 10-12 месяцев. Все больные туберкулезом имели право на отпуск только в летний период. Все больные туберкулезом на производстве имеют право на бесплатное диетическое питание. Каждый больной, переболевший и его родственники имеют право на бесплатное санаторное лечение в течение 2-3 месяцев. Санитарной пропагандой должна заниматься власть-печатные листовки о заболевании в общественных местах и др., телевидение, радио.

Таким образом, социальная профилактика туберкулеза только в настоящее время приобретает цивилизованные формы. Это связано с тем что только сравнительно недавно было обращено внимание лиц, относящихся к социальной группе риска по заболеванию туберкулеза, к которой, как мы уже сказали, относятся: дети из социально-неблагополучных семей, беспризорные дети, дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Важно то, что социальная профилактика детского туберкулеза- может быть эффективна только при уменьшении числа социально-дезадаптированных детей, а это возможно при повышении уровня жизни всего общества.

Специфическая профилактика туберкулеза.

Главная цель специфической профилактики туберкулеза (прививок против туберкулеза)- выработка у детей и взрослого населения до 30-летнего возраста специфического индивидуального и коллективного иммунитета. Вакцинация и ревакцинация проводятся вакциной БЦЖ. Она представляет собой живую высушенную культуру ослабленного, потерявшего вирулентность, но сохранившего иммуногенность штамма микобактерий туберкулеза. Биологическая активность вакцины БЦЖ связана со способностью приживаться в организме привитых, размножаться в месте прививки и давать ответную специфическую реакцию, сопровождающуюся аллергической перестройкой организма, что и позволяет использовать ее для профилактики туберкулеза.

Вакцинацию проводят новорожденным на 4-7й день жизни. Через несколько лет, в целях профилактики туберкулеза, осуществляется ревакцинация. В России она проводится клинически здоровым детям 7 лет, 12 лет, подросткам 16-17 лет, а затем каждые 5-7 лет до 30-летнего возраста.

Профилактика туберкулеза предполагает отбор кандидатов для ревакцинации с помощью пробы Манту. Ревакцинируют только тех лиц, у которых реакция Манту оказалась отрицательной. Ревакцинация противопоказана: инфицированным туберкулезом лицам любого возраста, переболевшим туберкулезом в прошлом, больными всеми острыми инфекционными заболеваниями, кожными, аллергическими болезнями, включая ревматизм, эксуудивный диатез, а также эпилепсию.

Анализ ряда работ, посвященных оценке эффективности прививок против туберкулеза, показывает, что вакцинация БЦЖ снижает риск развития заболевания на 50%. Профилактика туберкулеза путем вакцинации наиболее эффективна в условиях высокого риска заражения, что имеет место в странах тропического пояса. Профилактика туберкулеза путем прививок приводит к уменьшению показателя инфицированности, резкому снижению частоты развития туберкулезного менингита и смертности.

Прививки проводятся только в специальных кабинетах поликлиник, амбулаторий, здравпунктов, медико-санитарных частей и противотуберкулезных диспансеров в дни, не совпадающие с постановкой пробы Манту и других профилактических прививок.

Вакцину БЦЖ выпускают в ампулах, содержащих 1 мг БЦЖ, что составляет 20 доз по 0,05 мг. На этикетках ампулы указан номер серии, срок годности и название института-

изготовителя. Вакцина должна храниться в темном месте при температуре не выше +8°C. срок годности ее 12 месяцев с момента выпуска.

Вакцина непригодна для употребления, если истек срок годности, нарушена целостность ампулы, нет или не правильно заполнена этикетка. Она не годна если при ее разведении образуется нерастворимая взвесь или посторонние примеси.

Для прививок в любом возрасте применяют единую дозу- 0,05 мг БЦЖ, взвешенной в 0,1 мл физиологического раствора. К ампуле сухой вакцины прилагается ампула с 2 мл физиологического раствора. Разведенная вакцина должна быть применена сразу или не позднее, чем через 3 часа, при соблюдении строжайшей стерильности и защиты раствора от света. Неиспользованная вакцина должна быть уничтожена.

Более выраженные реакции при правильной технике прививки и правильном отборе на ревакцинацию встречаются редко. В этих случаях необходима консультация фтизиатра, который проведет обследование привитого и решит вопрос о местном лечении.

Заключение.

В конце XX столетия после длительного периода относительного благополучия значительно возросла заболеваемость туберкулезом, появились остро прогрессирующие формы его, напоминающие “скоротечную чахотку”. Эта тенденция наблюдается как в России, так и во многих экономически развитых странах Восточной, Западной Европы, США и свидетельствует о низкой эффективности противотуберкулезных мер. В процессе повседневной работы врачи часто теряют настороженность в отношении туберкулеза, ошибочно считают его редким заболеванием и не применяют методы диагностики, направленные на выявление туберкулеза даже у больных с наличием характерных клинических проявлений.

На основании проделанной работы можно сделать вывод, что профилактика на всех этапах борьбы с туберкулезом является одним из основных противотуберкулезных мероприятий. В зависимости от объекта профилактических мер и масштабов их можно разделить на 3 большие группы:

- Мероприятия, проводимые среди всего населения (вакцинация и ревакцинация БЦЖ).

- Мероприятия, осуществляемые в группах населения с повышенным риском развития туберкулеза (учет, диспансерное наблюдение, оздоровление, химиопрофилактика).

- Меры, предпринимаемые в очагах инфекции (оздоровление очага, дезинфекция, изоляция больного, наблюдение за контактными).

Если первым принципом борьбы с туберкулезом в нашей стране является ее государственный характер, то вторым может быть назван лечебно-профилактический, третий принцип- организация противотуберкулезной работы силами специализированных учреждений, широкое участие в этой работе всех ЛПУ.

Литература

1. Арютина Г.П. Основы социальной медицины.–М.: Акад. Проект, 2005
2. Карачунский, М.А. Туберкулез в наши дни /М.А. Карачунский// Мед.сестра.– 2006.–№6–С.21-27.
3. Михеев, В. Н. Проблемы профилактики туберкулеза в современных условиях/ В. Н. Михеев// Вестн. Межрегион. Асс. “Здравоохранение Сибири”. –2002.–№4.–С.84-85.
4. Модель комплексного подхода к профилактике социально-обусловленных заболеваний/ Под ред. А.К. Стрелиса.-Томск, 2003.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

За последние 40 лет в науках о жизни произошли прорывные изменения, основанные на развитии таких технологий, как генная инженерия и белковая инженерия, гибридная технология, технологии визуализации (в том числе на уровне отдельных клеток) и другие. Однако, таких революционных изменений в медицине еще не произошло: да, мы гораздо лучше понимаем природу и молекулярные механизмы многих заболеваний, но по-настоящему, наукоемкие и инновационные препараты еще не получили широкого распространения.

Кроме того, индивидуальность человека, определяемая уникальностью его генома, приводит к тому, что как предрасположенность к различным заболеваниям, так и реакция на их терапию существенно различаются от человека к человеку. Еще одна важная переменная – это состав микробиоты, который тоже довольно индивидуален.

До сих пор медицина разработала принцип лечения самой «болезни» как комплекса симптомов и синдромов у обычного человека без учета индивидуальных особенностей его физиологии, наследственных факторов, психосоциального статуса. Такая схематизация лечебного процесса приводит в некоторых случаях к безуспешной борьбе с «болезнью», при которой индивидуальные особенности пациента не учитываются в полной мере, а иногда просто противопоставляются эффективности терапии, изменение прогноза и течения болезни.

Суть персонализированной медицины

Но теперь «свет в конце туннеля» появился: понятие «персонализированная медицина» уверенно входит в современную медицину, благодаря последним достижениям молекулярной биологии. Это вселяет надежду, что индивидуальный подход к медицинской помощи, действительно одобренный человечеством, может наконец стать доминирующим. Достижения молекулярной биологии за последние десятилетия стимулировали развитие персонализированной медицины. Отправной точкой стал знаменитый международный проект «Геном человека», запущенный в 1990 году. Результаты этого проекта выразились, среди прочего, в стремительном развитии технологий массового секвенирования (распознавания) ДНК, что позволило медицинской генетике приблизиться к клинической практике. Таким образом, геном пациента помогает определить оптимальный подход к оказанию индивидуальной медицинской помощи, будь то профилактическая, диагностическая или терапевтическая. [1]

Прочитав информацию, содержащуюся в наследственном материале, в любой момент жизни человека можно определить, какие генетические дефекты существуют в организме человека и насколько вероятно, что они однажды появятся. Кроме того, этот анализ позволяет предсказать, как наш организм отреагирует на определенные лекарства.

Персонализированная, или прогнозирующая, индивидуализированная медицина - это набор методов профилактики (предотвращения) заболевания, диагностики и лечения в случае его возникновения, основанный на индивидуальных особенностях пациента. Такие индивидуальные характеристики включают в себя целый комплекс различных генетических маркеров в сочетании с различными фенотипическими характеристиками, присущими данному организму. Какие фенотипические признаки? Это набор всех внешних характеристик человека, включая несколько физиологических, биохимических и молекулярных характеристик, которые могут быть изменены действием генов. Таким образом, персонализированная медицина - это прежде всего холистическая медицина,

которая включает разработку индивидуальных методов лечения, тестирование восприимчивости к болезням, профилактику, а также сочетание диагностики с лечением и мониторингом лечения.

К основным принципам персонализированной медицины относятся:

- Умение «предсказывать» болезнь (предсказуемость).
- Принятие конкретных мер по предупреждению заболевания (профилактика).
- Индивидуальный подход ко всем (персонализация).
- Возможность непосредственного участия самого пациента в процессе профилактики и лечения (участие).

Создание многофакторной базы данных для каждого пациента требует учета всех их биологических и психосоциальных характеристик. При этом общая картина состоит из множества загадок: результаты анализа работы различных систем организма (в том числе на молекулярном уровне), наличие наследственных патологий и даже описание особенностей взаимоотношений в семье. [2]

Новое направление тесно связано с молекулярной медициной и биологией, что во многом гарантирует развитие актуальных инновационных технологий: клеточных и биомолекулярных методов и средств диагностики, профилактики, лечения и реабилитации.

Индивидуальный подход к гуманному обращению давно привлекает внимание врачей. Принцип лечения не от болезни как таковой, а непосредственно от пациента был провозглашен еще в древности знаменитым «отцом медицины» Гиппократом.

Много позже гениальные создатели отечественной терапии и физиологии внесли свой вклад в выработку индивидуального подхода к лечению людей. Например, М. Мудров, рассматривая болезнь как страдание для всего организма, подчеркнул, что главная задача врача - распознать, определить причины болезни и провести комплексное лечение.

Хорошей иллюстрацией сущности личной медицины могут быть его слова о том, что важно «лечить не болезнь одним ее названием, а самого пациента».

По мнению экспертов, будущее медицины - за персонализацией, когда каждому пациенту будет предложен наиболее подходящий препарат в оптимальной для него дозе, а в будущем они создадут индивидуальный препарат, изменят геном, разовьют новые не отторженные органы клетки пациента на замену сломанным.

На этом пути исследователям в области геномики и молекулярной биологии, специалистам в области тканей и биотехнологии еще предстоит многое сделать. Человеческое тело - сложная система, в которой взаимодействует множество процессов. [2]

В этой системе все ее части и элементы, включая мельчайшие клеточные органеллы, соединены между собой. У нас пока нет полного понимания того, как работает эта система. Поэтому изучение тонких процессов на клеточном уровне сегодня чрезвычайно важно.

Разнообразие функций, выполняемых медперсоналом, требует понимания факторов, влияющих на здоровье, причин заболеваний, методов их лечения и реабилитации, а также экологических, социальных и других условий, в которых оказывается медицинская помощь, и состояния здоровья. система работает.

Медсестринский процесс - это метод научно обоснованной и практической ответственности медсестры по уходу за пациентами.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает, что лица, обеспечивающие уход, имеют реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения в доступном медицинском обслуживании.

Литература

1. К.К. Джайн, К.О. Шарипов Основы персонализированной медицины. Учебное пособие. - Москва: Изд-во «Литтерра», 2020. - с. 17

2. Р.В. Кургуз, Н.В. Киселева Учебное пособие к практическим занятиям по учебной дисциплине "Генетика человека с основами медицинской генетики". - Санкт-Петербург: Изд-во «Лань», 2020.- с. 47-48

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Пациент занимает активную позицию в решении проблемы, связанной с собственным самочувствием и здоровьем. Именно медсестры призваны заботиться о своем здоровье в той же мере, что и профилактика, и лечение заболеваний. Они включают, в частности, постоянный и непосредственный уход за инвалидами и больными, консультационные услуги для близких и меры неспецифической профилактики заболеваний. [1]

Медицинский работник среднего звена должен предвидеть основные потребности пациента. Отдельно следует отметить, что модель специалиста среднего звена в области медицины больше ориентируется на человека (группу людей), чем на болезнь. Эта модель должна использоваться в соответствии с потребностями людей, их семей и сообществ и предоставлять врачам среднего звена широкий спектр функций и ролей для работы как со здоровыми, так и со здоровыми пациентами.

Около десяти-пятнадцати лет назад здравоохранение Российской Федерации получило толчок к развитию идей, особых параметров таких понятий, как «Сестринский процесс» и «Сестринское дело».

Как бы странно это ни казалось на первый взгляд, в наше время кажется возможным спорить о становлении профессии медсестры. Это связано с тем, что в нашей стране идет процесс сворачивания совокупности знаний, которые присущи исключительно сестринскому делу, а не заимствованы из других областей научных знаний.

Сама по себе теория сестринского дела важна для разработки моделей, в соответствии с которыми сестринское дело будет строиться в будущем.

Широкой публике хорошо известно, что практически структурированная профессиональная деятельность, включающая в себя специально предусмотренные в обучении нюансы общения, позволяет специалисту в области медицины среднего уровня использовать пробелы.

В настоящее время врач вне зависимости от принадлежности к тому или иному звену не может считаться профессионально компетентным, если он не усвоил и не усвоил весь комплекс общения с пациентом, в основе которого лежало бы знание психологического потенциала и физиологического относительного возраста.

Поэтому пациент занимает активную позицию в решении проблемы, связанной с собственным самочувствием и здоровьем. Именно медсестры призваны заниматься здравоохранением в той же степени, что и профилактика, и лечение заболеваний. Среди них, в частности, постоянная и прямая помощь инвалидам и больным, консультации для близких, меры неспецифической профилактики заболеваний и т.д. [1]

Отдельно следует отметить, что модель специалиста среднего звена в области медицины ориентируется в большей степени на одного человека (группу людей), чем на болезнь. Эта модель должна применяться в соответствии с потребностями отдельных лиц, их семей, сообществ, а также предоставлять медицинским специалистам среднего звена широкий спектр функций и ролей для работы со здоровыми и больными пациентами. Согласно «Кодексу Международного совета медсестер», на специалистов среднего звена в области медицины возлагаются следующие обязанности:

- оставаться здоровым;
- предотвратить болезни;
- восстановить здоровье;

-облегчить страдания;

Потребность в профессионале среднего размера в области медицины считается универсальной.

В связи с рассматриваемой проблемой важно, чтобы требования современности были направлены на ответственность среднего специалиста в области медицины, а именно:

-личная ответственность за выполнение практических мероприятий, постоянное повышение квалификации;

-выполнять работу на таком высоком уровне, что это возможно в текущей ситуации;

-взвешенные решения относительно личной компетентности при принятии / отдаче инструкций. [2]

Медсестринский уход является неотъемлемой частью системы здравоохранения со значительными человеческими ресурсами и реальным потенциалом для удовлетворения потребностей населения в доступном и приемлемом медицинском обслуживании.

Уходом пренебрегали годами. Это повлекло за собой значительную задержку в этом направлении оказания медицинской помощи, явилось причиной отказа от квалифицированных кадров по профессиям, общее снижение обеспеченности медицинских учреждений кадрами со средним медицинским образованием, увеличение дисбаланса в соотношении врачей медсестер и, как следствие, ухудшение качества медицинской помощи.

В настоящее время медсестрам приходится сталкиваться с множеством проблем, связанных с обработкой большого количества различной информации. Между тем у менеджеров отсутствуют современные средства сбора, использования и передачи информации. Вы практически не получаете актуальных нормативных материалов по организации работы медперсонала.

Таким образом, необходимо усилить контроль за знаниями медперсонала в области правовых основ деятельности медицинского работника, психологии общения и управления, организации здравоохранения, улучшить условия труда и организацию труда работников с высшей медицинской школой; снизить трудозатраты медицинского персонала на работу с медицинскими картами, внедрить компьютерные технологии, оптимизировать и стандартизировать записи и формы отчетности медицинских карт. [2]

Кроме того, необходимо работать над формированием положительного общественного мнения о сестринском деле в системе здравоохранения. Важно распространять и распространять среди медицинских работников, населения специальные информационные формы о важности вклада медсестер в процесс улучшения здоровья и повышения качества жизни населения.

Литература

1. Галагузова, М. А. Интегративно-деятельностная подготовка медицинских сестер в профессиональном образовании // Педагогическое образование и наука. - 2019. - № 6. - С. 35 - 41.

2. Глухих, С. И. Особенности подготовки медицинских сестер в современном профессиональном образовании // Сибирский педагогический журнал. - 2018. - №1. – С. 73-78.

Ю.И. Ловцова
Научный руководитель: зам.директора по учебной работе А.В. Щепина
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Тулунский медицинский колледж»
г. Тулун

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Единственный способ сохранить здоровье - это есть то, чего не хочешь,
пить то, чего не любишь, и делать то, что не нравится.
Марк Твен

Самое ценное, что дается человеку с самого рождения до последнего дня его жизни – это здоровье. И самая важная задача - сохранить его. В современном мире с ускоренным темпом жизни, человек не всегда задумается, что лучшее всего предупредить заболевание, чем долго и не всегда эффективно его лечить.

Здоровье нации – одна из главных проблем современности. Необходимо беречь своё здоровья, а также здоровье окружающих рядом людей. Будущая мама ещё не рожденного ребенка должна уже думать не только о своем здоровье, но и о здоровье будущего малыша. Также должны не забывать помогать сохранить здоровье более старшего поколения, то есть бабушек и дедушек. Вовремя позвонить, а лучше прийти, данная помощь может избежать многих заболеваний и долгое восстановление. Здоровье нации складывается не только из-за прогресса медицины, хотя не мало важный фактор, но также влияет социально-экономическая обстановка (ростом цен на продукты и товары, сокращением рабочих мест и возрастающим уровнем безработицы, экологическая обстановка в регионе в котором проживаем, качество питания и другие факторы).

И в данное время возрастает значимости пропаганды здорового образа жизни, значимости профилактических мероприятий по социально-значимым заболеваниям.

Что же такое социально-значимые заболевания? Термин «социально-значимые заболевания» означает, что значимость заболеваний обусловлена отрицательным влиянием не только на организм человека, но и на социально-экономическое развитие страны в целом. Заболевания данной группы имеют огромное значение для общества, представляют большую угрозу здоровому образу жизни человека [3].

Социально - значимые заболевания представляют колоссальный ущерб для общества, связанный с высокой заболеваемостью, временной нетрудоспособностью, инвалидностью и смертностью. Комплексный подход к лечению пациентов с данной группой заболеваний требует огромных затрат на диагностику, реабилитацию, профилактику преждевременной смертности, социальную поддержку пациентов. Приоритетным решением проблемы является предупреждение факторов риска их развития с проведением профилактики. Это позволит уменьшить часть заболеваний по разным возрастным группам.

Важные принципы закладываются в понятия «социально-значимые заболевания», а именно:

- массовость заболевания, то есть высокий процент распространения заболевания среди населения;
- высокие темпы ежегодного прироста количества больных;
- ограничение полноценного функционирования больного в социуме при наличии такого заболевания;
- опасность заболевания для окружающих;
- инфекционный и неинфекционный характер.

Из перечисленных выше принципов видно, что большая часть социально - значимых болезней связаны друг с другом и возникновение одного из другого предрасполагая к развитию третьего.

Все заболевания, в том числе и социально-значимые, имеют факторы риска развития. Знания факторов риска и как их избежать, играет большую роль в проведении профилактических мероприятий. Число факторов риска огромное и с каждым годом их количество возрастает. В таблице № 1 представлены четыре основные группы факторов риска, вклад которых в развитие социально значимых заболеваний неодинаков [2].

Факторы риска – это факторы, при нарушении которых возможна повышенная вероятностью развития заболевания, с высокой степенью тяжести и/или с более продолжительным течением заболевания, несущие за собой и более тяжелые осложнения.

Из выше сказанного можно сделать вывод, что одна из основных задач профилактики, заключается в предотвращении социального - значимых заболеваний путем борьбы с факторами риска их развития. Населению необходимо объяснять, как бороться с данными факторами риска, если они уже имеются. А также объяснять, как предотвратить их появление, и какие возможны осложнения при не соблюдении.

Таким образом, из всех факторов риска первое место занимает нездоровый образ жизни, который в развитие заболеваний превышает 50% всех факторов воздействий. Остальные 50% приходятся на генетические факторы, факторы окружающей среды, медицинские факторы.

В то же время, по данным ВОЗ, приверженность здоровому образу жизни населения России очень низкая: например, курение — не менее 62% мужчин, не менее 15% женщин, - в среднем на душу населения приходится 15 пачек в месяц. Злоупотребление алкоголем - 70% мужчин, 47% женщин,- показатель потребления алкоголя в пересчете на чистый спирт в Российской Федерации один из самых высоких в Европе — 13,5 л на душу населения в год. Избыточная масса тела — 20% мужчин, 25% женщин. Не занимаются спортом — 38% мальчиков, 59% девочек. И это очень страшные цифры. Так как курение, алкоголь, малоподвижный образ жизни, избыточный вес – это тоже факторы риска, приводящие к серьезным заболеваниям и немало серьезным осложнениям.

Перечень социально – значимых заболеваний утверждается Правительством РФ, исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших (см. таблицу № 2) [1].

Сердечно - сосудистые заболевания — одна из самых актуальных проблем в медицине и в здравоохранения уже с 20 века. По данным исследований, значительная часть взрослого населения, в России примерно около 40%, имеют повышенное артериальное давление. Повышенный уровень артериального давления является фактором риска развития сердечно - сосудистых заболеваний, а именно ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, инсульт и их осложнений. Социальное значение сердечно – сосудистых заболеваний определяется не только частотой их распространения, а больше всего их тяжестью. Такие заболевания как гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца занимают ведущее второе место среди всех причин смерти. Сердечно – сосудистые заболевания являются основными причинами заболеваемости с временной утратой трудоспособности, занимают первое место среди причин инвалидности и ранней смертности.

Наряду с этих сердечно – сосудистые заболевания значительно помолодели, и их можно встретить у детей и подростков. Причина омоложение заболеваний является неправильное питание, а именно частые перекусы продуктами быстрого приготовления, газированные напитки. Так же повлияло малоподвижный образ жизни, раннее начало курения и употребление алкоголя.

В связи с этим тщательное обследование подростков для выявления у них факторов риска, а также своевременное лечение сердечно – сосудистых заболеваний приобретает главное значение для первичной и вторичной профилактики.

Сахарный диабет — чрезвычайно опасное заболевание, распространенность которого в настоящее время приняла масштабы всемирной эпидемии. Ситуацию усугубляет факт, что в 90% случаев сахарный диабет второго типа сочетается с ожирением. Ожирение I степени увеличивает риск развития в 3 раза, II степени — в 5 раз и III степени — в 10 раз.

На основании результатов исследований установлено, что сахарный диабет, как и сердечно - сосудистые заболеваний молодеют. Данная динамика не очень хорошая, так как увеличение заболевших с возрастом, а именно к 60 годам увеличилась примерно на 8% [1].

Онкологическая патология, уступает по смертности лишь сердечно – сосудистым заболеваниям и их темп неуклонно растет. Число больных с впервые установленным диагнозом онкологического заболевания составило 1258,1, одногодичная летальность — 27,4 на 100 тыс. населения. Несмотря на развитие специализированных онкологических центров, поздно выявленные формы болезней (III—IV стадии) составляют большую часть — до 50% больных, в то время как начальные стадии выявляются лишь у 10—15% больных. Это обуславливает неуклонный рост доли людей, получивших инвалидность в связи со злокачественными новообразованиями [3].

Достоверно известно, что избыточная масса тела и алиментарный фактор являются факторами риска развития рака молочной железы, желудка и кишечника. Именно эти локализации занимают в онкологии лидирующие позиции.

Не менее серьезным заболеванием является туберкулез. За последние 10 лет данное заболевание увеличилось в 2 раза. Лабораторные данные, свидетельствующие о том, что такой фактор риска, как курение табака повышает риск развития туберкулеза. Количество курильщиков среди больных туберкулезом составляет не менее 70—75%, а вероятность инфицирования им у курящих людей увеличивается в 2 раза. Когда же человек уже болеет туберкулезом, то курение значительно усугубляет процесс выздоровления. Табак содержит много различных химических веществ, которые негативно воздействуют на легочную ткань. При курении у больного туберкулезом развивается резкий кашлевой синдром: он задыхается, не может остановить кашель и становится опасным источником инфекции для окружающих [4].

Достаточно серьезной проблемой является рост числа случаев сочетания у больных туберкулезом ВИЧ-инфекции и употребление наркотиков. Это создает более стремительного неблагоприятного течения основного заболевания, что предопределяет рост показателя смертности в данных группах, особенно в трудоспособном возрасте. За необычайно короткое время данная проблема стала номер один, оттеснив на второе место рак и сердечно – сосудистые заболевания.

Источником распространения эпидемии были и остаются потребители инъекционных наркотиков, которые составляют большую часть ВИЧ-инфицированных. По прежнему страдает окружение потребителей инъекционных наркотиков: супруги, которым передается ВИЧ-инфекция; новорожденные, имеющие риск заразиться во время беременности и родов. В сложившейся ситуации приоритетным является проведение профилактической работы именно в той группе, по причине что чаще попадают в данную зависимость, наркотики, молодое поколение и подростки [6].

Игнорирование либо недостаточно проведение первичной и вторичной профилактики ВИЧ-инфекции непосредственно среди молодежи приведет к дальнейшему росту данного заболевания среди остальных слоев населения.

Значимую проблему в медицине и в обществе, представляют вирусные гепатиты. Широкая распространенность по всему миру включила гепатит в список наиболее опасных социально - значимых заболеваний. Гепатиты А и Е возникают из-за несоблюдения личной гигиены, тогда как заражение вирусами В, С, D, G происходит через контакт с инфицированной кровью при инъекциях нестерильными шприцами путем использования одной иглы в среде наркоманов, при половом контакте с зараженным партнером, от

больной гепатитом матери плоду (вертикальное заражение). Вследствие широкой распространенности и разрушительного воздействия на организм наибольшую опасность для здоровья представляют вирусы гепатитов В и С. Факторы риска, способствующие развитию хронического гепатита, — это ослабленная иммунная система, нарушения обмена веществ, неправильное питание, алкоголизм и др.

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем на сегодняшний день неуклонно возрастает. Социальная значимость заболеваний, передаваемых половым путем, заключается в том, что при не обращении инфицированного лица за медицинской помощью, и при недостаточном проведении обследования и лечения данных заболеваний, может привести к расстройству сексуальной функции. А также и к хроническим воспалением репродуктивных органов и бесплодию.

Чтобы предотвратить ухудшение ситуации, необходимо доносить достоверную медицинской информацией об этих заболеваниях, проводить беседы, лекции с использованием наглядного материала. На социально - профилактических мероприятиях нужно говорить о мерах защиты, а также о соблюдение правил личной гигиены и о постоянном здоровом половом партнере [5].

Серьезную угрозу в настоящее время представляют и психические расстройства. Около четверти населения не зависимо от социального статуса имеют психические расстройств в различные периоды жизни. Продолжается рост числа инвалидов вследствие психических заболеваний, среди которых больше половины являются лица трудоспособного возраста. Высокий уровень психическими расстройствами, регистрируется в подростковом возрасте. Социально - значимые заболевания в детско-подростковом периоде, не могут не отразиться на уровне здоровья и инвалидизации населения.

Проблема ранней выявляемости социально - значимых заболеваний и факторов риска их развития является одной из приоритетных проблем в медицине. Главными исполнителями выявлений данных заболеваний и факторов риска их развития, являются врачи и фельдшера, на которых ложится ответственность. Первый контакт с пациентом, ранняя диагностика и выявления заболевания, профилактика, а также активное ведение пациентов имеющие данные заболевания.

Успешная профилактика социально - значимых заболеваний невозможна без социально – просветительских мероприятий направленных для формирования здорового образа жизни, обучения устранения фактов риска социально – значимых заболеваний и как дальше жить, если уже имеются заболевания. Также необходимы профилактические осмотры, профилактические прививки(против краснухи, гепатита В, гриппа). Нужно доносить до населения, что данные мероприятия нужны для укрепления и сохранения здоровья. А для населения, у которых уже имеются социально – значимые заболевания, нужно проводить школы здоровья. Чтобы население понимала как жить с данными заболеваниями и что для этого необходимо, не оставлять их с данной проблемой. Потому что многие люди, имеющие серьезные заболевания не знают как реабилитироваться в обществе.

Активный образ жизни является основой профилактики, а его формирование — важнейшей задачей для охраны и укрепления здоровья народа и нации.

Таблица 1 – Факторы риска

Группа факторов риска	Факторы риска, входящие в группу	Доля, %
1. Образ жизни	Употребление алкоголя Несбалансированное питание Стрессовые ситуации Вредные условия труда Адинамия, гиподинамия Потребление наркотиков Злоупотребление лекарствами	50 - 55

	Напряженные семейные отношения Напряженные психоэмоциональные отношения на работе Низкий культурный и образовательный уровень	
2. Генетические факторы	Предрасположенность к наследственным болезням Наследственная предрасположенность к тем или иным заболеваниям	15 - 20
3. Окружающая среда	Загрязнение воздуха канцерогенами Загрязнение воды канцерогенами и другими вредными веществами Загрязнение почвы Резкие смены состояния атмосферы Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	20 - 25
4. Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий Низкое качество и несвоевременность медицинской помощи	10 - 15

Таблица 2 - Перечень социально - значимых заболеваний

Код заболеваний по МКБ-10*	Наименование заболеваний
1. <u>A 15 - A 19</u>	туберкулез
2. <u>A 50 - A 64</u>	инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. <u>B 16; B 18.0; B 18.1</u>	гепатит В
4. <u>B 17.1; B 18.2</u>	гепатит С
5. <u>B 20 - B 24</u>	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. <u>C 00 - C 97</u>	злокачественные новообразования
7. <u>E 10 - E 14</u>	сахарный диабет
8. <u>F 00 - F 99</u>	психические расстройства и расстройства поведения
9. <u>I 10 - I 13.9</u>	болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением

* Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).

Литература

1. Гарант. Приложение. Перечни социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих: URL: <https://base.garant.ru/12137881/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения 10.04.2021)

2. Журнал «Экспертиза и реабилитация» № 25, 2019. Медико – социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально – значимых заболеваний.

3. Здоровье. Медицина. Социально значимые заболевания - это... Определение, перечень и особенности: URL: <https://fb.ru/article/448283/sotsialno-znachimye-zabolevaniya--eto-opredelenie-perechen-i-osobennosti> (дата обращения 10.04.2021)

4. Российский медицинский журнал. Основы диагностики туберкулеза .№ 1– 2018.

5. Скрипкин Ю.К., Селицкий Г.Д, Шарапова Г.Я. Инфекции, передаваемые половым путем.- М., 2017

6. Т. А. Баянова, А. Д. Ботвинкин, Н. Ю. Куприянова Социально значимые заболевания. Эпидемиология и профилактика инфекционных заболеваний: туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В, С – Иркутск: ИГМУ, 2018.

Я. Д. Валиулина
Научный руководитель: преподаватель А. Н. Брилякова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение
«Черемховский медицинский колледж им. Турышевой А.А.»
г. Черемхово

ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

С приходом коронавируса жизнь людей резко изменилась. Миллионы заболевших и умерших. На 1 марта 2021 года количество заболевших составило более 114 млн человек (лидеры — США: более 28 млн, Индия: более 11 млн, Бразилия: более 10 млн, Россия — более 4 млн), из которых скончались более 2,5 млн человек (США: более 500 тыс, Бразилия — более 250 тыс, Индия — более 150 тыс, Россия — почти 85 тыс).

Пандемия коронавируса повлияла на все сферы жизни человека. Из-за распространения инфекции многие работодатели в крупных компаниях перевели своих сотрудников на удаленную форму работы, а школьники и их родители узнали все «прелести» дистанционного обучения. Более мелкие фирмы, не справившись с кризисом, отправили работников в неоплачиваемый отпуск или попросту уволили.

"Надо выжить", "надо переждать" — это повторяют как заклинания. Стрессовая ситуация, связанная с пандемией, вызывает напряжение людей любого возраста, социального статуса и материального положения. Трудное, нервное время - для всех. Но ситуация усложняется тем, что люди не всегда придерживаются мер профилактики и адекватности их применения.

Таким образом, целью данной работы будет: определить адекватность применения мер профилактики и информированность населения по данному вопросу.

Объект исследования: коронавирусная инфекция.

Предмет исследования: профилактика коронавирусной инфекции.

Задачи: изучить медицинскую литературу по заболеванию; провести социологический опрос населения; создать информационный буклет по правильному применению рекомендуемых специалистами мер профилактики.

COVID-19- потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция. Представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения, так и в тяжёлой форме.

Впервые коронавирусы были обнаружены в 1965 году учёными Д. Тиреллом и М. Бино у пациента с ОРВИ. До 2002 года считалось, что коронавирусы могут вызвать у людей только нетяжёлые респираторные инфекции. Однако с этого времени в мире накопился опыт изучения тяжёлых острых респираторных синдромов, причиной которых стали коронавирусы.

Вирус способен поражать различные органы через прямое инфицирование или посредством иммунного ответа организма. Понять, откуда взялось название «коронавирус», можно посмотрев, как он выглядит под микроскопом. «Враг», посеявший панику во всем мире, имеет шиповидные отростки, благодаря которым напоминает солнечную корону.

Источник инфекции — больные люди (с конца инкубационного периода, включая лёгкие и бессимптомные формы болезни).

Механизмы передачи: аэрозольный; воздушно-капельный путь; воздушно-пылевой путь; контактный; фекально-оральный.

При стандартных типах вируса инкубационный период длится 1-10 дней, при инфекции COVID-19 — до 14 дней (в среднем 5-7 дней).

Наиболее распространённые симптомы COVID-19: увеличение температуры тела до 38°C; повышенная утомляемость; потливость; сухой кашель; потеря вкуса и обоняния; тошнота; диарея.

Примерно в одном из шести случаев COVID-19 (преимущественно у пожилых и ослабленных сопутствующими заболеваниями людей) возникает тяжёлая **симптоматика с развитием дыхательной недостаточности:** усиливается лихорадка и кашель; появляется одышка, атипичный тип дыхания; нарастает слабость; возможны боли в груди при дыхании и кашле, боли в животе и тахикардия; губы и нос приобретают синюшный оттенок; возможно нарушение и спутанность сознания. Время от появления симптомов COVID-19 (при подтверждении возбудителя) до смерти в тяжёлых случаях составляет от 6 до 41 дня (в среднем 14 дней).

Никакого специфического лечения коронавирусной инфекции на сегодняшний день не существует. Попытки использования противовирусных средств в большинстве случаев несут больше вреда, нежели пользы.

Повторное заражение коронавирусной инфекцией возможно. Однако это единичные случаи, и пока неясно, с чем они связаны. Вероятно, повторно могут заболеть люди с иммунодефицитом, имеющие серьёзные хронические заболевания.

После вакцинации у большинства людей развивается иммунитет, как долго он будет защищать человека, пока тоже не известно. Однако результаты исследований показывают, что он ни в чём не уступает иммунитету, приобретённому после болезни.

В настоящее время разрабатываются и применяются несколько различных типов потенциальных вакцин против COVID-19, в том числе:

1. *Инактивированные или ослабленные вирусные вакцины* с использованием вируса, который был инактивирован или ослаблен и не вызывает болезни, но при этом генерирует иммунный ответ (вакцина от компании Sinopharm).

2. *Вакцины на основе белка* с использованием безвредных фрагментов белка или содержащей белок скорлупы, имитирующих вирус COVID-19, для безопасного иммунного ответа. "ЭпиВакКорона" — пример такой вакцины.

3. *Вирусные векторные вакцины* с использованием генетически модифицированного вируса, который не может вызывать болезни, но производит белки коронавируса, способные безопасно генерировать иммунный ответ. К таким вакцинам относится "Спутник V" (Гам-Ковид-Вак).

4. *РНК-вакцины и ДНК-вакцины* — передовой подход, использующий генетически модифицированные РНК или ДНК для создания белка, который безопасно вызывает иммунный ответ (вакцины от компаний Pfizer и Moderna, пока не зарегистрированы в России).

Врачи всегда говорят: любую болезнь проще предупредить, чем лечить. Коронавирус — не исключение. Для профилактики данного заболевания, главными рекомендациями Роспотребнадзора по профилактике коронавируса основаны на соблюдении личной гигиены, Но хочется рассказать о пользе и особенностях применения этих мер профилактики.

1. Регулярно мойте руки с мылом (не меньше 20 секунд) и обрабатывайте их спиртосодержащим средством. Это позволит механически удалить вирус. После мытья рук нужно обязательно вытирать руки досуха. К влажной коже микробы цепляются гораздо активнее, чем к сухой. Следует отдавать предпочтение бумажным полотенцам для осушивания рук, нежели электрическим сушилкам, так как в ней скапливается большое

количество микробов, а при сушке рук, эти микроорганизмы оседают на наши чистые руки. Так же важно отметить, что мытьё рук это не только полезно, но оно так же может нанести вред нашему здоровью. Дело в том, что кроме болезнетворных бактерий на руках обитают полезные микроэлементы, защищающие наш организм. При излишне частой мойке есть риск истончить кожу и уничтожить их. Кроме того, частое соприкосновение с моющими средствами способно спровоцировать появление на коже трещинок, через которые инфекции будут попадать в организм. Микротрещины являются «входными воротами» для различных инфекционных агентов. Также высок риск экземы. Чтобы избежать данных последствий медики рекомендуют мыть руки не чаще 1 раза в 2-3 часа, этого будет вполне достаточно, чтобы смыть всех болезнетворных бактерий.

2. Так же люди прибегают к использованию антисептических средств для обработки рук. Антисептик — это дезинфицирующее средство, используют в сфере медицинского обслуживания, чтобы избежать передачи бактерий и вирусов. Помогает соблюдать правила личной гигиены в общественных местах. Для использования антисептика не требуется полотенце и доступ к воде. Антисептическое средство доступно в нескольких видах: жидкость с запахом и цветом; прозрачный раствор без запаха; пенка или гель; одноразовые салфетки, с дезинфицирующей жидкостью. Антисептики делятся на: спиртовые, не содержащие спирт и комбинированные. Все данные антисептические средства удаляют вредные микроорганизмы. Но при частом их использовании негативно сказываются на коже рук человека, так как способны вызывать различные аллергические реакции, сухость, снимают с кожи верхний жировой слой, что плохо влияет на защитные функции эпидермиса. Чтобы этого избежать использовать антисептик для рук можно максимум три раза в день. Чтобы не пересушивать кожу, стоит выбирать антисептики, в составе которых содержится глицерин, экстракт алоэ, а также дезинфицирующие средства с меньшим содержанием спирта.

3. Носите маску, независимо от того больны вы или здоровы. Вокруг масочного режима люди разводят очень много шумихи: одни из них, как и положено соблюдают правила и носят маски в общественных местах, другие же максимально сопротивляются данному факту. Если человек чувствует недомогание, то должен понимать, что может заразить кого-то. Ношение маски в такой ситуации — это элементарная вежливость, социальная ответственность и уважение к окружающим. Если человек сам боится заразиться, тоже целесообразно надеть маску. Важно помнить, что многоразовые маски использовать повторно можно только после обработки. В домашних условиях её нужно выстирать с мылом или моющим средством, затем обработать с помощью парогенератора или утюга с функцией подачи пара. После обработки маска не должна оставаться влажной, поэтому в конце её необходимо прогладить горячим утюгом, уже без функции подачи пара. Через два-три часа постоянного использования маску надо менять. Одноразовые медицинские маски из нетканого материала не подлежат повторному использованию и какой-либо обработке. В домашних условиях использованную одноразовую медицинскую маску необходимо поместить в отдельный пакет, герметично закрыть его и лишь после этого выбросить в мусорное ведро. Маски эффективны только в сочетании с другими методами профилактики и потребность в их использовании различна у разных групп людей и в разных ситуациях.

4. Носить перчатки во время пандемии совершенно необязательно. Как правило, человек заражается, когда трогает лицо грязными руками — вирус попадает внутрь через нос, руки и рот. Чаще всего перчатки необходимо надевать в некоторых случаях: если есть контакт с биологическими жидкостями; если вы работаете с пациентами; если вы занимаетесь уборкой дома и используете моющие и дезинфицирующие средства; если вы живете с больным человеком и вам нужно взять у него и постирать грязное белье, забрать и помыть посуду, выбросить его мусор. Перчатки лучше всего выбрать одноразовые из нитрила или тканевые хлопковые. Они должны плотно прилегать к рукам. Одноразовые можно носить не более двух часов, тканевые - весь день. Во время использования перчаток

из нитрила рекомендуется протирать руки антисептиком, после использования сразу выкинуть. Тканевые же после использования нужно обработать с мылом, не снимая с рук, а затем постирать при температуре 100 градусов. А вот кожаные и латексные изделия использовать не советуют: материалы, из которых они изготовлены, не выдержат обработки дезинфицирующими средствами. Имейте в виду, что вирусы и бактерии могут переноситься с помощью перчаток. Меняйте перчатки как можно чаще, чтобы предотвратить распространение инфекции.

Существуют и другие меры профилактики, такие как: ежедневная дезинфекция помещения при помощи антисептиков; соблюдение режима изоляции; соблюдение дистанции минимум 1 метр; не касаться руками слизистых оболочек; при чихании и кашле прикрывать рот и нос; тщательно мыть овощи и фрукты; как можно быстрее обращаться за помощью при наличии симптомов; проветривание помещения.

Кроме непосредственного влияния вируса на организм человека пандемия, карантин, изоляция привели к вспышке психологических проблем по всему миру. Это зависит от множества факторов: особенностей характера, наличия психических расстройств, ресурсов (финансового запаса, социальной поддержки и т. д.) и других. Говоря о возможной вспышке суицидов, в зоне риска находятся пожилые люди, оказавшиеся в полной изоляции, и мужчины среднего возраста, потерявшие работу и финансовую стабильность.

Избыточному уровню тревоги способствует и информационный фон, который нагнетает атмосферу вокруг заболевания. И заболевший человек начинает «примерять» к себе ужасы, виденные или слышанные из внешней среды, вне зависимости от того, относятся ли они конкретно к нему и его ситуации, или нет.

Для того, чтобы выявить общие знания о COVID-19 и адекватности применения мер его профилактики, мы провели анкетирование. В опросе приняли участие 100 человек. Обследование проходило в торговом центре, опрошенными являлись случайные прохожие, возрастного диапазона от 15 до 60 лет, имеющие разный уровень образования и занимающиеся учебной и трудовой деятельностью в различных областях экономики. Респондентам предлагалось ответить на ряд вопросов.

Анализ данных анкетирования дает возможность сделать следующие выводы:

- большинство опрошенных считают коронавирусную инфекцию опасной для жизни и здоровья каждого человека и отмечают ее высокую контагиозность, но практически треть опрошенных недооценивают опасность данного заболевания и соответственно либо игнорируют меры профилактики, либо выполняют их ни в полном объеме;

- 40% опрошенных считают, что использование масок полезно для здоровья, но есть и те, которые считают маски неэффективным средством защиты;

- половина лиц, прошедших анкетирование, полагают, что ношение перчаток не является обязательным условием посещения общественных мест, 25% респондентов считают, что перчатки нужно носить всегда и еще 25% рекомендуют надевать перчатки по мере их необходимости.

- относительно мытья рук были выявлены следующие данные: большинство людей выполняют все рекомендации Роспотребнадзора и моют руки каждые 2-3 часа (30%) и по мере загрязнения (35%), применяют антисептик 85% опрошенных после посещения общественных мест, но 10% участников опроса очень часто моют руки, тем самым ухудшают своё здоровье.

- в период изоляции у опрошенных возникали разного рода психологические проблемы, такие как: тревожность, агрессивность, страх, раздражительность, бессонница, недовольство близкими людьми. Какие проблемы отмечали у себя респонденты, отражены на рис. 1.

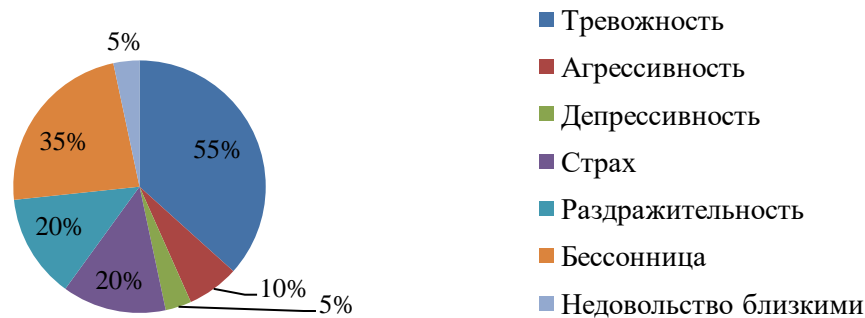


Рисунок 1 – Психологические проблемы респондентов в период пандемии

- относительно вопроса о вакцинации мнения людей разделились: 45% - категорически против; 25% - имеются антитела, после перенесенного заболевания; 20% - планируют вакцинацию; 5% - сделали прививку и ещё 5% - не определились по данному вопросу. Результаты опроса о планировании прививки от коронавируса отражены в диаграмме на рис.2. Причин отказа от вакцинации достаточно много, они представлены диаграммой на рис. 3.



Рисунок 2 – Диаграмма, отражающая желание респондентов, сделать прививку от COVID-19



Рисунок 3 – Причины отказа от вакцинации

С целью медико-санитарного просвещения населения, был создан информационный буклет, в котором отражены основные рекомендации по профилактике коронавирусной инфекции. В нём представлены основные моменты по профилактике коронавируса: какие на данном этапе существуют вакцины и какие для них имеются показания, противопоказания и возможные осложнения; симптомы; правильная техника мытья рук; какие перчатки стоит носить и как их выбрать; как подобрать антисептики, чтобы не травмировать кожу рук, дабы избежать осложнений, рациональность применения масок и рекомендации по снижению эмоционального напряжения.

Мы сможем сохранить себя, своих близких, страну, в которой мы живём, если будем адекватно оценивать ситуацию и соблюдать все данные меры профилактики по борьбе с коронавирусом. Люди должны понимать, что коронавирус — это проверка чувств, проверка отношений, проверка, если угодно, смыслов нашего существования.

Література

1. <http://11.rospotrebnadzor.ru/>
2. <https://meduza.io/>
3. <https://www.b17.ru/>
4. <https://tass.ru/>
5. <https://lenta.ru/>
6. <https://esquire.ru/>
7. <https://www.garant.ru/>
8. <https://rg.ru/>
9. <https://mosgorzdrav.ru/>
10. <https://coronavirusstat.ru/>
11. <https://xn--80aesfpebagmfb1c0a.xn--p1ai/>

МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Е.А. Робканова
Научный руководитель: О.Е. Зизикалова
Анжеро-Судженский филиал
Государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
"Кузбасский медицинский колледж"
г. Анжеро-Судженск

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Социально значимые заболевания — это заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека. К социально значимым заболеваниям в числе первых относят и ВИЧ-инфекцию. ВИЧ-инфекция характеризуется сложным комплексом физических проявлений: поражениями тела, нарушением умственных способностей, ослаблением духа больного. Возможность развития лекарственной устойчивости ВИЧ еще более усложнило организацию ухода за ВИЧ-инфицированными. Если на этапе выявления ВИЧ-инфекции и назначении терапии больной по большей части активно общается с врачом, то проведение профилактических мероприятий по предупреждению заражения ВИЧ-инфекцией в большей степени принадлежит медицинской сестре [1].

В декабре 2018 года на заседании президиума руководитель Федерального научно-методического центра по борьбе и профилактике ВИЧ-инфекции Вадим Покровский сообщил: «Что носителями вируса ВИЧ являются примерно 1,5 миллиона россиян, а 240 тысяч человек умерли от СПИДа. В 2019 году в России было зарегистрировано, по разным данным Роспотребнадзора, на 0,9 % больше заболевших, и на 2,2 % больше новых случаев ВИЧ-инфекции, чем в 2018 году».

Максимальная пораженность ВИЧ-инфекцией зарегистрирована среди женщин в возрастной группе 25—34 года, среди мужчин — в возрастной группе 30—34 года. Кроме того, ВИЧ-инфекция вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространяется в общей популяции, более половины больных в 2018 г. заразились при гетеросексуальных контактах (53,5 %).

ВИЧ – инфекция – это общественное явление, имеющее ярко выраженные социальные и поведенческие характеристики [2]. Именно поэтому так велика роль медицинской сестры в санитарно-гигиеническом просвещении населения, предотвращении распространения инфекции, облегчении страданий больных, предоставляя им психологическую или иную поддержку в зависимости от конкретных нужд каждого больного, а так же социальной поддержке семей, имеющих ВИЧ-инфицированных. Это и определило актуальность исследования. Так как в ВИЧ-программах медицинской сестре отводится ключевая роль, очень важно, чтобы медицинские сестры владели полной информацией обо всем, что относится к ВИЧ-инфекции: эпидемиологии, этиологии, патогенезе, а также методах профилактики, выявления, обследования. Если медицинская сестра должным образом информирована, то она способна помешать распространению болезни и улучшить качество контроля над ней, особенно в силу своей близости с больным.

Актуальность проблемы ВИЧ заключается в том, что эпидемия не является только медицинской проблемой. Её распространение, затрагивает все сферы жизни общества и касается каждого из нас [3]. В настоящее время ВИЧ-инфекция проникла во все слои населения, включая благополучные, не причисленные к «группам риска», но

практикующие рискованное поведение. Убедившись в актуальности выбранной темы, ставим перед собой цель: изучение деятельности медицинской сестры в профилактике ВИЧ - инфекции среди населения.

Для достижения цели, поставленной в выпускной квалификационной работе, были определены следующие задачи:

1. Провести обзор теоретического материала по проблеме профилактики ВИЧ-инфекции среди населения.
2. Исследовать мероприятия, направленные на осуществление профилактики ВИЧ-инфекции среди населения.
3. Анализировать полученные данные по деятельности медицинской сестры в осуществлении профилактики ВИЧ-инфекции среди населения.

Объект исследования: профилактика ВИЧ-инфекции среди населения.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры в осуществлении профилактики ВИЧ-инфекции среди населения.

Методы исследования:

1. Теоретический: анализ литературных источников;
- Эмпирический: анкетирование.

В практической части квалификационной работы выяснили, что основной причиной заболеваний ВИЧ-инфекцией является неправильный образ жизни и неграмотность населения, основой проведения профилактики является борьба с факторами риска, их коррекция, а так же пропаганда здорового образа жизни и просветительная работа с населением. Ознакомились с принципами профилактики при данном заболевании и провели исследовательскую работу. В ходе исследовательской работы провели анонимный опрос участников, где выяснили уровень осведомленности о знаниях по профилактике ВИЧ-инфекции. Также участникам предоставлена лекция с ответами на ранее предоставленные вопросы, видеоматериал для восполнения пробелов и углубления в знаниях с вручением памятки по ВИЧ-инфекции и его профилактики для закрепления и большего усвоения полученной информации. Созданный материал может применяться в практике медицинскими сестрами для осуществления деятельности при профилактике ВИЧ-инфекции среди населения.

С помощью проведенного исследования изучена деятельность медицинской сестры, которая заключается в проведении мероприятий по профилактики ВИЧ-инфекции среди населения, в ее обязанности входят:

- оценить исходные знания населения ВИЧ-инфекции и его профилактики, объяснить понятие ВИЧ-инфекции, пути передачи, диагностику ВИЧ, как можно обнаружить ВИЧ-инфекцию;

- рассказать о необходимости и призвать население соблюдать меры профилактики ВИЧ-инфекции;

убедиться, что полученная информация усвоена, знания населения о профилактики ВИЧ-инфекции улучшились.

Основываясь на итогах проделанной работы можно сделать вывод, что эффективная деятельность медицинской сестры способствует профилактики ВИЧ-инфекции среди населения, чем чаще в СМИ будут звучать предупреждения о риске заражения, тем больше об этом будут задумываться люди, особенно молодежь. Особые усилия следует направить на пропаганду здорового образа жизни и межполовых отношений, отказа от наркотиков.

Литература

1. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ (ВИЧ-инфекции)» от 13.10.95 г. № 1017: официальный сайт. – Москва. – Обновляется в течение суток. – URL: <http://base.garant.ru/10164376/> (дата обращения: 06.02.2020). – Текст: электронный.

2. Белозеров, Е. С. ВИЧ-инфекция: учебник / Е. С. Белозеров, Е. И. Змушко.– Санкт-Петербург : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 363 с.: ил. – Текст: непосредственный.

3. Профилактика ВИЧ-инфекции: официальный сайт. – Москва. – Обновляется в течение суток. URL: <https://profilaktika.zabolevanij.ru/sistemy/immunnaya/profilaktika-vich-infekcii/> (дата обращения: 06.02.2020). – Текст: электронный.

Н.С. Толстоухова
Научный руководитель: преподаватель В. В. Дудорова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск»

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ БРАТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Всемирная организация здравоохранения более 30 лет назад признала аборт серьёзной проблемой охраны репродуктивного здоровья женщин во многих странах. По оценкам, ежегодно 42 млн беременностей заканчиваются искусственным абортом. Около 20 млн аборт не являются безопасными. При этом 13% обусловленных беременностью смертей приходится на осложнения, связанные с небезопасным абортом, что соответствует приблизительно 67 тыс. смертей ежегодно.

Аборт является главной причиной гинекологической заболеваемости, с ним связывают риск возникновения ранних осложнений и отдалённого влияния на репродуктивное здоровье [1].

Особенно «ужасны» аборт среди молодежи. По данным статистической службы в РФ средний возраст начала половой жизни подростков 15 лет, родов – 16–17 лет [2].

В рамках исследования было проведено анкетирование и проанализированы результаты применения процедуры искусственного аборта среди девушек-студенток Братского медицинского колледжа. В анкетировании приняли участие 323 человека.

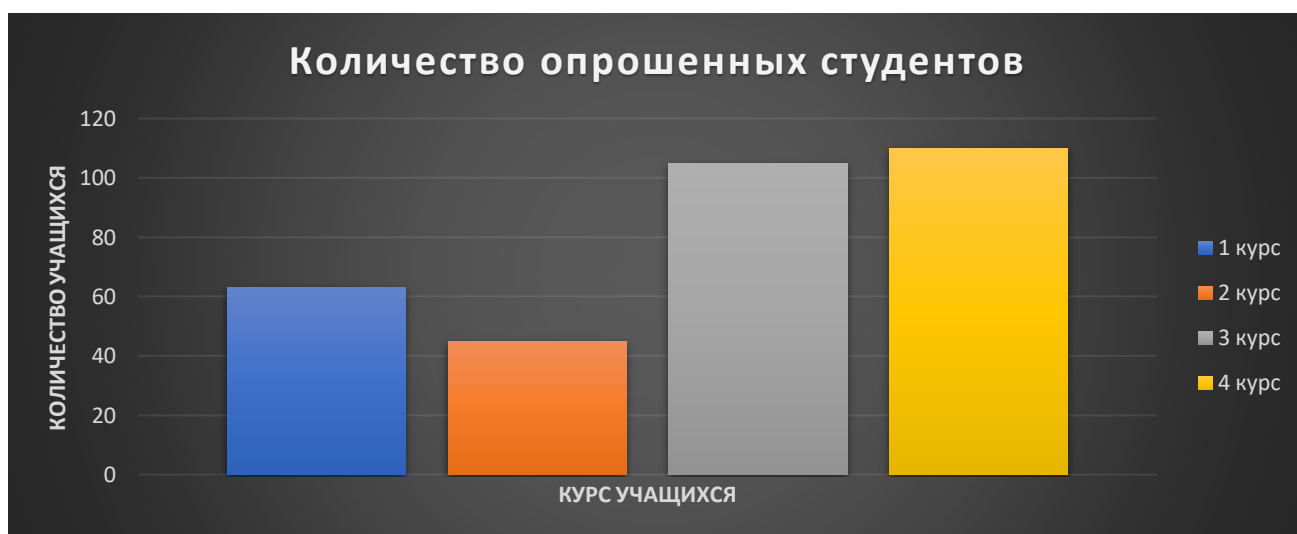


Рисунок 1 – Количество опрошенных студентов

На рис.1 представлено количество и курс студентов, принятых участие в анкетировании. Наибольшее количество студентов 4 курса – 110 человек.



Рисунок 2 – Возрастная категория

На рис.2 представлена возрастная категория учащихся, прошедших анкетирование. Самыми юными участниками были студенты 18-ти лет – 52 человека, самой возрастной – 52 года – 1 человек, самыми активными были студенты 19-ти лет – 73 человека.



Рисунок 3 – Половая жизнь

На рис. 3 представлено: большинство опрошенных живут половой жизнью. Да – 244 человека, нет – 79 человек.

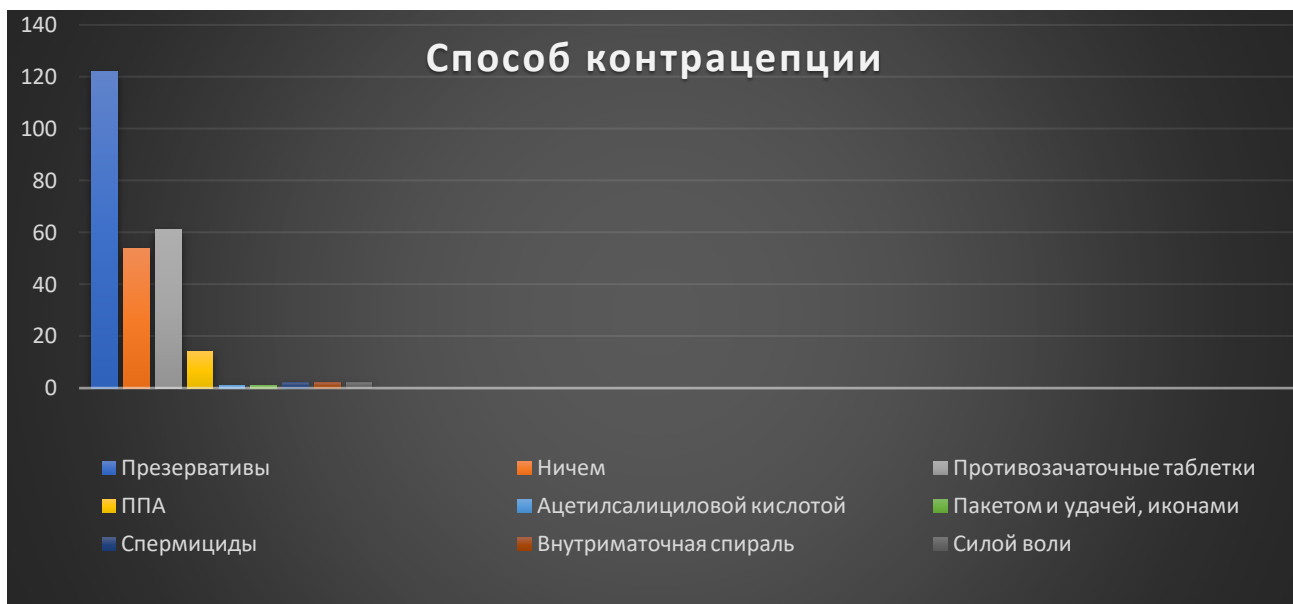


Рисунок 4 – Способ контрацепции

На рис. 4 представлено, что преимущественным способом контрацепции среди студентов, прошедших анкетирование, является использование презервативов.

На втором месте – применение противозачаточных таблеток.

На третьем месте – студенты предпочитают ничем не предохраняться.

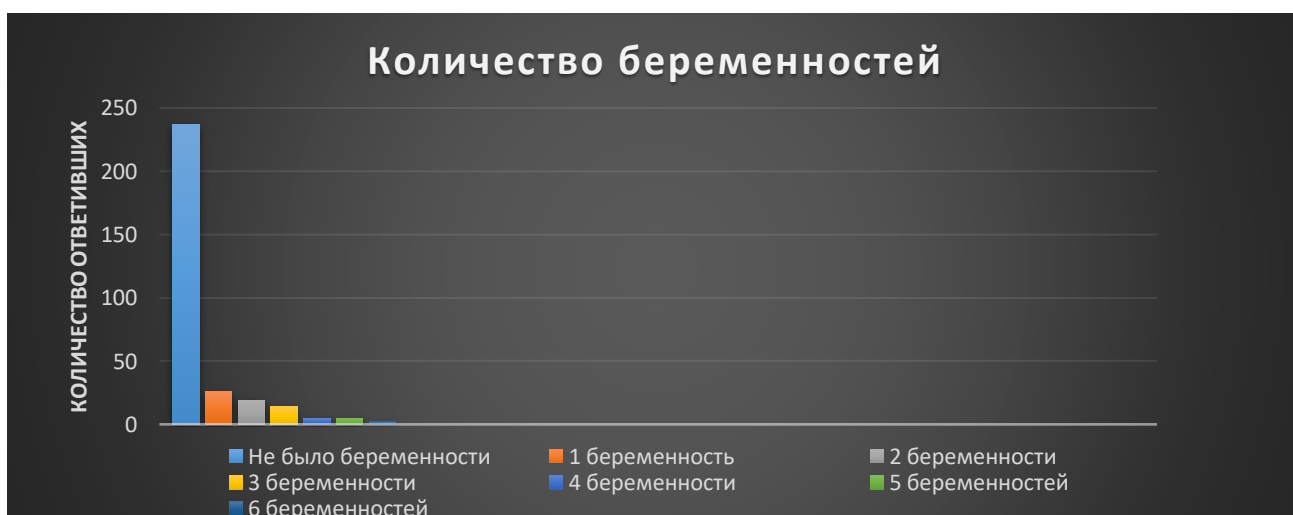


Рисунок 5 – Количество беременностей

На рис. 5 представлены показатели беременностей в анамнезе. 237 опрошенных студенток беременны не были.



Рисунок 6 – Количество абортов

На рис.6 представлена статистика искусственных абортов среди студентов Братского медицинского колледжа. Большая часть респондентов – 25 человек ответили, что перенесли по 1 аборту. Всего было проведено абортов – 41, но стоит отметить, что 8 абортов были проведены по медицинским показаниям.

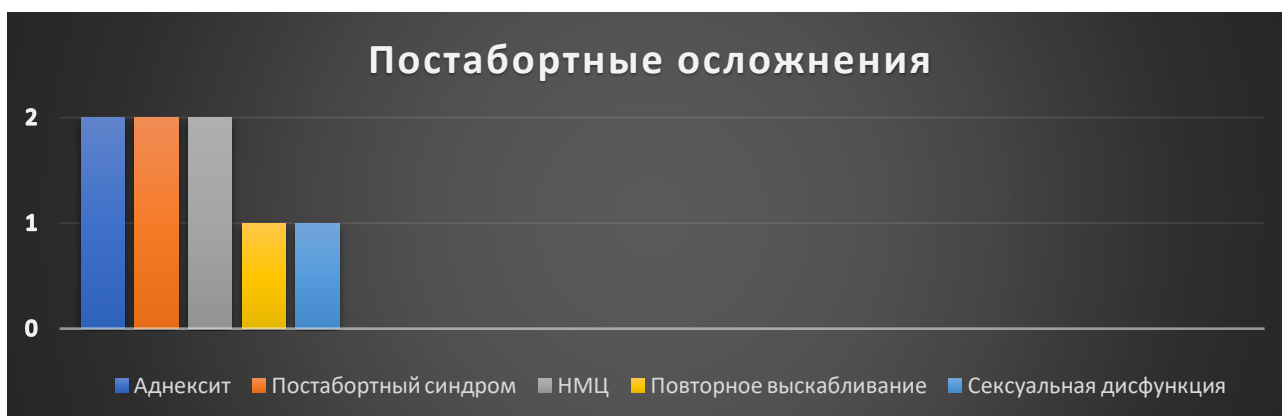


Рисунок 7 – Постабортные осложнения

На рис.7 представлены постабортные осложнения, возникшие у опрошенных студентов. Самыми частыми явились – воспалительные заболевания органов малого таза, психологические трудности и гормональные нарушения.

Анализируя данные анкетирования, можно сделать вывод, что необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди студентов колледжа на тему контрацепции, т.к. немалое количество опрошенных (63 человека) ответили, что ничем не предохраняются, используют ацетилсалициловую кислоту, молитвы в целях контрацепции (1 человек), также практикуют прерванный половой акт как способ предохранения от нежелательной беременности. Все это, как известно, небезопасно – и не является методом контрацепции.

Соответственно, используя ненадежные методы контрацепции, есть высокий риск наступления нежеланной беременности, которая ведет за собой повод прерывания беременности – процедуру искусственного аборта, в свою очередь, вызывая серьезные осложнения, как для репродуктивного здоровья женщины, так и для морального, и физического.

Литература

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Медикаментозное прерывание беременности», 2015//СПС «Консультант Плюс». Версия Проф.

2. Михайлова, Ю. Ю. Актуальные аспекты профилактики аборт среди молодежи студенческого возраста / Ю. Ю. Михайлова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2016. — № 6 (110). — С. 295-299. — URL: <https://moluch.ru/archive/110/26736/> (дата обращения: 11.04.2021).

А. А. Скворцова

Научный руководитель: преподаватель В.Д. Нахаева

Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Стоматологическая помощь населению является одним из самых массовых видов медицинской помощи. Высокая частота контактов медицинского персонала с пациентами в лечебно-профилактических учреждениях развивает риск развития внутрибольничных инфекций. Актуальность проблемы внутрибольничного инфицирования определяет общая эпидемиологическая ситуация на территории. Высоки уровни заболеваемости инфекцией, таких гепатит В и С, ВИЧ-инфекции, повышают риск «заноса» инфекции в лечебно-профилактическое учреждение. А стоматологическая патология в ряде случаев и так изначально сопровождается гнойно-воспалительными процессами. Ситуацию усугубляет тот факт, что инфекционное заболевание может не иметь выраженных клинических проявлений, а пациенты зачастую даже не подозревают о наличии у них той или иной инфекции.

Гигиеническое воспитание и обучение в стоматологии являются важнейшей составной частью санитарно-просветительной работы. В основе их лежит обучение взрослых и детей в полном объеме навыкам гигиены полости рта на основе сознательного отношения к этому мероприятию как одной из важных составляющих здорового образа жизни. Основные методы гигиенического обучения - просвещение, обучение и контроль. Санитарно-просветительную работу строятся на научной основе с учетом уровня санитарной культуры населения, их навыков и осведомленности о гигиене полости рта, стоматологических заболеваниях, путях их профилактики.

Санитарно-просветительская работа – совокупность образовательных, воспитательных, агитационных и пропагандистских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности людей, продление их активной жизни, а также один из важных этапов профилактики населения. В том числе и в профилактике стоматологических заболеваний. Поэтому знание этой сферы необходимо врачу-стоматологу любой практики, так как от знания профилактики зависит жизнь и здоровье не только каждого конкретного пациента, но и всей нации.

Целью каждого медицинского работника является обеспечение повышения уровня здоровья, опираясь на профилактическую направленность, а целью проведения санитарно-профилактических работ является гигиеническое воспитание населения и привитие ему санитарной культуры на основе приобретения полезных навыков и привычек здорового образа жизни и убежденности в необходимости их соблюдения, т. е. не только знания, но и убеждения и поступки слушателя в результате приобретения им этих знаний.

Различаются три основных направления:

1. Профилактика заболеваний путем распространения сведений о здоровом образе жизни, путях и методах сохранения здоровья;
2. Пропаганда соблюдения правил профилактики заболеваний и методов здорового образа жизни;
3. Практическое обучение и воспитание.

При проведении санитарно-просветительных работ рекомендуется придерживаться особых правил:

1. Не забывать о взаимосвязи заболеваний полости рта с общим состоянием здоровья людей;
2. Не уменьшать значения питания и правил приема пищи;
3. Проводить оздоровительные мероприятия для поддержания здорового состояния органов и тканей полости рта;
4. Придерживаться гигиене полости рта;
5. Предупреждать заболевания полости рта;
6. Выявлять и устранять вредные привычки для предупреждения развития пороков зубочелюстной системы.

Санитарно-просветительная работа может быть, как активной, так и пассивной.

Активные формы – это выступления, беседы, доклады, лекции и многое другое.

К пассивным формам работ относятся статьи, памятки, плакаты, научно-популярная литература, проведение выставок и другое.

Эти формы тесно связаны друг с другом. У каждого из них есть свои преимущества и недостатки. К примеру, преимуществами активных форм работы являются непосредственная взаимосвязь и взаимодействие агитаторов и населения, обеспечивающие наибольший эффект воздействия на аудиторию, а недостатком - высокие трудозатраты организаторами. Наиболее эффективными методами санитарно-просветительной работы являются активные формы проведения.

Санитарно-просветительские работы делятся на индивидуальные, коллективные и массовые.

Ведущая форма работы со взрослым населением - это убеждение и пропаганда. Следует помнить, что для разных групп людей следует разная форма воздействия. Так для

беременных женщин можно рассказать об особенностях ухода за полостью рта при беременности, о вреде алкоголя, курения, приема лекарственных средств без назначения врача, о закладке и формировании зубной ткани плода, о грибковом стоматите у детей первого года жизни и т.д. Для ребенка – это обучение с повседневным повторением при обязательном личном примере взрослых. Привлекая внимание взрослых к состоянию зубов и органам полости рта, врачи-стоматологи получают убежденных помощников.

Конкретный индивидуум или население может и не пользоваться в полной мере всеми видами профилактических мероприятий, но система охраны здоровья населения должно открыть для человека определенные возможности для лечения и предупреждения различных болезней зубов или ротовой полости. Следует помнить, что только стоматолог как специалист может определить задачи и содержание санитарного просвещения, обеспечить лечебно-профилактическую помощь населению, координировать и оценивать ее эффективность.

Санитарное просвещение должно проводиться на высоком профессиональном уровне. Вся предоставляемая населению информация должна быть научно обоснованной и проверенной на практике.

Основные задачи санитарного просвещения и обеспечения здоровья сводятся к следующему:

- 1) информирование населения об известных факторах риска возникновения стоматологических заболеваний и доступных методах их предупреждения;

- 2) убеждение населения в необходимости отказа от вредных привычек, ведения здорового образа жизни и рационального использования стоматологической помощи;
- 3) обеспечение населению здорового быта, полноценного питания, безвредного условия труда и адекватную медицинскую помощь.

Таким образом, для того, чтобы воспитание по вопросам сохранения здоровья полости рта и гигиеническое обучение стало работающим методом необходимо дальнейшее совершенствование в следующих направлениях:

1. Обеспечение приоритетности профилактики в стоматологии;
2. Открытие и функционирование центров профилактической стоматологии;
3. Федеральное финансирование профилактического направления;
4. Повсеместная стоматологическая диспансеризация.

Для того, чтобы знания о правилах и режиме питания перешли в привычку, необходимо обязательное проведение санитарно-просветительной работы среди населения. Следует помнить, что привычки и традиции питания являются неотъемлемой частью всех привычек, которые способны сохранить здоровье человека.

Литература

1. Гордеев, И. А. Основные направления деятельности по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи / Гордеев, И. А. // *Вопр. экспертизы и качества мед. помощи.* – 2016. – № 4. – С. 26- 38.
2. Надзор за соблюдением санитарно-эпидемиологического законодательства при оказании медицинской помощи // *Гл. мед. сестра.* - 2016. - N 2. - С. 99-113
3. Соломай, Т. В. Особенности организации процесса обработки рук медицинского персонала / Т. В. Соломай // *Ст. мед. сестра.* - 2017. - № 3. - С. 33-37. : табл.
4. Кузьмина И. Н. Профилактическая стоматология. // *Учебное пособие.* М. 2015 — 188 с.

А. М. Вагина

Научный руководитель: преподаватель Н. А. Носковец
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Какое влияние здоровый образ жизни оказывает на здоровье организма

Здоровый образ жизни - это не только действия человека, которые он совершает для укрепления здоровья и поддержание организма в форме, это совокупность всех действий, совершаемых ежедневно, способствующих сохранению организма здоровым.

Семья – институт, который оказывает существенное влияние на здоровье нации. Ведь именно в семье формируется здоровье ребенка, затем, глядя на родителей, дети стараются следить за состоянием своего организма. Формирование здорового образа жизни каждого гражданина должно быть главным фактором в поддержании высокого уровня здоровья населения страны. С помощью данного механизма можно повысить среднюю продолжительность жизни каждого человека.

Существуют разные толкования термина «здоровый образ жизни». Международный терминологический словарь санитарного просвещения дает такое определение: "Здоровый образ жизни – это гигиеническое поведение, базирующееся на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормативах, направленных на сохранение и укрепление

здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия". В данном толковании основное внимание уделяется гигиенической культуре человека, она является определяющей для сбережения здоровья граждан.

Каждый человек на протяжении всей жизни, начиная с дошкольного возраста, находится в социуме. Там он сталкивается с разными людьми, стрессовыми ситуациями, к которым организм не всегда оказывается готов. Все это в дальнейшем способствует расстройству и разрушению физиологических и биологических механизмов приспособления. Отсюда возникает слишком раннее старение всех функций организма. Стресс напрямую негативно влияет на нервную систему человека, начинают появляться новые заболевания и развиваться уже имеющиеся недуги. Если уровень стресса достигнет критической отметки, возможно появление таких болезней, как инфаркт, инсульт, сахарный диабет, различные опухолевые заболевания, которые являются частыми причинами смертности людей.

В чем суть здорового образа жизни

Каждый гражданин должен самостоятельно заботиться о своем организме, обязан беречь свое здоровье. Многие люди ведут неправильный образ жизни, злоупотребляют вредными привычками, мало двигаются, переедают. Это все приводит к тому, что у молодых людей появляются серьезные заболевания, которые не всегда под силу вылечить даже медикам.

Чтобы такого не случилось, нужно с детства начинать вести здоровый образ жизни: поддерживать активность на высоком уровне, заниматься закаливанием, выполнять физические упражнения, заниматься спортом, следить за собственной гигиеной. В таком случае состояние организма будет проще поддерживать в гармоничном состоянии.

Термин «здоровый образ жизни» трактуется учеными по-разному. Философы и психологи П.А. Виноградов, Б.С. Ерасов, О.А. Мильштейн, В.А. Пономарчук, В.И. Столяров и другие утверждают, что здоровый образ жизни – это проблема общечеловеческого масштаба, существующая на всем земном шаре.

Специалисты выделяют три разновидности здоровья: физическое, психическое и нравственное или социальное.

- Физическое здоровье — это такое состояние организма, при котором все органы и системы работают в соответствии с нормальными показателями. При правильном функционировании организма человек будет чувствовать себя хорошо, у него будут силы для роста и личностного развития.

- Психическое здоровье напрямую связано с состоянием головного мозга индивидуума. О высоком уровне психического здоровья можно говорить, когда у человека хорошо развито мышление, внимание, память, он эмоционально устойчив, имеет сильную волю.

- Нравственное здоровье зависит от общественных моральных принципов. К основным показателям этого вида здоровья относятся следующее: человек должен осознанно относиться к труду, изучать культурные ценности, не принимать привычки, которые не соответствуют здоровому образу жизни.

Основные составляющие здорового образа жизни

По мнению современных ученых, для ведения здорового образа жизни необходимо:

- ежедневно трудиться;
- чередовать работу и отдых;
- поддерживать двигательную активность на высоком уровне;
- избегать вредных привычек;
- питаться сбалансированно;
- соблюдать правила гигиены.

Как научиться гармонично сочетать работу и отдых

Чтобы достигать высоких показателей в работе, нужно, чтобы у организма было для этого достаточно сил, то есть, чтобы он был отдохнувшим. Физиологи установили

необходимость соотношения времени труда и отдыха 1:2. То есть если у человека рабочий день составляет 8 часов, важно чтобы он потом отдыхал 16 часов. Бывает пассивный и активный отдых.

Пассивный отдых – это отдых для организма, когда не совершается какая-либо физическая или умственная работа. Чаще всего, это состояние сна, который должен быть не менее 7-8 часов. После этого все системы организмы успокоятся, придут в норму, человек будет чувствовать себя свежим и отдохнувшим. Если же сон был короткий, с перерывами или вообще отсутствовал, сил у организма не будет, работа будет выполняться с трудом. В состоянии сна человек дает передышку мозгу, мышцам, меньше энергетических затрат совершает сердечно-сосудистая система, пищеварительная система и многие другие органы. Чтобы после сна чувствовать себя отдохнувшим, нужно соблюдать режим, то есть каждый день засыпать и просыпаться в одно и то же время. Такая привычка способствует развитию условного рефлекса расслабления на определенное время, когда человек отдыхает.

Без пассивного отдыха обходиться нельзя, но постоянно отдыхать только так, тоже вредно. Если человек будет много лежать и мало двигаться, его организм ослабнет, не сможет выдерживать физические нагрузки, будет быстро уставать.

Если наступило переутомление от долгой однообразной работы, важно произвести смену деятельности, выбрав активный отдых. При ежедневной сидячей работе, когда застаивается кровь в ногах и органах таза, грудная клетка начинает работать менее подвижно, поэтому кислород плохо поступает в организм, такой вид отдыха будет оптимальным вариантом. В активный отдых могут быть включены физические упражнения для рук и ног, например прогулка или пробежка, дыхательная гимнастика, включающая усиленные вдохи и небольшую задержку дыхания, различные наклоны, повороты и вращения туловища, прыжки.

Цикл упражнений желательно завершать ходьбой в спокойном темпе, дыхательными упражнениями и растягиванием и расслаблением мышц.

Важно не переусердствовать с нагрузкой при организации активного отдыха. Ведь получить необходимый эффект от него можно при небольших нагрузках. Если человек отработал 8 часов, затем выполнял тяжелые физические упражнения, он может получить чрезмерную нагрузку на организм. Поэтому он не почувствует расслабления, а будет ощущать огромную усталость. Чтобы этого не случилось, физические упражнения лучше чередовать со спокойными прогулками, спортивными играми, настольными играми, танцами, игрой на музыкальных инструментах и другой деятельностью, которая поможет организму расслабиться и прийти в норму.

Нужно стараться организовывать время отдыха не только в течение рабочего дня, но и после работы, в выходные и в отпуск, который положен работающим людям ежегодно.

Как увидеть, что перед нами здоровый человек? Оказывается, такие люди сразу выделяются из прочего окружения. У них ясный, не затуманенный взгляд, здоровые блестящие волосы, подтянутая фигура, ровная спина и расправленные плечи, щеки сияют здоровым румянцем. Если вы спросите, в чем заключается его секрет идеальной внешности и хорошего самочувствия, он скажет, что ведет здоровый образ жизни. Это настоящее спасение от депрессии и болезней. Ведь если каждый начнет употреблять здоровую пищу, будет много двигаться и заниматься спортом, установит четкий распорядок дня, будет каждый день начинать с положительным настроением, искоренит вредные привычки, сам будет отвечать за состояние своего организма, тогда удастся в скором времени заметить положительный результат. Тогда каждый день будет приносить радость, благодаря правильно расставленным приоритетам, сбалансированному режиму труда и отдыха.

Правила здорового образа жизни важно соблюдать каждому. Сначала это будет непросто, ведь придется перестроить, а, возможно, даже переломить свое сознание, избавиться от ложных представлений о здоровье организма, изменить свои повседневные

привычки. Тогда можно будет наблюдать положительный эффект: улучшится общее состояние организма повысится работоспособность, появится хорошее настроение.

Когда человек чувствует физический дискомфорт, имеет какие-либо заболевания, он не сможет получить удовлетворение от жизни и почувствовать себя по-настоящему счастливым.

Если же человек здоров, он с легкостью реализует свои планы, достигает поставленных целей, решает основные ежедневные задачи, преодолевает сложные моменты и выдерживает перегрузки. Беречь и поддерживать здоровье необходимо, ведь тогда человек сможет обеспечить себе долгую и счастливую жизнь.

Литература

1. Назарова Е.Н. Здоровый образ жизни и его составляющие: учеб. пособие / Е.Н. Назарова – М.: Издательский центр «Академия», 2015. — 256 с.

2. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: учеб. пособие / В.В. Марков – М.: Издательский центр «Академия», 2014. — 320 с.

3. Абросимова М.Ю. Здоровье молодёжи: учеб. пособие / М.Ю. Абросимова М.: Издательский центр «Медицина», 2015. — 220 с.

А. А. Рогозина
Научный руководитель: И. В. Рендоренко
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

В современных условиях выделяют 2 основных аспекта санитарно-просветительной работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях:

— санитарное просвещение по привлечению населения на медицинские профилактические работы.

— санитарное просвещение диспансеризуемых контингентов в условиях динамического наблюдения за ними.

Успех профилактических осмотров в значительной степени зависит от отношения к ним населения и готовности в них участвовать. Для привлечения населения на медицинские профилактические осмотры применяют аккордное санитарно-просветительное воздействие, т. е. ударную, кратковременную, массированную информацию о целях, задачах и практической значимости диспансеризации. Это обеспечивается:

— агитационно-информационным санитарно-просветительным воздействием наглядными средствами (плакаты, лозунги и т. д.), экспонируемыми по месту жительства населения и непосредственно в самой поликлинике;

— разъяснением и убеждением с помощью печатной информации (листовки-приглашения, тематические памятки); Чтением лекций, разъясняющих существо диспансерного метода обслуживания населения; демонстрацией тематических санитарно-просветительных кинофильмов и т. д.

Цель данной работы — выработать у населения обслуживаемой территории адекватное отношение к профилактическим мероприятиям и готовность активно в них участвовать.

Применение методики аккордного санитарно-просветительного воздействия в ряде поликлиник с целью привлечения населения на профилактические осмотры повысило на 40% участие в них населения.

Дальнейшая санитарно-просветительная работа с населением проводится дифференцированно среди здоровых, лиц с повышенным риском возникновения заболевания и больных (острыми и хроническими заболеваниями).

Гигиеническое воспитание здоровых имеет целью сохранение и укрепление их здоровья. Программа медико-гигиенической информации для них предусматривает пропаганду здорового образа жизни: гигиенические советы относительно труда, отдыха, питания, занятий физкультурой и спортом, борьбы с вредными привычками и т. д.

Методика работы с этим контингентом населения включает проведение врачом индивидуальной беседы и выдачу тематической памятки, которая содержит ряд практических советов, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

В этой работе используются различные памятки о здоровом образе жизни, издаваемые ЦНИИ медицинских проблем пропаганды здорового образа жизни, местными домами санитарного просвещения, а также тематические брошюры, издаваемые обществом «Знание», и др.

В современных условиях профилактической работы особую важность приобретает гигиеническое воспитание групп людей, имеющих повышенный риск возникновения заболеваний. Среди преморбидных состояний наиболее прогностически опасны такие, как тенденция к избыточному весу, предгипертония, гиперхолестеринемия, предиабет и т. д. В основе многих из них лежат нарушения гигиенических норм поведения: гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, неправильный режим и т. д.

Санитарное просвещение лиц, находящихся под угрозой болезни, включает вопросы первичной профилактики заболевания, возможность развития или начальные признаки которого имеются и направлены на коррекцию их гигиенического поведения. Здесь приходится перевоспитывать человека, воздействовать на уже сложившиеся привычки поведения и поэтому санитарно-просветительная работа должна строиться таким образом, чтобы была возможность прямого, повторного общения, в процессе которого реципиент мог взять на себя определенные обязательства по изменению своего гигиенического поведения, а медицинский работник — контролировать выполнение этих обязательств.

Методика санитарно-просветительной работы с указанными контингентами включает индивидуальную беседу врача, подкрепленную вручением памятки (буклета), содержащей конкретные советы, направленные на устранение имеющихся неблагоприятных для здоровья факторов, а также проведение групповой беседы-дискуссии (группы подбирают из лиц, имеющих одни и те же нарушения или подверженных влиянию одинаковых факторов риска). К проведению групповых занятий, помимо терапевтов привлекают узких специалистов поликлиники: диетолога, врача (инструктор) ЛФК, психотерапевта и др. Участие психотерапевта в гигиеническом воспитании имеет особое значение, поскольку у этих групп населения требуется создать психологическую установку на необходимость коррекции гигиенического поведения и мобилизовать их волевые усилия.

Санитарное просвещение больных имеет целью выработать у них навыки адекватного, правильного гигиенического поведения, способствующего скорейшему выздоровлению или облегчению течения заболевания. От этого в большой степени зависят успех лечения и ускорение выздоровления.

Методика гигиенического воспитания больных дифференцируется по 2 направлениям: санитарное просвещение больных с острыми и хроническими заболеваниями.

Многие хронические заболевания являются следствием недостаточно леченных острых, поэтому адекватное гигиеническое поведение больного с острым заболеванием является важным условием предупреждения развития хронических процессов. Программа

гигиенической информации должна включать обязательный минимум сведений по лечению и рациональному режиму жизни в период болезни и реконвалесценции.

На выполнение больными лечебно-профилактических мероприятий немалое влияние оказывают члены их семьи. Санитарно-просветительная работа с родственниками больных и лицами, непосредственно ухаживающими за больными в домашней обстановке, имеет целью создать благоприятный психологический климат в семье, способствовать строгому выполнению назначений и предписаний врача и обеспечивать грамотный уход за больным. Методика работы с этим контингентом предусматривает индивидуальную беседу врача (при необходимости) и выдачу тематической памятки с рекомендациями по уходу за больным. Кроме того, они знакомятся с гигиеническими предписаниями, сделанными в адрес больного.

Санитарное просвещение людей, страдающих хроническими заболеваниями, осуществляется по методике курса очно-заочного обучения. Этот курс включает:

— индивидуальную беседу, в процессе которой больной получает необходимые гигиенические рекомендации;

— групповую беседу с участием врачей-специалистов, во время которой больной получает дополнительную медико-гигиеническую информацию, дающую возможность лучше понять советы врача, осознать необходимость следовать им. Групповую беседу лучше проводить в виде дискуссии, в процессе которой повышается познавательная активность реципиентов. Это способствует закреплению полученных знаний, выработке необходимых убеждений;

— выдачу «Книжки диспансеризуемого», которая является основным элементом заочного обучения и где отмечают сроки явки на очередной профилактический прием. Больной получает ее вместе с соответствующей заболеванию памяткой-вкладышем. «Книжка диспансеризуемого» дает возможность больному регистрировать отдельные параметры своего гигиенического поведения, что способствует закреплению в его сознании полученных гигиенических рекомендаций, врачу — контролировать их выполнение пациентом.

В условиях диспансеризации эта форма санитарно-просветительной работы применяется также при гигиеническом воспитании лиц, имеющих повышенный риск возникновения заболеваний.

Литература

1. Степкин, Попов, Чубирко: Санитарно-гигиеническое просвещение населения. 2020 г.

Г. Ю. Чернов

Научный руководитель: преподаватель Е. В. Стенникова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Санитарное просвещение как инструмент укрепления здоровья имеет решающее значение для улучшения здоровья населения и способствует развитию капитала здравоохранения. Тем не менее, он не всегда получал необходимое внимание.
Ограниченный

интерес обусловлен различными факторами, в том числе: недостаточным пониманием санитарного просвещения теми, кто работает в этой области; отсутствием знаний и консенсуса в отношении определений и концепций санитарного просвещения и пропаганды; а также трудностями, с которыми сталкиваются медицинские работники, демонстрируя эффективность и ощутимые результаты практики санитарного просвещения. Конечно, есть многие успешные примеры, связанные с образованием в области здравоохранения, особенно в контексте подхода к созданию условий, таких как школы, рабочие места, клиники и общины, способствующие укреплению здоровья. Однако там, где границы четко не определены, осуществление санитарного просвещения становится более сложным.

Санитарное просвещение-это профессия, направленная на просвещение людей о здоровье. Области этой профессии включают экологическое здоровье, физическое здоровье, социальное здоровье, эмоциональное здоровье, интеллектуальное здоровье и духовное здоровье, а также образование в области сексуального и репродуктивного здоровья.

Санитарное просвещение можно определить как принцип, с помощью которого отдельные люди и группы людей учатся вести себя таким образом, чтобы способствовать укреплению, поддержанию или восстановлению здоровья. Однако, поскольку существует множество определений здоровья, существует также множество определений медицинского образования. Всемирная организация здравоохранения определила санитарное образование как "совокупность сознательно созданных возможностей для обучения, включающих некоторую форму коммуникации, предназначенную для повышения медицинской грамотности, включая улучшение знаний и развитие жизненных навыков, способствующих индивидуальному и общественному здоровью.

Роль специалиста по санитарному просвещению

С конца девятнадцатого до середины двадцатого века целью общественного здравоохранения был контроль за вредом от инфекционных заболеваний, которые в значительной степени были под контролем к 1950-м годам. К середине 1970-х годов стало ясно, что сокращение заболеваемости, смертности и роста расходов на здравоохранение лучше всего можно достичь, сосредоточившись на укреплении здоровья и профилактике заболеваний. В основе нового подхода лежала роль медицинского педагога. Медицинский педагог-это "профессионально подготовленный человек, который выполняет различные функции и специально обучен использовать соответствующие образовательные стратегии и методы для содействия разработке политики, процедур, вмешательств и систем, способствующих здоровью отдельных лиц, групп и сообществ".

Санитарное просвещение и укрепление здоровья

Укрепление здоровья связано с улучшением здоровья путем стремления влиять на образ жизни, медицинские услуги и, прежде всего, окружающую среду (которая не ограничивается физической средой, но охватывает также культурные и социально-экономические обстоятельства, которые в значительной степени определяют состояние здоровья). Существует несколько общепризнанных определений укрепления здоровья, большинство из которых охватывают принципы здравоохранения, участия общин и расширения прав и возможностей отдельных лиц. Самый видное место в Оттавской хартии по укреплению здоровья предлагает рамки действий, которые определяют пять приоритетных областей: формирование здоровой государственной политики; создание благоприятных условий; укрепление деятельности общин; развитие личных навыков; и переориентация медицинских услуг.

Укрепление здоровья имеет свои корни во многих различных дисциплинах. Со временем она включила в себя несколько ранее отдельных компонентов, одним из которых было санитарное просвещение. Некоторые авторитеты придерживаются мнения, что укрепление здоровья включает в себя три пересекающихся компонента: санитарное просвещение, здравоохранение. Эти пересекающиеся области, как показано на рис. 1,

потенциально существенны: санитарное просвещение, например, включает образовательные усилия по влиянию на образ жизни, защищающий от плохого здоровья, а также усилия по поощрению участия в профилактических службах. Охрана здоровья касается политики и правил, которые носят профилактический характер, таких как фторирование воды для предотвращения кариеса зубов. Санитарное просвещение, направленное на чемпионов в области охраны здоровья позитивные меры по охране здоровья населения и политиков. Объединенные усилия всех трех компонентов стимулируют социальную среду, способствующую успеху профилактических мер по охране здоровья, таких как интенсивное лоббирование законодательства о ремнях безопасности.



Рисунок 1. Модель укрепления здоровья

Деятельность По Санитарному Просвещению

Мероприятия по санитарному просвещению должны касаться как первичной, так и вторичной профилактики. Эти мероприятия должны быть организованы квалифицированными врачами, работниками первичной медико-санитарной помощи и школьными учителями и должны быть направлены на общественность, учителей, детей и их родителей. Мероприятия по санитарному просвещению должны быть сосредоточены на важности выявления и сообщения о болях в горле, методах, которые сводят к минимуму и предотвращают распространение инфекции, преимуществах надлежащего лечения болей в горле и важности соблюдения предписанных схем лечения. Кампании по санитарному просвещению в школах и общинах, особенно в сельских районах, трущобах и перенаселенных районах городов, являются эффективными методами распространения информации о здоровье и повышения осведомленности. Участие печатных и электронных средств массовой информации (радио, телевидение, информационные бюллетени, плакаты) жизненно важно для успеха таких программ. Групповые встречи пациентов также являются мощным средством передачи и объединения медицинской информации. Приверженность школы и школьной службы здравоохранения здоровому воспитанию детей имеет огромное значение при реализации программ контроля

Преподавание В Школе Санитарное Просвещение

Комплексная учебная программа медицинского образования состоит из запланированного опыта обучения, который поможет студентам достичь желательных установок и практик, связанных с критическими проблемами здоровья. Некоторые из них: эмоциональное здоровье и позитивный образ себя; оценка, уважение и забота о человеческом теле и его жизненно важных органах; физическая подготовка; проблемы со здоровьем, связанные с употреблением алкоголя, табака, наркотиков и злоупотреблением ими; заблуждения и мифы о здоровье; влияние физических упражнений на системы организма и общее самочувствие; питание и контроль веса.; сексуальные отношения и

сексуальность, научные, социальные и экономические аспекты общественного и экологического здоровья; инфекционные и дегенеративные заболевания, включая заболевания, передаваемые половым путем; готовность к стихийным бедствиям; безопасность и образование водителей; факторы окружающей среды и то, как эти факторы влияют на здоровье человека или населения (например, качество воздуха, качество воды, санитария пищевых продуктов); жизненные навыки; выбор профессиональных медицинских услуг; а также выбор медицинской карьеры.

Методы проведения санитарно-просветительной работы среди населения

Санитарно-просветительная работа складывается из двух основных направлений: пропаганды медицинских знаний о здоровом образе жизни и агитации населения в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни и профилактики болезней. Следует различать общность и различие пропагандистской и агитационной работы. Агитация ориентирована на конкретного адресата (дети, подростки, взрослые) и побуждает их к позитивным реакциям. Если пропаганда рассматривается как распространение идей и знаний, то агитация представляет собой побуждение к действию на основе пропагандистских рекомендаций.

Также методы проведения санитарно-просветительной работы среди населения подразделяются по виду передаваемой информации (методы индивидуального воздействия, воздействия на группу лиц, массового воздействия). По видам используемой пропаганды различают методы устной (беседы, доклады, дискуссии), печатной и изобразительной пропаганды.

1 Санитарный бюллетень, требования к санитарному бюллетеню

Санитарный бюллетень - это иллюстрированная санитарно-просветительская газета, посвященная только одной теме. Тематика должна быть актуальной, с учетом задач, стоящих перед современным здравоохранением, а также сезонностью и эпидемиологической обстановки в данном режиме.

Требования к санитарному бюллетеню:

санитарный бюллетень должен состоять из двух частей - иллюстрированной и текстовой; Названия бюллетени должно быть крупным и выделяющимся. Сама надпись «санитарный бюллетень» не пишется. Бюллетень должна состоять из введения «она ознакабливает читателя с проблемой». Если основная часть не обширная то она должна быть разбита на некоторые части. Заключение состоит из вопросов и ответов или вывода автора. Текст будет заканчиваться лозунгом, призывом, вытекающим из темы.

На рис.1 представлено https://vk.com/wall-193271444_163

На рис.2 представлено <https://m.123ru.net/yakutsk/257530387/>



Рисунок 1



Рисунок 2

Санитарное просвещение в работе амбулаторно-поликлинических учреждений.

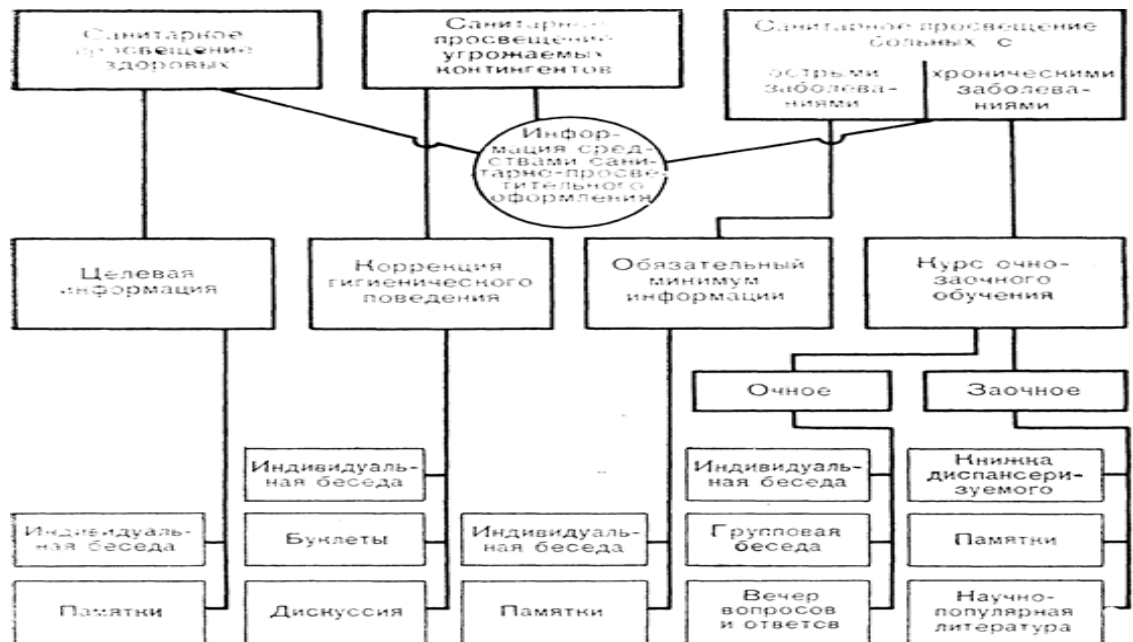


Схема 1. Санитарное просвещение в поликлинике

В современных условиях выделяют два основных аспекта санитарно-просветительной работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях: санитарное просвещение по привлечению населения на медицинские профилактические работы; санитарное просвещение диспансеризуемых контингентов в условиях динамического наблюдения за ними;

Успех профилактических осмотров в значительной степени зависит от отношения к ним населения и готовности в них участвовать. Для привлечения населения на медицинские профилактические осмотры применяют аккордное санитарно-просветительное воздействие, то есть ударную, кратковременную, массивную информацию о целях, задачах и практической значимости диспансеризации. Это обеспечивается:

Цель данной работы - выработать у населения обслуживаемой территории адекватное отношение к профилактическим мероприятиям и готовность активно в них участвовать.

Гигиеническое воспитание здоровых имеет целью сохранение и укрепление их здоровья. Программа медико-гигиенической информации для них предусматривает пропаганду здорового образа жизни: гигиенические советы относительно труда, отдыха, питания, занятий физкультурой и спортом, борьбы с вредными привычками. Методика работы с этим контингентом населения включает проведение врачом индивидуальной беседы и выдачу тематической памятки, которая содержит ряд практических советов, направленных на сохранение и укрепление здоровья. В этой работе используются различные памятки о здоровом образе жизни, а также тематические брошюры, издаваемые обществом «Знание».

Санитарное просвещение больных имеет целью выработать у них навыки адекватного, правильного гигиенического поведения, способствующего скорейшему выздоровлению или облегчению течения заболевания. От этого в большой степени зависят успех лечения и ускорение выздоровления.

Больной получает ее вместе с соответствующей заболеванию памяткой-вкладышем. «Книжка диспансеризуемого» дает возможность больному регистрировать отдельные параметры своего гигиенического поведения, что способствует закреплению в его сознании полученных гигиенических рекомендаций, врачу - контролировать их выполнение пациентом.

Литература

1. <https://meduniver.com/Medical/stomatologia/218.html>
2. https://med-books.by/referati_valeologiya/43142-referat-sanitarno-prosvetitelnaya-rabota-sredi-naseleniya.html
3. <https://www.bestreferat.ru/referat-66622.html>

Я. В. Береснева

Научный руководитель: преподаватель Н. А. Темникова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ФЕЛЬДШЕРА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки (РШМ) занимает одно из ведущих мест среди злокачественных новообразований органов репродуктивной системы женщин, находясь на втором месте после рака тела матки.

В нашей стране в последние годы онкологическая заболеваемость этой формой рака неуклонно увеличивается, при этом наиболее неблагоприятная тенденция роста отмечена у женщин репродуктивного возраста до 30 лет.

Повышение заболеваемости РШМ среди женщин до 30 лет связывают с акселерацией, более ранним половым созреванием и началом половой жизни. В настоящее время, считается доказанной связь заболеваемости вирусом папилломы человека (ВПЧ) и риском развития рака шейки матки.

Известно, что возникновение начальных форм инвазивного РШМ можно предупредить путем своевременного выявления и лечения не только дисплазий и преинвазивных форм, но и начальных фоновых заболеваний шейки матки.

Приведенные данные убедительно свидетельствуют об актуальности проблемы, а в целях дальнейшего обеспечения своевременности лечения этого тяжелого заболевания, крайне важным представляется раннее диагностирование неопластических процессов шейки матки.

Клиническая симптоматика заболевания проявляется при прогрессировании опухолевого процесса в инвазивные формы. Ранними симптомами рака шейки матки являются обильные водянистые бели и «контактные» кровянистые выделения из половых путей после полового акта.

В более поздних стадиях заболевания к специфическим симптомам рака шейки матки, на которые следует обращать внимание, относятся кровянистые выделения из половых путей, не связанные с менструацией, боли в нижних отделах живота, отеки конечностей, наружных половых органов, нарушение функции кишечника и мочевого пузыря, задержка мочи, гематурия, специфические выделения из влагалища – гноевидные или цвета «мясных помоев» с зловонным запахом.

С целью определить уровень заболеваемости раком шейки матки в городе Братске и стадии, на которых выявляется данное заболевание, нами был проведен анализ статистических данных за период с 2017 по 2020 г.г.

По данным Иркутского областного онкологического диспансера ежегодно в Братске диагностируется более 20 новых случаев РШМ.

Всего за 2017 год в городе Братске было выявлено и взято на учёт больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований 1077 человек. Из них рак шейки матки диагностирован у 30 пациенток, что составляет 2,8 % от общего количества заболевших злокачественными новообразованиями. За 2018 год в Братске выявлено и взято на учёт больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований 1074 человек. Из них рак шейки матки диагностирован у 26 пациенток (2,4 % от общего количества). В 2019 году было выявлено и взято на учёт 1051 человек. Из них рак шейки матки выявлен у 31 пациенток (2,9 % от общего количества). В 2020 году было выявлено и взято на учёт 936 человек. Из них рак шейки матки выявлен у 21 пациенток (2,2 % от общего количества). Таким образом, заболеваемость раком шейки матки в структуре общей онкологической заболеваемости составляет от 2,4 % до 2,9%.

Анализируя структуру заболеваемости раком шейки матки по стадиям за данный период, нами было выявлено, что в 2017 году в третьей стадии заболевание было выявлено у 17% женщин, а в четвертой стадии – у 23%, что суммарно составило 40% пациенток с поздними стадиями онкологического процесса; только в 47% случаев заболевание было выявлено в первой стадии. В 2018 году в первой стадии выявлено у 29 %, во 2 стадии - у 4 %, в 3 стадии - 46% и 21% заболевших составили с четвертой стадией рака данной локализации. Таким образом, в 2018 году 67% женщин были поставлены на учет с последними стадиями рака шейки матки. Отмечено резкое снижение уровня выявления в первую стадию заболевания. В 2019 году 50% выявленных случаев в первой стадии онкологического процесса и 43% в третьей и четвертой стадиях. В 2020 году отмечается отчетливый рост ранних форм рака шейки матки - 70% заболевших выявлено в первую стадию онкологического процесса и только 15% приходится на онкозапущенные случаи.

По рекомендации ВОЗ, здоровым женщинам без признаков патологии, комплексное обследование цервикального канала нужно проводить минимум 1 раз в пять лет. Если женщина входит в группу риска по онкологии шеечного канала – скрининг делают каждый год. Комплекс клинического обследования включает: сбор анамнеза и жалоб, анализ крови и мочи, физикальный осмотр, бимануальное влагалищное исследование, осмотр в зеркалах, ректо-вагинальное исследование, кольпоскопию с диагностическими пробами, а также

взятие вагинальных мазков для цитологического исследования и биопсию для гистологического исследования, молекулярно-биологические методы (ПЦР) и инструментальные исследования.

В последние десятилетия, специалистами разработаны и внедрены в клиническую практику высокоинформативные методы исследования шейки матки, используются методики, распознающие патологический процесс на тканевом и клеточном уровнях, а также на уровнях функциональных и обменных нарушений.

Гистология шейки матки – это микроскопический, малоинвазивный диагностический метод определения доброкачественных заболеваний, предраковых состояний и выявления рака, путем взятия биоптата тканей шейки матки. Благодаря высокой точности диагностики, выявляет границы распространения заболевания и возможность проведения оперативного вмешательства. В большинстве случаев ткань для анализа получают путем раздельного выскабливания стенок шеечного канала и полости матки или путем аспирационной биопсии.

Таким образом, задача фельдшера состоит в том, чтобы обеспечить женщин всех возрастных групп информацией о причинах возникновения и ранних симптомах рака шейки матки, провести разъяснительную работу о необходимости участия в скрининговых программах, которые позволяют выявить интраэпителиальные неопластические процессы тогда, когда еще нет инвазивного рака шейки матки, что открывает широкие возможности для органосохраняющих лечебных вмешательств и позволяют сохранить пациентке достаточно высокое качество жизни без инвалидизации и снизить уровень летальности при данной патологии.

Литература:

1. Краснопольский В. И., «Облигатные формы предрака и инвазивный рак», Москва: Медицинская книга», 2017
2. Берлев И.В., Урманчеева А.Ф., «Рак шейки матки», Санкт – Петербург: «Эко Вектор», 2018
3. Венедиктова М.Г., Доброхотова Ю. Э., Морозова К. В., «Опухоли шейки матки», Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2019
4. Андреева Ю.Ю., Франк Г. А., «Опухоли шейки матки. Морфологическая диагностика и генетика» Руководство для врачей, Москва: «Практическая Медицина», 2015
5. Александрова Ю.Н., «Папилломавирусная инфекция у здоровых женщин», Москва: «Практическая Медицина», 2015
6. Налгиева Ф.Х., Шаназаров Н.А. Проблема лечения осложненного рака шейки матки на современном этапе // Фундаментальные исследования, 2016
7. Прендивел Уолтер/перевод с английского Прилепская В. Н., Сухих Г. Т., «Кольпоскопия и лечение предраковых заболеваний шейки матки», Москва: «МЕДпресс», 2020

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВ

Введение

Подростковый возраст – это период, который оказывает огромное влияние на всю последующую жизнь человека. Как он будет реагировать на события своей жизни, принимать решения, какой круг общения выберет, как будет относиться к самому себе и своим близким, как будет строить отношения с людьми, будет ли он успешным, научится ли достигать желаемого, каковы будут его стремления и как он будет преодолевать трудности – именно в подростковом возрасте человек начинает отвечать на все эти вопросы.

Подростковый возраст делится на два периода:

- младший подростковый возраст (пубертатный) – от 13 до 15 лет (включительно);
- старший подростковый возраст (ювенальный) – от 16 до 19 лет (включительно).

Психологическая проблема — это «внутренние» конфликты и напряжения, которым человек не может дать объяснения с рациональной точки зрения.

Детерминанты психического здоровья

Подростковый возраст — решающий период развития и закрепления социальных и эмоциональных привычек, имеющих важное значение для психического благополучия. К ним относятся формирование здорового режима сна; регулярная физическая активность; развитие навыков в области преодоления трудных ситуаций, решения проблем и межличностного общения; и воспитание способности к эмоциональному самоконтролю.

. Факторы, способные повышать уровень стресса в подростковом возрасте, включают в себя стремление к большей самостоятельности, желание соответствовать ожиданиям сверстников, Другими значимыми детерминантами психического здоровья подростков являются качество их домашней жизни и их взаимоотношения со сверстниками. Признанными рисками для психического здоровья являются насилие (в том числе жесткие методы родительского воспитания и издевательства со стороны сверстников) и социально-экономические проблемы. Дети и подростки особенно уязвимы перед лицом сексуального насилия, которое безусловно имеет отношение к ухудшению психического здоровья.

Эмоциональные расстройства

Эмоциональные проблемы - едва ли не самая частая причина обращений к психологу. В настоящее время по рекордному числу обращений за помощью в решении эмоциональных проблем являются дети и подростки, а точнее родители с детьми у которых отмечаются эмоциональные нарушения.

Депрессия как расстройство может возникать как в раннем детстве, так и в подростковом. Депрессия занимает четвертое место в мире среди ведущих причин заболеваемости и инвалидности подростков в возрасте 15–19 лет и пятнадцатое место в возрасте 10–14 лет. Помимо депрессии или тревожности подростки с расстройствами эмоциональной сферы могут также испытывать повышенную раздражительность, неудовлетворенность или гнев. Симптомы могут напоминать сразу несколько эмоциональных расстройств и характеризоваться быстрыми и неожиданными сменами настроения и вспышками эмоций. У подростков младшего возраста могут дополнительно возникать эмоционально обусловленные физические симптомы, такие как боль в животе, головная боль или тошнота.

Поведенческие расстройства в детском возрасте

Поведенческие расстройства в детском возрасте являются второй по значимости ведущей причиной бремени болезней среди подростков в возрасте 10–14 лет и занимают одиннадцатое место среди подростков в возрасте 15–19 лет.. Это тоже расстройство личности, оно проявляется в таких поведенческих чертах личности подростка как импульсивность, агрессивность, в асоциальном поведении, а также нарушением способности к формированию привязанностей, может вызывать негативистское расстройство, которое проявляется в словесном или физическом насилии в отношении людей или животных. Дети, страдающие таким расстройством, нарушают правила, не имеют авторитетов ни дома, ни в школе, могут воровать, их поведение асоциально. Поведенческие расстройства в детском возрасте могут негативно влиять на обучение подростков и могут являться причиной противоправного поведения.

Социальные тревожные расстройства

Социальные тревожные расстройства(социальные фобии) - еще один вид эмоциональных расстройств, которые доставляют немало проблем и родителям, и их обладателям - подросткам. В то время, когда у подростков начинается активная социальная жизнь, дети с социофобией оказываются в трудной для них ситуации из-за невозможности вести активный образ жизни в кругу своих сверстников и в социуме вообще, так как все связанное с общением с другими людьми для них становится практически невозможным. При этом расстройстве подростки могут ощущать: тахикардию, трудности с дыханием, а так же постоянно испытывать дистресс. Они часто становятся мишенями для насмешек и издевательств.

Расстройства пищевого поведения

Расстройства пищевого поведения обычно возникают в подростковом и юношеском возрасте. Расстройства пищевого поведения чаще возникают у девочек, чем у мальчиков. Такие расстройства, как нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание, характеризуются вредными для здоровья формами поведения, связанными с питанием, в частности ограничением потребления калорий или неконтролируемым поглощением пищи. Расстройства пищевого поведения пагубно влияют на здоровье и нередко сопровождаются депрессией, тревожными расстройствами и/или злоупотреблением психоактивными веществами. Подростки тщательно скрывают свои проблемы, связанные с пищевым поведением, но не заметить родителям изменения в весе, во внешнем виде подростка невозможно.

Психотические расстройства

Психоз

Расстройства, характеризующиеся психотическими симптомами, чаще всего возникают в позднем подростковом или юношеском возрасте. Симптомы психозов могут включать в себя галлюцинации (такие как слуховое или зрительное восприятие несуществующих вещей) или бредовые расстройства (включая стойкие заблуждения). Психотические эпизоды могут серьезно нарушить способность подростка участвовать в повседневной жизни или получать образование. Во многих ситуациях подростки, страдающие психозами, подвергаются жестокой стигматизации и риску нарушения их прав. Самоубийство и самоповреждение

Самоубийства стоят на третьем месте среди ведущих причин смертности подростков старшего возраста (15–19 лет). Почти 90% подростков в мире проживают в странах с низким или средним уровнем дохода, и более 90% случаев подростковых самоубийств происходят среди подростков, проживающих в этих странах. Факторы риска самоубийств разнообразны и включают в себя вредное употребление алкоголя, жестокое обращение в детстве, стигматизацию при обращении за помощью, препятствия к получению помощи и доступность средств совершения самоубийства. С данной возрастной группой связана растущая обеспокоенность распространением информации о суицидальном поведении через электронные СМИ.

По данным ВОЗ ежегодно кончают жизнь самоубийством более 800 000 человек, однако большинство специалистов считают эту цифру сильно заниженной. Согласно существующим данным на каждого человека, совершившего самоубийство, приходится 20 суицидальных попыток.

Самоповреждение — это преднамеренное повреждение своего тела по внутренним причинам без суицидальных намерений. Это поведение, которое объединяет как прямые акты насилия в отношении собственного тела, так и скрытые способы причинения себе вреда, которые регулируются бессознательными процессами и связаны с недостаточной заботой о себе и собственном теле.

Основные причины самоповреждений:

- эмоциональная боль (физическая боль вследствие самоповреждения способствует выделению эндорфинов, действие которых способствует улучшению эмоционального состояния);
- ощущение внутренней пустоты (отсутствие эмоций), эмоциональной потерянности, одиночества (боль помогает чувствовать себя живым);
- избавление от чувства опустошенности, депрессии, чувства нереальности происходящего;
- выход агрессии, злости, раздражения, которые, часто из-за страха или неумения управлять та-кими эмоциями, направляются внутрь, а не на-ружу;
- потребность почувствовать реальность происходящего вокруг (способ бороться с ощущениями деперсонализации, расщепления личности, диссоциации);
- ради ощущения защищенности и исключительности;
- чтобы испытать эйфорию;
- чтобы не совершать попытки самоубийства;
- повлиять на поведение других людей (попытаться показать другим, что творится у тебя внутри и насколько тебе тяжело);
- выражение или подавление сексуальности;
- самонаказание (немалая часть тех, кто наносит себе повреждения, в детстве сталкивались с насилием в семье и нередко сами были объектами насилия, и они продолжают наказывать уже сами себя).

Рискованные формы поведения

В подростковом возрасте складываются многие из таких опасных для здоровья форм поведения, как употребление психоактивных веществ или рискованное сексуальное поведение. Ограниченная способность подростков к планированию и контролю за своими эмоциями, возведение в норму рискованного поведения по отношению к здоровью в среде сверстников и такие факторы среды, как бедность и подверженность насилию, могут повышать вероятность проявления рискованных форм поведения. Рискованные формы поведения могут быть как неудачными попытками справиться с проблемами психического здоровья, так и негативным фактором, имеющим тяжелые последствия для психического и физического благополучия подростка.

Серьезной проблемой во многих странах является употребление психоактивных веществ (таких как алкоголь и наркотики) с вредными последствиями. В 2016 г. распространенность тяжелого эпизодического употребления алкоголя среди подростков в возрасте 15-19 лет составляла 13,6% и больше всего угрожала мальчикам и юношам. Употребление психоактивных веществ с вредными последствиями среди подростков повышает вероятность дальнейшего рискованного поведения в таких формах, как небезопасный секс. Рискованное сексуальное поведение, в свою очередь, повышает в среде подростков риск инфекций, передаваемых половым путем, и ранней беременности — ведущей причины смерти девушек старшего подросткового возраста и молодых женщин (в том числе во время родов и в результате небезопасных абортов).

Совершение насилия представляет собой рискованную форму поведения, которая может повышать вероятность неполучения достаточного образования, травматизма,

вовлечения в противоправную деятельность или смерти. В 2016 г. межличностное насилие было признано второй по значимости ведущей причиной смертности юношей старшего подросткового возраста.

Укрепление психического здоровья и профилактика

Меры укрепления психического здоровья и профилактики призваны усилить способность человека контролировать свои эмоции, расширить круг альтернатив рискованным формам поведения, выработать жизнестойкость, позволяющую успешно справляться с трудными ситуациями или неблагоприятными факторами, а также способствовать формированию благоприятной социальной среды и системы социальных взаимоотношений.

Конкретные пути укрепления психического здоровья включают следующие:

- психологические занятия, проводимые индивидуально, в группах или автономно онлайн;
- семейно-ориентированные мероприятия, такие как обучение лиц, осуществляющих уход, включая меры по обеспечению потребностей таких лиц;
- мероприятия на базе школ, в частности:
 - внедрение организационных изменений в интересах создания безопасной, защищенной и позитивной психологической среды;
 - обучение по вопросам психического здоровья и воспитания жизненно необходимых навыков;
 - обучение персонала выявлению риска самоубийств и оказанию базовой помощи;
 - школьные профилактические программы для подростков, подверженных риску расстройств психического здоровья;
- мероприятия на уровне местных сообществ, в частности, программы воспитания лидеров и наставников в подростковой среде;
- программы профилактики, ориентированные на подростков, находящихся в уязвимом положении, например, затронутых гуманитарными кризисами или нестабильностью, а также меньшинства и дискриминируемые категории населения;
- программы по предотвращению и смягчению последствий сексуального насилия в отношении подростков;
- многосекторальные программы профилактики самоубийств;
- многоуровневые мероприятия по профилактике злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами;
- всеобъемлющее половое воспитание в целях предупреждения рискованных форм сексуального поведения;
- программы профилактики насилия.

Заключение

Крайне важно реагировать на нужды подростков с установленными нарушениями психического здоровья.

При выборе мер помощи подросткам следует учитывать следующие соображения:

- важность раннего обнаружения психических и наркологических расстройств и принятия научно обоснованных мер. Программа действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области психического здоровья содержит основанные на фактических данных руководящие указания для неспециалистов, позволяющие им более эффективно выявлять приоритетные расстройства психического здоровья и оказывать помощь в условиях недостатка ресурсов;
- использование трансдиагностических методов, в частности, одновременно ориентированных на несколько проблем психического здоровья;
- привлечение при необходимости лиц, осуществляющих уход, укрепление их потенциала и изучение предпочтений подростков;
- применение методов самопомощи в режиме личного общения, а также в самостоятельном режиме по указаниям специалиста, в том числе с использованием

электронных каналов оказания психиатрической помощи. С учетом стигматизации или невозможности доступа к услугам приемлемым вариантом для подростков могут оказаться методы самопомощи, не требующие контроля со стороны специалиста;

-психотропные препараты следует применять крайне осторожно и предлагать подросткам с умеренно-тяжелыми нарушениями психического здоровья в тех случаях, когда психосоциальные методы оказываются неэффективными, и только при наличии клинических показаний и информированного согласия. Лечение должно проводиться под контролем специалиста и с пристальным клиническим отслеживанием возможных побочных реакций.

Литература

1. Психологические проблемы современных подростков и их решение Елена Емельянова[Электронный ресурс]. URL : <https://www.rulit.me/books/psihologicheskie-problemy-sovremennyh-podrostkov-i-ih-reshenie-read-472275-1.html> (дата обращения 31.03.21)

2. ВОЗ психическое здоровье [Электронный ресурс]. URL : https://www.who.int/topics/mental_health/mental-health-final.pdf?ua=1 (дата обращения 31.03.21)

3. Филип Райс, Ким Долджин Психология подросткового возраста 2017 г. (дата обращения 31.03.21)

А. О. Дубровина

Научный руководитель: преподаватель В.Н. Капустина
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РАССКАЗАХ М.А. БУЛГАКОВА

Потянулась плененою тьма египетская...
и в ней будто бы я... не то с мечом, не то со
стетоскопом. Иду... борюсь... В глуши. Но
не один. А идет моя рать: Демьян Лукич,
Анна Николаевна, Пелагея Ивановна.
Все в белых халатах, и все вперед, вперед...
М.А. Булгаков

М.А. Булгаков - один из самых известных писателей-врачей России. Свой выбор в пользу медицины он сделал не случайно: многие члены его большой семьи посвятили свою жизнь врачеванию (три из шести братьев матери были врачами, медики были и по линии отца) или другой деятельности, связанной со служением людям (отец - профессор Киевской духовной академии, дед по линии отца - священник). Примечательно, что, начав своё трудовое поприще в 1914 году в военном госпитале и занимаясь, в основном, хирургией, Михаил Афанасьевич в 1916 закончил медицинский факультет Киевского университета педиатром и завершил своё медицинское служение в 1929г. врачом-венерологом, так того требовали реалии жизни после окончания Первой мировой войны.

Булгаков М.А.-врач был прекрасным диагностом и всегда искренне переживал за своих пациентов, старался не только исцелить их, нередко выходя на поединок со смертью, но и просветить. Поэтому деятельность Михаила Афанасьевича в его бытность врачом

можно смело можно назвать и медико-санитарным просвещением населения целью которого является формирование санитарной культуры населения (осведомленности населения в вопросах гигиены и в области охраны здоровья) соответствующей современным гигиеническим требованиям и рекомендациям. Такие же черты (высокий профессионализм, верность долгу, жертвенность, гуманизм) были характерны и для врачей в булгаковских произведениях, например, профессору Преображенскому в «Собачьем сердце», Алексею Турбину в «Белой гвардии» и, в особенности, главному герою «Записок юного врача».

"Записки юного врача" М.А. Булгакова – это цикл, состоящий из рассказов "Полотенце с петухом", "Крещение поворотом", "Стальное горло", "Вьюга", "Тьма египетская", "Пропавший глаз" и "Звездная сыпь" и основанный на реальных событиях из жизни писателя, рассказывает о молодом враче, сразу после окончания университета приехавшим в земскую больницу. Все эти рассказы в 1925-1926 гг. публиковались в московском журнале "Медицинский работник", а также ("Стальное горло") в ленинградском журнале "Красная панорама".

Впервые «Записки юного врача» в виде цикла вышли в 1963 г. в библиотеке "Огонька" (№ 23) без рассказа "Звездная сыпь" (как не имеющего прямых указаний на принадлежность к «Запискам»). К «Запискам юного врача» примыкает и рассказ «Морфий», опубликованный в "Медицинском работнике" в 1927 г., однако большинство исследователей этот рассказ в состав цикла не включает.

дисловии к несостоявшемуся второму изданию 3. ю. в. сестра писателя Н. А. Булгакова (Земская)

Остановимся на тех произведениях цикла, где присутствует в той или иной мере медико-санитарное просвещение населения. В рассказе «Стальное горло» главный герой сталкивается с дифтерийным крупом у трёхлетней девочки Лиды. Мать и бабка принесли её уже умирающей к доктору: шёл пятый день болезни: «У девочки дифтерийный круп, горло уже забито пленками и скоро закроется наглухо...» Взрослые женщины прекрасно понимали, что жизнь ребёнка находится под угрозой, но не имели никакого представления о способах лечения запущенного заболевания, поэтому главной задачей врача было убедить их в необходимости срочного оперативного вмешательства:

«Мать же крикнула мне нехорошим голосом:

- Дай ей, помоги! Капель дай!

Я ясно видел, что меня ждет, и был тверд.

- Каких же я ей капель дам? Посоветуй. Девочка задыхается, горло ей уже забило.

[...]

Вот что, - сказал я, удивляясь собственному спокойствию, - дело такое. Поздно. Девочка умирает. И ничто ей не поможет, кроме одного - операции. [...]

- Как это? - спросила мать.

- Нужно будет горло разрезать пониже и серебряную трубку вставить, дать девочке возможность дышать, тогда, может быть, спасем ее, - объяснил я.

Мать посмотрела на меня, как на безумного, и девочку от меня заслонила руками, а бабка снова забубнила:

- Что ты! Не давай резать! Что ты? Горло-то?!»

Согласие на операцию мать больной девочки дала далеко не сразу и потом сомневалась в верности принятого решения. Доктору пришлось её убеждать:

«Камфару впрысните, - сказал я фельдшеру. Мать не давала девочку, когда увидела шприц, но мы ей объяснили, что это не страшно.

- Может, это ей поможет? - спросила мать.

- Нисколько не поможет.

Тогда мать зарыдала.

- Перестань, - промолвил я. - Вынул часы и добавил: пять минут даю думать. Если не согласитесь, после пяти минут сам уже не возьмусь делать.

- Не согласна! - резко сказала мать.[...]
- Ну, скорей, скорей соглашайтесь! Соглашайтесь! Ведь у нее уже ногти синеют.
- Нет! Нет!
- Ну, что же, уведите их в палату, пусть там сидят.

Их увели через полутемный коридор. Я слышал плач женщин и свист девочки. Фельдшер тотчас же вернулся и сказал:

- Соглашаются![...]

В последний раз я вышел к матери, из рук которой девочку еле вырвали. Я услышал лишь хриплый голос, который говорил: "Мужа нет. Он в городе. Придет, узнает, что я наделала, - убьет меня!"»

Операция прошла успешно, и нужно было обозначить матери дальнейший ход событий в процессе выздоровления девочки:

«Лидку вынесли в простыне, и сразу же в дверях показалась мать. Глаза у нее были как у дикого зверя. [...] когда я услышал звук ее голоса, пот потек у меня по спине, я только тогда сообразил, что было бы, если бы Лидка умерла на столе. Но голосом очень спокойным я ей ответил:

- Будь поспокойнее. Жива. Будет, надеюсь, жива. Только, пока трубку не вынем, ни слова не будет говорить, так не бойтесь.»

Спустя год молодой врач снова встречается с Лидой и её мамой:

« - Все в порядке, - сказал я, - можете больше не приезжать.

- Благодарю вас, доктор, спасибо, - сказала мать, а Лидке велела: - Скажи дяденьке спасибо!»

Здоровье девочки, благодарность матери и возрастающий поток пациентов больницу (до ста и более человек в день) говорят о том, что доктор правильно убеждал и уговаривал родительницу.

Рассказ «Тьма египетская» знакомит читателя с кромешной темнотой крестьян в вопросах медицины и здоровья. В нём описано несколько анекдотических случаев, с которыми молодой врач и его помощники сталкивались на практике в деревне. Так, одна из пациенток, получив склянку с каплями белладонны, раскапала её соседкам и убеждала доктора, что выпила всё сама и просила ещё такого же снадобья. Другой человек, мучавшийся кашлем, прилепил горчичники не на саму спину, а поверх тулуца. Во время трудных родов роженице в родовые пути бабки-повитухи вводили рафинад: младенчика выманивали. И даже грамотный мельник, произведший на доктора положительное впечатление просвещенного человека, решил выпить выданные на несколько приёмов вперёд порошки за один раз, медики его после этого едва успели спасти. В финале данного рассказа молодой врач принимает решение бороться с непросвещённостью людей на вверенной ему территории: «"Ну, нет... я буду бороться. Я буду... Я... И сладкий сон после трудной ночи охватил меня. Потянулась пеленою тьма египетская... и в ней будто бы я... не то с мечом, не то со стетоскопом. Иду... борюсь... В глуши. Но не один. А идет моя рать: Демьян Лукич, Анна Николаевна, Пелагея Ивановна. Все в белых халатах, и все вперед, вперед... Сон - хорошая штука!..."»

Рассказ «Звёздная сыпь» как раз повествует о борьбе главного героя с сифилисом, весьма распространившимся в России после возвращения солдат с полей Первой мировой войны. Главная трудность была в том, что зараженные люди не оценивали реально опасность и заразность болезни, поэтому пренебрегали лечением. Начинается произведение с того, что на приём к главному герою приходит мужчина, жалующийся на заложенность горла, и врач после осмотра диагностирует у него сифилис. Приведём фрагмент из рассказа, в котором описана просветительская работа молодого доктора с пациентом:

- Застегивайтесь, - заговорил я, - у вас сифилис! Болезнь весьма серьезная, захватывающая весь организм. Вам долго придется лечиться! Тут я запнулся, потому

что, - клянусь! - прочел в этом, похожем на куриный, взоре, удивление, смешанное явно с иронией.[...]

Человек скосил глаза и глянул. Иронический огонек не погасал в глазах.

- Мне бы вот глотку полечить, - вымолвил он.

"Что это он все свое? - уже с некоторым нетерпением подумал я, - я про сифилис, а он про глотку!"

- Слушайте, дядя, - продолжал я вслух, - глотка дело второстепенное. Глотке мы тоже поможем, но самое главное, нужно вашу общую болезнь лечить. И долго вам придется лечиться - два года.

Тут пациент вытаращил на меня глаза. И в них я прочел свой приговор: "Да ты, доктор, рехнулся!"

- Что ж так долго? - спросил пациент - Как это так два года?! Мне бы какого-нибудь полоскания для глотки...

Внутри у меня все загорелось. И я стал говорить. Я уже не боялся испугать его. О, нет, напротив, я намекнул, что и нос может провалиться. Я рассказал о том, что ждет моего пациента впереди, в случае, если он не будет лечиться как следует. Я коснулся вопроса о заразительности сифилиса и долго говорил о тарелках, ложках и чашках, об отдельном полотенце...

- Вы женаты? - спросил я.

- Женат, - изумленно отозвался пациент.

- Жену немедленно пришлите ко мне! - взволновано и страстно говорил я. - Ведь, она тоже, наверное, больна?

- Жену?! - спросил пациент и с великим удивлением всмотрелся в меня.

Так мы и продолжали разговор. Он, помаргивая, смотрел в мои зрачки, а я в его. Вернее, это был не разговор, а мой монолог. Блестящий монолог, за который любой из профессоров поставил бы пятерку пятикурснику. Я обнаружил у себя громаднейшие познания в области сифилидологии и недюжинную сметку. Она заполнила темные дырки в тех местах, где не хватало строк немецких и русских учебников. Я рассказал о том, что бывает с костями нелеченного сифилитика, а попутно очертил и прогрессивный паралич. Потомство! А как жену спасти?![...]

Ртутная мазь - великое средство.

- Вы будете делать втирания. Вам дадут шесть пакетиков мази. Будете втирать по одному пакетик в день... вот так...И я наглядно и с жаром показал, как нужно втирать, и сам пустую ладонь втирал в халат...

- ...Сегодня - в руку, завтра - в ногу, потом опять в руку - другую. Когда сделаете шесть втираний, вымоетесь и придете ко мне. Обязательно. Слышите? Обязательно! Да! Кроме того, нужно внимательно следить за зубами и вообще за ртом, пока будете лечиться. Я вам дам полоскание. После еды обязательно полощите...»

К сожалению, красноречие врача не убедило пациента заняться собственным здоровьем, но, перед своим отъездом в Москву он отправил в больницу жену, и именно она была единственной подопечной земского врача, оценившей в полной мере опасность болезни для себя и детей.

После встречи с первым пациентом, страдающим сифилисом, доктор стал исследовать амбулаторные книги, записи своего предшественника и обнаружил массу людей разного возраста (от грудных детей до стариков) с таким же диагнозом, побывавших в больнице: « Чем дальше я читал старые, пахнущие плесенью, амбулаторные, забытые на чердаке фолианты, тем больший свет проливался в мою неопытную голову. Я начал понимать чудовищные вещи. [...] что здесь не имеют понятия о сифилисе и язва эта никого не пугает»

Когда установился санный путь, и пациенты с Lues II и III потянулись в больницу, юный врач вступил в настоящий бой с этим страшным заболеванием, используя и медикаментозное лечение, и всё своё красноречие в необходимости серьёзного отношения к

недугу: « Я расточал бесчисленные кило серой мази. Я много, много выписывал иодистого калия и много извергал страстных слов. Некоторых мне удавалось вернуть после первых шести втираний. Нескольким удалось, хотя большей частью и неполностью, провести хотя бы первые курсы впрыскиваний. Но большая часть утекала у меня из рук, как песок в песочных часах, и я не мог разыскать их в снежной мгле. Ах, я убедился в том, что здесь сифилис тем и был страшен, что он не был страшен.[...]

Работа со следующими пациентами: матерью и её тремя маленькими детьми-сподвигла доктора открыть стационар для сифилитиков для более успешного лечения:

- Сыпь кинулась на ребят, - сказала краснощекая бабенка важно.[...]

- Раскрой, миленькая, ребенка.

Она раскрыла девочку. Голенькое тельце было усеяно не хуже, чем небо в застывшую морозную ночь. С ног до головы сидела пятнами розеола и мокнущие папулы. [...]

- У тебя, тетка, а также у твоих ребят "дурная боль". Опасная, страшная болезнь. Вам всем сейчас же нужно начинать лечиться и лечиться долго.

Как жаль, что словами трудно изобразить недоверие в выпуклых голубых бабьих глазах. Она повернула младенца, как полено на руках, тупо поглядела на ножки и спросила:

- Скудова же это?

Потом криво усмехнулась.

- Скудова - не интересно, - отозвался я, закуривая пятидесятую папиросу за этот день, - другое ты лучше спроси, что будет с твоими ребятами, если не станешь лечить.

- А что? Ничаво не будет, - ответила она и стала заворачивать младенца в пеленки.

У меня перед глазами лежали часы на столике. Как сейчас помню, что поговорил я не более трех минут и баба зарыдала. И я очень был рад этим слезам, потому что только благодаря им, вызванным моими нарочито жесткими и пугающими словами, стала возможна дальнейшая часть разговора:

- Итак, они остаются. Демьян Лукич, вы поместите их во флигеле. С тифозными мы справимся во 2-й палате. Завтра я поеду в город и добьюсь разрешения открыть стационарное отделение для сифилитиков. [...]

Прошел месяц ... [...] на душе у меня было гораздо спокойнее - во флигельке лежали семь мужчин и пять женщин, и с каждым днем таяла у меня на глазах звездная сыпь.

Был вечер. Демьян Лукич держал маленькую лампочку и освещал застенчивого Ваньку. Рот у него был вымазан манной кашей. Но звезд на нем уже не было. Итак, все четверо прошли под лампочкой, лаская мою совесть.

- К завтраму, стало быть, выпишусь, - сказала мать, поправляя кофточку.

- Нет, нельзя еще, - ответил я, - еще один курс придется претерпеть.

- Нет моего согласия, - ответила она, - делов дома срезь. За помощь спасибо, а выписывайте завтра. Мы уже здоровы.

Разговор разгорелся, как костер. Кончился он так:

- Ты... ты знаешь, - заговорил я и почувствовал, что багровею, - ты знаешь... ты дура! ..

- Ты что же это ругаешься? это какие же порядки - ругаться?

- Разве тебя "дурой" следует ругать? Не дурой, а... а!.. Ты посмотри на Ваньку! Ты что же хочешь его погубить? Ну, так я тебе не позволю этого!

И она осталась еще на десять дней.

Десять дней! Больше никто бы ее не удержал. Я вам ручаюсь. Но, поверьте, совесть моя была спокойна и даже... "дура" не потревожила меня. Не раскаиваюсь. что брань по сравнению со звездной сыпью!»

Цикл рассказов М.А.Булгакова «Записки юного врача» является в силу своей жизненности наглядным примером того, как должно работать начинающему специалисту-

медику: самоотверженно, используя все средства в борьбе с недугом, включая санитарное просвещение населения.

Литература

1. Блохина Н.Н. М.А. Булгаков – врач и писатель: философия чистой совести [Электронный ресурс] // CYBERLENINKA.- URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/m-a-bulgakov-vrach-i-pisatel-filosofiya-chistoy-sovesti/viewer>(дата обращения 17.04.2021)
2. Булгаков М.А. «Записки юного врача». [Электронный ресурс]// Lib.Ru.- URL: <http://lib.ru/BULGAKOW/zapiski.w.txt>: (дата обращения 30.03.2021)
3. Булгаковская энциклопедия [Электронный ресурс]// Bulgakov.ru.- URL: <http://www.bulgakov.ru/>(дата обращения 30.03.2021)
4. Санитарное просвещение [Электронный ресурс]// Grandars.ru.- URL: <https://www.grandars.ru/college/medicina/sanitarnoe-prosveshchenie.html> (дата обращения 18.04.2021)

Е. А. Ткачёва

Научный руководитель: преподаватель Н. А. Носковец
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ОРГАНИЗМ

На сегодняшний день стресс является неотъемлемой частью нашей жизни на долгом времени. Он окружает нас со всех сторон. Под словом стресс мы чаще всего понимаем: тревогу, апатию, опасность, отчаяние. Однако стресс далеко не всегда несет в себе лишь негативный аспект. Иногда он побуждает нас справляться со сложностями и находить выход из сложнейших критических ситуаций.

Позитивный стресс представляет собой яркие эмоции, но важно не пропустить момент, когда стрессовая нагрузка становится критичной для организма, такой момент может быть упущен в любое время. Конкретно тогда стресс становится опасной угрозой как для физического, так и для психического здоровья человека.

Что же такое стресс?

Под словом стресс понимают, неспецифический ответ организма на ряд определённых стимулов. В совокупности их называют стрессовым фактором, это совокупность физиологических и психологических реакций. Длительность воздействия может быть разнообразной. Следует различать разные формы стресса:

В зависимости от длительности воздействия выделяют кратковременный и хронический стресс. Первый в некоторых случаях может принести даже пользу, так как увеличивается запас энергии, физическая сила возрастает и концентрация возрастают, человек становится активным, но регулярные и длительные воздействия факторов стресса организм переносит гораздо хуже.

При длительном пребывании в состоянии стресса, организм начинает активно вырабатывать гормон «кортизол», по другому его еще называют гормон стресса. Функции кортизола: регулировать обмен углеводов, формирование реакции в опасных ситуациях.

При любых тревожных и опасных ситуациях для организма, уровень кортизола держится на максимальной отметке, чем дольше сохраняется данное состояние, тем больше вероятность, что стресс может перейти в хроническую форму, затем в депрессию, а она в свою очередь бессонницу.

К тому же высокий уровень кортизола – чаще всего является самой основной причиной набора лишних килограммов, в связи с этим риск развития ожирения, а в последствии диабет.

Когда организм пребывает в состоянии стресса, организму требуется дополнительная энергия, и для ее восполнения организм начинает требовать еды, хотя на самом деле в ней не нуждается. Так же кортизол может влиять на иммунную систему, нарушает ее функционирование. Для борьбы совсем выше перечисленными проблемами, нужно научиться бороться со стрессом.

В итоге, при воздействии факторов стресса механизмы адаптации ослабевают. Происходит срыв с последующим развитием опасных хронических болезней: ИБС, гипертоническая болезнь, невротические расстройства сахарный диабет, и даже рак.

Когда человек испытывает состояние стресса, начинает активно работать гипоталамо-гипофизарная система, именно она является источником запуска ряда гормонов, которые защищают организм и помогают ему выживать в экстремальных ситуациях. Гипоталамус воздействует на кортикотропин, он выполняет роль вещества, в частности высвобождающего гормоны и стимулирует активность гипофиза. Так же из гипофиза выделяется адренкортикотропный гормон, который дает сигнал надпочечникам. Так же начинают выделяться гормоны, обладающих похожими функциями:

- адреналин;
- норадреналин;
- кортизол.

Их называют гормонами стресса или катехоламинами. Они начинают работать в любой «опасной» ситуации:

- учащается сердцебиение;
- повышение артериального давление;
- мышцы и нервы приходят в состояние возбуждения и напряжения

Для того чтобы минимизировать внешние негативные воздействия, нужно научиться выплескивать эмоции. Тяжелые последствия испытывают люди, которые накапливают отрицательные эмоции внутри себя. Можно попробовать проговаривать в слух недовольство определенными ситуациями и действиями других людей. Можно выговориться друзьям, если есть с кем поделиться своими проблемами. Не нужно замыкаться в себе. Лучше высказать то, что накопилось внутри и тогда мысли освободятся от негатива.

При легком стрессовом состоянии необходимо при возможности поменять обстановку, сходить на прогулку, дышать свежим воздухом. Так же помогут любимые хобби, физические упражнения, времяпровождения с друзьями. Психологи рекомендуют научиться контролировать стресс — на пике выработки гормонов усиливаются способности к концентрации. В такой момент нужно найти оптимальный выход из данной ситуации или найти положительные стороны. Людям с нестабильным эмоциональным состоянием могут попробовать духовные практики, дыхательные и физические упражнения. Так же необходимо трюить внутренние барьеры от негативных эмоций, помогающие защититься от переживаний. Сложно научиться этому самому, в помощь приходит медитация. Медитативные практики помогают успокоить разум, упорядочить мысли, снять напряжение, найти гармонию с собой. Такие занятия занимают совсем немного времени, достаточно нескольких минут в день «отключать» мысли и способность преодолевать стресс возрастает.

Если вы ощущаете, что отрицательные эмоции берут вверх и очень сильно портят качество вашей жизни необходимо проконсультироваться с психологом. Успокоительные содержащие растительные компоненты улучшат общее состояние организма, помогут наладить сон, и научиться спокойно анализировать возникающие ситуации. Способность контролировать стресс и умение быстро от него избавляться поможет улучшить качество жизни, работоспособность, быть довольным собой.

Если вы понимаете, данные способы вам не помогают, незамедлительно обращайтесь к врачу. Не нужно терпеть стресс. Это такое же заболевание как грипп или язва желудка. Доктор сумеет определить причину и поможет избавиться от проблемы. Возможно потребуются, медикаментозное лечение – антидепрессанты или успокоительные препараты.

Литература

1. Агаджанян, Н.А. Ваша работоспособность сегодня / Н.А. Агаджанян, М.М. Горшков, Л.А. Котельник, и др.. - М.: Россия, 2018. - 257 с.
2. Гитун, Т.В. Диагностический справочник невропатолога / Т.В. Гитун. - М.: АСТ, 2019. - 512 с.
3. Ташлыков, В.А. Паническое расстройство в практике терапевта / В.А. Ташлыков, Д.В. Ковпак. - М.: СПб: Речь, 2017. - 115 с.
4. Шифферс Простая йога / Шифферс, Мария. - М.: Вадим Левин, 2017. - 120 с.
5. Швалев Нервная система и заболевания сердца / Швалев, Николаевич Вадим. - М.: М., Медицина, 1016. - 984 с.

В. С. Щербина
Научный руководитель: преподаватель Т. Ю. Храпова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г.Братск

АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире ежегодно происходит 6 миллионов инсультов, из них 450 тысяч – в России.

По данным Отдела здравоохранения города Братска заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения составляет:

1. 2018 г. – среди взрослого населения 832 человека;
2. 2019 г. - среди взрослого населения 849 человек.

после инсульта примерно 70 – 80 % больных становятся инвалидами.

Инсульт – заболевание, которое с каждым годом «молодеет». Ещё 20 – 25 лет назад это заболевание встречалось у людей преклонного возраста, сейчас же, в современном мире, оно всё чаще встречается у людей среднего возраста и молодых. Ежегодно, по статистике, смертность от инсульта составляет более 15 млн человек.

Лица, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, нуждаются часто в посторонней помощи, поскольку обслуживать себя оказываются не в состоянии, поэтому возрастает роль медицинской сестры в оказании ухода и обучении родственников элементам ухода.

Гипотеза: хороший и качественный сестринский уход за больным, страдающим острым нарушением мозгового кровообращения, значительно ускорит процесс выздоровления и восстановления жизнедеятельности человека, как и правильно организованные в постинсультном периоде сестринские вмешательства имеют огромное значение, так как позволяют предупредить осложнения, которые могут ухудшить состояние пациента и способствовать неблагоприятному исходу заболевания, и повысить качество жизни пациента.

К причинам инсульта могут привести следующие заболевания:

1. Гипертоническая болезнь – заболевание, характеризующееся повышением артериального давления крови (АД), для людей среднего возраста давление 140/90 считается повышенным;

2. Атеросклероз – заболевание, характеризующееся снижением растяжимости (эластичности) крупных и средних артерий и сужением просвета между ними, и как следствие – ухудшение работы сердечно-сосудистой системы;

3. Заболевание крови.

Существует три вида инсульта – геморрагический, ишемический и транзиторная ишемическая атака, которая раньше называлась прединсультное состояние.

Геморрагический инсульт – это остро возникшее кровоизлияние в головной мозг вследствие разрыва или повышения проницаемости сосудов. Такое нарушение мозгового кровообращения отличается от классического (ишемического) инсульта, который встречается чаще (70 % больных).

Геморрагический инсульт – опасное и коварное заболевание. Для него характерны:

1. внезапность (у 60–65 % больных кровоизлияние возникает без каких-либо предшествующих симптомов);

2. высокая смертность (60–70 % больных умирают в течении первой недели после возникновения болезни);

3. глубокая инвалидность выживших больных – 70–80% людей прикованы к кровати и не могут обслуживать себя, остальные 20–30% имеют менее выраженный неврологический дефицит (нарушается работа конечностей, ходьба, речь, зрение, интеллект и пр.).

При наблюдении за пациентом в момент приступа можно заметить:

4. глазные симптомы: «закатывание» глаз;

5. похолодание кожных покровов;

6. симптом паруса или курения трубки (отдувание щеки в такт дыханию), этот признак наблюдается на противоположной стороне по отношению к очагу;

7. опущение уголка рта;

8. учащение дыхания, его затруднение и хриплый вдох;

9. самопроизвольный отход мочи;

10. гиперемия лица;

11. пульсацию (заметные колебания стенок) крупных шейных сосудов;

12. на стороне поражения рефлексы сохранены, на противоположной отсутствуют, мышцы атоничны.

Если больных удастся спасти, они сталкиваются с неврологическим дефицитом – симптомами, обусловленными повреждением той зоны головного мозга, в которую произошло кровоизлияние.

Последствия геморрагического инсульта:

1. парезы и параличи – нарушение движений конечностями на одной половине тела, так как они постоянно находятся в полусогнутом положении и разогнуть их невозможно;

2. нарушение речи и ее полное отсутствие;

3. психические расстройства и раздражительность;

4. постоянные головные боли;

5. расстройства координации движений;

6. невозможность самостоятельно ходить и даже сидеть;

7. нарушения зрения вплоть до полной слепоты;

8. перекошенность лица;

9. вегетативное состояние – отсутствие любых признаков мозговой деятельности (сознания, памяти, речи, движений) при сохраненном дыхании и сердцебиении.

Лечение инсульта геморрагического типа:

Пациентов с геморрагическим инсультом госпитализируют в отделение реанимации и интенсивной терапии. Лечение начинается с проведения мероприятий, направленных на поддержание жизненно важных функций и профилактику развития осложнений. К ним относятся:

1. адекватная оксигенация (подача увлажненного кислорода через маску или носовые катетеры, при необходимости перевод на искусственную вентиляцию легких);
2. стабилизация артериального давления (недопустимо как значительное повышение, так и резкое снижение артериального давления);
3. мероприятия, направленные на уменьшение отека головного мозга и снижение внутричерепного давления;
4. профилактика и терапия инфекционных осложнений;
5. постоянное медицинское наблюдение за пациентом, так как возможно внезапное и быстрое ухудшение его состояния.

Медикаментозное лечение геморрагического инсульта подбирается неврологом и реаниматологом. Для прекращения дальнейшего кровоизлияния в ткани головного мозга пациенту назначают препараты, уменьшающие проницаемость сосудистых стенок, и гемостатики.

Хирургическое лечение геморрагического инсульта показано при диаметре внутричерепной гематомы свыше 3 см. При глубоких внутричерепных гематомах раннее вмешательство не оправдано, так как оно сопровождается углублением неврологического дефицита и высокой послеоперационной летальностью.

Ишемический инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, следствие дефицита кровоснабжения, сопровождаемое омертвением участка мозга. Другое название ишемического инсульта – «инфаркт мозга» также отражает суть патогенеза в головном мозге.

Особенности развития инсульта ишемического типа:

1. Медленное развитие болезни характерно для пожилых лиц с выраженным склерозом. У них симптомы то появляются, то исчезают в течение недели.
2. Внезапное развитие характерно для лиц молодого возраста за счет эмболии сосудов. Симптомы появляются на фоне физической нагрузки, сильного кашля, при проведении операций на легких, во время кессонных подводных работ.

Правополушарное повреждение вызывает:

1. утрату болевой чувствительности с левой стороны тела — она может пропадать и во всем теле, но чаще граница проходит по линии кончик носа — пупок;
2. парезы конечностей в стороне противоположной очагу поражения;
3. расстройство речи;
4. утрату языковой памяти;
5. вялость и подавленность, осторожность, медлительность.
6. Симптомы левополушарного инсульта:
7. обездвиживание правой стороны тела;
8. дезориентация в пространстве;
9. суетливость, импульсивное поведение;
10. дефицит двигательной памяти.

В обоих случаях пациент может терять сознание, дыхание становится неритмичным, с большими перерывами между вдохом и выдохом. У некоторых больных наблюдается колебательное движение глазных яблок (нистагм).

Из всех случаев ишемических инсультов 80 % происходят в каротидном отделе. При этом последствия и прогноз у них лучше, чем у инсультов в вертебробазилярном бассейне.

Осложнения при остром нарушении мозгового кровообращения ишемического типа:

У больного с массивными поражениями головного мозга осложнения ишемического инсульта могут быть достаточно серьезными и подстерегать уже с первых дней, когда он не может даже ложку держать, а иной раз и не понимает, зачем это вообще нужно.

Грозным последствием горизонтального положения больного человека является застойная пневмония, то есть, воспаление легких, возникшее вследствие плохой вентиляции легких во второй половине первого месяца болезни.

Довольно серьезными осложнениями острого периода ишемического инсульта являются тромбоэмболия легочной артерии.

Уход за лежачими больными предусматривает разумное расположение предметов в помещении. Обстановка должна быть удобной. Рядом с кроватью ставим: переносной туалет; тумбочку, стул, столик; в доступе должны быть негазированная вода, колокольчик, пульт от ТВ, книги и очки лежачего больного; торшер/бра, до которых легко дотянуться; градусник, прибор для измерения давления, ватные тампоны, расческа; рекомендуем обзавестись радионяней – это отличный помощник, что упростит уход за лежачими больными на дому; если у изголовья нет розетки, организуйте переноску: лежачие мужчины пользуются электробритвой. Также больные часто слушают радио, заряжают телефоны, включают-выключают свет.

Это общие рекомендации от тех, кто имеет годы опыта ухода за лежачими больными дома.

Одной из важнейших задач правильного ухода за пациентом, перенесшим инсульт, является профилактика развития неврологических и соматических осложнений.

Задачи, стоящие перед лицами, ухаживающими за пациентом с инсультом

1. Создание в комнате, где будет находиться пациент, определенных условий. Приобретение расходных материалов, необходимых для качественного ухода и выполнения гигиенических процедур.

2. Родственникам пациента рекомендуется пройти обучение в школе инсульта при поликлинике по месту жительства, а также получить инструктаж у соответствующих специалистов по особенностям выполнения лечебной физкультуры и массажа.

3. Оказание необходимой помощи при выполнении бытовых функций, которые на первых порах пациенту трудно выполнять самостоятельно.

4. Оценка физического и психологического состояния пациента в процессе наблюдения за ним, а при необходимости и своевременное информирование врача.

5. Оценка функции глотания и выделительных функций (мочеиспускание, дефекация).

6. Проведение профилактических мероприятий по предупреждению целого ряда осложнений, довольно часто формирующихся у пожилых пациентов, перенесших инсульт, и возникающих от длительного обездвиживания.

7. Предоставление физической и психологической поддержки пациенту на протяжении всего периода реабилитации и восстановления утраченных функций.

Гигиенические процедуры (проводят ежедневно утром и вечером): гигиена глаз; гигиена полости носа; гигиена уха; гигиена полости рта; уход за кожей лица и шеи; мытье рук и ног, периодическая стрижка ногтей на руках и ногах; гигиена тела.

Профилактика контрактур

Кроме правильного позиционирования пациента и смены положения в постели, уменьшить развитие контрактур можно следующим образом:

1. поддерживать комфортную температуру в помещении (22°C);
2. выполнять несколько раз в день медленные пассивные движения во всех суставах парализованных конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных;
3. для отдыха располагать конечности в положении, растягивающем мышцы и разгибающем суставы (правильное позиционирование);
4. выбирать положения, при которых пораженная сторона (парализованные конечности) имела бы опору;
5. не поднимать больную руку, удерживая ее только за кисть, ни самостоятельно больному, ни с посторонней помощью;

6. избегать движений, напрягающих спину больного или усиливающих боль в спине;
7. уменьшить мышечную боль можно согреванием (грелка, бутылка с горячей водой, завернутая в полотенце), при этом необходимо следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне поражения.

С целью профилактики тромбоза необходимо как можно раньше активизировать пациента в виде пассивной и активной гимнастики, увеличивающей объем движений в ногах (голеностопный, коленный и тазобедренный суставы).

Основные принципы правильного кормления

1. Необходимо подбирать оптимальную позу для наиболее эффективного и безопасного глотания: только сидя с опорой под спину, умеренный наклон головы вперед, поворот в здоровую сторону во время проглатывания.

2. Следует соблюдать принципы пищевого рациона: пища должна выглядеть аппетитно, быть теплой (комнатной температуры), лучше предлагать твердую и жидкую пищу в разное время (тогда пациент не будет поперхиваться), полужесткую пищу больные переносят лучше всего (запеканки, густой йогурт, протертые овощи и фрукты, жидковатые каши).

3. Необходимо тщательно выбирать консистенцию пищи: мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре, консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа. Жидкая пища и жидкости, используемые в процессе кормления, могут вызвать аспирацию.

4. Следует исключить из рациона продукты, часто вызывающие аспирацию (хлеб, печенье, орехи). Для профилактики аспирации частиц пищи во время еды необходимо поддерживать хорошую гигиену ротовой полости и регулярно очищать ее от скоплений пищи и слюны.

5. При кормлении пищу закладывают с непораженной стороны (пищу кладут в ту сторону рта, которая не парализована) небольшими порциями.

6. Контролируют использование зубных протезов и их гигиеническую обработку.

7. Проводят тщательную ревизию полости рта после окончания каждого кормления. При наличии у пациента слюнотечения из парализованной половины рта необходимо следить за тем, чтобы лицо было чистым и сухим, при этом можно смазывать кожу возле рта защитным кремом.

8. Желательно, чтобы после кормления пациент оставался в вертикальном положении в течение 45-60 мин.

9. Перед кормлением через зонд (нарушено глотание) необходимо придать больному возвышенное положение (угол наклона равен 30°, приподнята не только голова, но и плечи) или усадить.

10. Энергетическую потребность зондового питания врач определяет индивидуально: для поддержания массы тела — 30-35 ккал/кг; для восстановления массы тела — 35-40 ккал/кг; потребность в белках — 0,8-1,0 г/кг в сутки.

11. Суточная потребность в жидкости — 30 мл/кг массы тела + 10 % при повышении температуры тела на каждый градус выше 37 °С

В качестве постинсультной реабилитации очень эффективен массаж, который выполняет приходящий на дом соответствующий специалист. Самостоятельное выполнение родственниками массажа парализованных конечностей может привести к нежелательным последствиям.

Очень важной мерой оценки состояния пациента в динамике является ведение дневника наблюдения. Родственник или сиделка, ухаживающие за пациентом с инсультом, ежедневно вносят в дневник наблюдения следующие данные: температуру тела; артериальное давление, измеренное на двух руках, пульс и частоту дыхания в минуту; частоту мочеиспускания и стула за сутки; наличие и локализацию пролежней. Эта информация позволит лечащему врачу, наблюдающему пациента на дому, более целенаправленно подойти к определению лечебной тактики.

Заключение

Слово «инсульт» звучит в нашей жизни достаточно часто. Однако, когда такой диагноз ставят близкому человеку, многие испытывают серьезный стресс и не знают, что с этим делать.

В стационаре пациент проводит 2-3 недели. После того, как миновала угроза жизни, его выписывают домой для восстановления, под наблюдение родственников.

Если один из членов семьи перенес инсульт, его родным предстоит отвечать за его реабилитацию, при этом также ежедневно решать огромное количество рутинных задач. При этом мы перечислили далеко не все потребности больного человека: остается и уборка в помещении, и индивидуальное приготовление пищи, и восстановление когнитивных функций (память, логическое мышление).

Обучение родственников такого пациента правилам ухода и реабилитации выполняет медицинская сестра.

Правильные установки для родственников пациента после инсульта

1. Необходимо соблюдать все предписания врачей.
2. Нужно качественно ухаживать за лежачим больным после инсульта.
3. Требуется организовать пространство дома так, чтобы у пациента было свое отдельное место, а всем домочадцам было комфортно.
4. Постоянно изучать информацию о болезни.
5. Активно заниматься реабилитацией.
6. Не ставить крест на своей жизни, заниматься своими делами, иметь позитивный настрой.

К сожалению, после инсульта коренным образом меняется не только жизнь больного человека, но и всех членов семьи. В этой ситуации вся семья должна стремиться сохранить качество жизни. Это очень важно, ведь никто не знает, сколько близкий человек будет находиться в таком состоянии, а жизнь продолжается, и она должна быть качественной.

Литература

1. Суслина З.А., Сосудистые заболевания головного мозга. Эпидемиология. Основы профилактики. Практическое пособие. / З.А. Суслина, Ю.Я.Варакин., Н.В. Верещагин. - М.: 2017-89 с.
2. Данилов В.И., Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации / В.И Данилов, Д.Р. Хасанова, Н.В. Агафонова - М.,: 2017.- 43с.
3. Кадыков А.С., Реабилитация неврологических больных / А.С Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова -3-е изд. - М.: 2018. - 71с.
4. Давлицарова К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие /К.Е. Давлицарова - М.: Форум: Инфа-М, 2018 с.
5. Верещагин Н.В., Инсульт: состояние проблемы. В сб.: Труды Всероссийского общества неврологов России «Неотложные состояния в неврологии» / Н.В. Верещагин, М.А. Пирадов 2018-12с.

А. В. Логинова
Научный руководитель: преподаватель М. П. Гвоздецкая
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Кузбасский медицинский колледж»
г. Кемерово

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ КАК СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ

Актуальность изучения репродуктивного здоровья девушек и юношей, как будущих родителей, объясняется его ухудшением в последние годы. По данным современной литературы, причинами возникшей ситуации являются раннее начало половой жизни, частая смена половых партнёров, рост инфекций, передающихся половым путём, и аборт у девушек-подростков, а также недостаточные знания самих подростков, их родителей и школьных учителей о профилактике нарушений репродуктивной функции [1]. Отечественные авторы полагают, что формирование ответственного отношения к здоровью и здоровому образу жизни возможно через санитарное просвещение как одного из главных принципов отечественного здравоохранения.

Целью настоящего исследования является разработка и проведение мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного здоровья студентов. Для достижения поставленной цели решались задачи по изучению состояния репродуктивного здоровья, репродуктивного поведения и репродуктивных установок девушек и юношей медицинского колледжа.

Методы исследования: Анализ литературы по исследуемой проблеме, анкетирование, анализ гинекологической заболеваемости по данным медицинского осмотра, статистический метод обработки полученной информации. В исследовании приняли участие 20 девушек в возрасте от 16 до 19 лет и 15 юношей.

При исследовании установлено, что ведущей патологией репродуктивной системы у девушек являлись воспалительные заболевания органов малого таза (48%), вагиниты диагностированы у каждой четвёртой студентки, нарушения менструальной функции отмечались у 20%. Среди расстройств менструальной функции первое место занимала дисменорея (30%).

Сексуальный дебют сопряжен у подростков со многими проблемами, обусловленными социальной незрелостью — отсутствием ответственности за свое поведение и осознанного отношения к здоровью, которое может привести к его ухудшению [2]. Около половины респондентов уже имели сексуальные отношения, средний возраст начала которых составил 18 лет. Мотивами ранней половой жизни для 50% явились влюблённость, на интерес к противоположному полу и любопытство указали соответственно 20% и 20%, на вступление в брак – 10%.

Нерегулярно применяют контрацепцию как юноши, так и девушки. Среди методов контрацепции наиболее популярны презервативы (60%). Оральные контрацептивы используют только 10% из опрошенных из-за боязни их неблагоприятных последствий для здоровья или высокой цены.

Среди источников получения информации в области сохранения репродуктивного здоровья лидируют друзья и СМИ, от медицинских работников и родителей знания получали только 30%.

Репродуктивные установки современных девушек-студенток и юношей не позволяют обеспечить простой способ воспроизводства населения. Почти 50% желают родить только одного ребёнка, на большее число детей указали студенты из многодетных семей. Более 30% студентов не смогли правильно перечислить названия инфекций, передающихся половым путём, и указать меры по их профилактике.

Таким образом, большинство студентов медицинского колледжа имеют ранний возраст начала половой жизни, невысокие репродуктивные установки, нерегулярно используют контрацепцию и имеют недостаточные знания о ней. Необходима активная санитарно-просветительная работа, направленная на расширение информационного пространства юношей и девушек в области сохранения репродуктивного здоровья.

Такая работа проводится в нашем колледже ежегодно в рамках традиционной Недели охраны репродуктивного здоровья в сентябре и месячника здоровья в апреле студентами выпускной акушерской группы нашего колледжа. Акции «Новое поколение против абортов» и видеолектории «Нерождённые хотят жить» поднимают проблему аборта, решение которой видят в проведении уроков репродуктивного здоровья на тему «Когда приходит любовь» с информацией о методах контрацепции и профилактике инфекций, передающихся преимущественно половым путём. КВНы «Лучший знаток современной контрацепции» позволяют расширить знания студентов о контрацепции как альтернативе аборту, повышают их творческую активность и вызывают интерес.

Мероприятия, посвящённые проблеме аборта в России и Кузбассе, мы проводим совместно с представителями Православной церкви, принимая участие в областном Православном молодёжном форуме по сбережению семейных ценностей.

Мы полагаем, что санитарное просвещение, активно проводимое в процессе обучения в образовательной организации, мотивирует как самих участников, так и слушателей на позитивное материнство и ответственное родительство и является реальным путём к сохранению репродуктивного потенциала студентов.

Литература

Аккузина, О.П. Установки подростков по отношению к началу половой жизни [Текст] // Аккузина О.П. // Вопросы психологии.- 2011. - № 1. – С. 21-23.

1. Соловцова, Е.А. Представления подростков о половой жизни [Текст] //Соловцова Е.А. // Народное образование. - 2012.- № 4. – С. 10-13.

Н.С. Михалева
Научный руководитель: преподаватель Т.П.Солончук
КГБПОУ «Красноярский базовый медицинский колледж им.В.М.Крутовского»
г. Красноярск

МЕДИКО – САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА ПРИМЕРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Серьезной медицинской и социальной проблемой настоящего времени является изменение демографической ситуации во многих странах мира, в том числе и в России – перераспределение возрастной структуры населения за счет относительного увеличения продолжительности жизни и сохраняющейся высокой смертности трудоспособного населения.

По планам федерального проекта «Старшее поколение» Национального проекта «Демография» предполагается, что к 2024 году продолжительность активного долголетия повысится до 67 лет, а средняя продолжительность жизни - до 75 лет. Сейчас красноярцы в среднем доживают до 70 лет.

По данным пресс-службы Красноярскстата на 2020 год численность населения края в возрасте старше 60 лет составила 560,4 тысяч человек.

Складывающаяся демографическая ситуация ставит новые цели и задачи перед государством и обществом, направленных не только на обеспечение основных потребностей граждан старшего поколения для поддержания условий жизнедеятельности, но для активного участия среднего медицинского персонала в организации и проведения медико-санитарного просвещения среди лиц пожилого и старческого возраста. (Программа Красноярского края, направленная на укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни граждан старшего поколения, на 2019-2024 годы).

В числе приоритетных задач поставленных Президентом и Правительством РФ перед регионами (перечень поручений Президента РФ Путина В.В. от 9 сентября 2014 года N Пр-2159, распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 года N 164-р, указ Президента РФ от 7 мая 2018 года N 204-УП "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года") объявлено обеспечение универсального и равного доступа к медико-санитарной помощи граждан старшего поколения, формирование условий для профессиональной подготовки лиц, занимающихся уходом, и работников системы здравоохранения, формирование условий для улучшения качества жизни пожилых лиц с инвалидностью, обеспечение гарантированности дохода, социального обеспечения и социальной защиты.

Федеральным проектом «Старшее поколение» предусмотрено формирование сети гериатрических центров и геронтологических отделений, которые должны появиться во всех регионах страны. Поэтому особое внимание уделяется переобучению и переквалификации медицинских работников, в том числе и младшего медицинского персонала, нацеленных на работу с пожилыми, создаются дополнительные гериатрические места в лечебных учреждениях. Уже к 2024 году диспансеризацией должны быть охвачены около 70 % населения старше 65 лет.

Отдельный проект национального проекта «Здравоохранение» – «Медицинские кадры России» направлен на уменьшение, фактически ликвидацию дефицита и врачей, и среднего персонала в первичном звене. Разработаны специальные механизмы для этого – и по трудоустройству выпускников медицинских вузов и колледжей с увеличением целевого набора, эффективность которого в 2018 году превысила уже 90%.

Принципиальным отличием в проведении медико-санитарного просвещения при работе с гериатрическими пациентами является ориентация на психофизиологическое состояние пациента в целом.

Медицинская сестра гериатрического профиля должна обладать широким диапазоном знаний в области биологии старения человека, знать особенности организации ухода за больными пожилого возраста, быть знакомой с его психологией, знать его место в социальной среде.

Согласно ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" приоритет профилактики в сфере охраны здоровья является одним из основных принципов охраны здоровья.

В структуре заболеваемости и смертности людей пожилого и старческого возраста значительное место занимают болезни органов пищеварения. Хронические заболевания кишечника – неинфекционный энтерит и колит – составляют треть заболеваемости и распространенности патологии органов пищеварения. Проблема их профилактики и лечения у гериатрических пациентов на сегодняшний день весьма актуальна. Поэтому возрастает роль сестринского персонала в санитарном просвещении населения по таким его важнейшим направлениям, как формирование здорового образа жизни и профилактика данных заболеваний.

Объектом данного исследования явились профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта у лиц пожилого и старческого возраста.

Предмет исследования - роль медицинской сестры в профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель исследования: подчеркнуть роль санитарного просвещения в профилактике заболеваний ЖКТ, на примере хронического колита, у лиц пожилого и старческого возраста, что является неотъемлемой частью профессиональной компетентности медицинского работника среднего звена.

Сформулирована следующая гипотеза - если медицинская сестра будет проводить медико-санитарное просвещение через распространение актуальной, качественной, доступной информации среди пациентов пожилого и старческого возраста, а также их родственников об особенностях здорового образа жизни и профилактике заболеваний кишечника, это окажет положительное влияние на качество жизни, активность, общее самочувствие пациентов, тогда и продление жизни данной категории людей будет успешным.

Определены следующие задачи:

- изучить теоретический материал по данной теме, проанализировать литературные источники;
- изучить и исследовать основные принципы профилактики хронического колита у лиц пожилого и старческого возраста;
- разработать анкету и провести анкетирование среди лиц пожилого и старческого возраста для выявления потребности данной категории населения в дополнительных знаниях, необходимости дополнительной информации о профилактике воспалительных заболеваний кишечника и о ведении здорового образа жизни в целом;
- разработать и распространить рекомендации по профилактике заболеваний ЖКТ для лиц пожилого и старческого возраста.

Методы теоретического исследования:

- анализ медицинской литературы,
- анализ нормативных документов по проблеме исследования.

Методы социологического исследования:

- интервьюирование,
- анкетирование,
- статистический анализ полученных данных.

Теоретическая значимость: результаты данного исследования могут быть использованы медицинскими сестрами и социальными работниками в санитарно-просветительской работе по профилактике хронических заболеваний кишечника среди гериатрических пациентов.

Практическая значимость: проведенное исследование и разработанные рекомендации могут привести к улучшению качества оказания медицинской помощи гериатрическим пациентам с хроническими колитами и профилактике данного заболевания.

В соответствии с поставленными задачами был изучен теоретический материал, исследованы основные принципы профилактики заболеваний ЖКТ у лиц пожилого и старческого возраста и разработаны несколько анкет на различную тематику, непосредственно затрагивающих профилактику хронических заболеваний кишечника среди пациентов пожилого и старческого возраста, а именно:

- оценка удовлетворенности гериатрических пациентов в знаниях о рациональном питании и его влиянии на здоровье;
- оценка знаний гериатрических пациентов о диспансеризации;
- оценка знаний гериатрических пациентов о деятельности врачей-гериатров в нашем городе.

После интервьюирования и анкетирования был проведен статистический анализ полученных результатов и их обработка.

В ходе исследования опрошено 35 человек в возрасте от 60 до 89 лет, 74% из которых женщины, а 26% мужчины; из которых 60% неработающие и 40% работающие пенсионеры.

80% респондентов отметили беспокойство со стороны желудочно-кишечного тракта, это и нарушение стула, и метеоризм, и боли в области живота, однако только 28% из опрошенных ответили, что у них есть хроническое заболевание ЖКТ и ограничения в рационе по рекомендации врача.

Все респонденты согласились с тем, что количество и качество съеденной за день пищи влияет на работу кишечника и общее здоровье в целом.

На основании результатов данного опроса, разработаны рекомендации по питанию для лиц пожилого и старческого возраста, включающие общие принципы и режим питания; профилактике запоров у лиц пожилого и старческого возраста.

С 2013 года в нашей стране введена программа всеобщей диспансеризации населения. Начиная с 40 лет и старше — ежегодно (приказ МЗ РФ от 13 марта 2019 года № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»).

Хочется отметить, что большинство опрошенных отлично осведомлены о том, что такое диспансеризация, о ее целях и об исследованиях на каждом этапе. И среди тех, кто проходил профилактические мероприятия в последние 1-3 года, наибольшее число готовы и дальше участвовать в такой профилактике – более 80%. Люди с благодарностью рассказывали о том, что им приходят смс-оповещения или поступают звонки на домашний телефон с напоминанием пройти диспансеризацию, им это очень приятно. На основе данной темы анкеты, составлен перечень медицинских организаций различных форм собственности, утвержденный Краевым приказом № 728-орг. от 05.06.2019, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае и участвующих в проведении диспансеризации и профилактического медицинского осмотра взрослого населения и порядок проведения. В перечне указаны адреса, номера телефонов, график работы.

Из всех респондентов, только 5 человек знали, кто такой гериатр и кто является пациентом врача-гериатра. По результатам опроса была проведена индивидуальная беседа. Данная тема является актуальной и существует необходимость разработки материалов для проведения просветительской работы среди населения.

Задачи, поставленные в начале работы, выполнены, цель исследования достигнута и можно сказать, что санитарное просвещение играет важную роль в профилактике заболеваний ЖКТ, в частности хронического колита, у лиц пожилого и старческого возраста. От организации, творческого подхода, реализации намеченных планов и задач, чуткого и внимательного отношения медицинского персонала к пациентам пожилого и старческого возраста прямо зависит результативность профилактических мероприятий.

Литература

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон N 323: [принят Государственной думой 22 ноября 20011 года]. – Доступ из справ.-правовой системы КонсультантПлюс. – Текст: электронный.

2. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: приказ Министерства Здравоохранения РФ № 124н от 13 марта 2019 года. - Доступ из справ.-правовой системы Гарант. . – Текст: электронный.

3. О профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации взрослого населения Красноярского края в 2019 году: приказ Министерства Здравоохранения Красноярского края № 728-орг от 05.06.2019. - Текст электронный // Министерство Здравоохранения Красноярского края : официальный сайт. 2021. – URL : https://kraszdrav.ru/assets/documents/728_org17.06.2019%2014:30.pdf (дата обращения 05.04.2021).

4. Паспорт Федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография». – Текст электронный // Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации : официальный сайт. 2021. – URL : <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography/3> (дата обращения 05.04.2021).

5. Алексеенко, С.Н. Профилактика заболеваний: учебное пособие для студентов высших учебных заведений/ С.Н. Алексеенко, Е.В. Дробот. – М.: Изд. дом Акад. естествознания, 2017. - 449 с.

6. Амлаева, К.Р. Общие и частные вопросы медицинской профилактики [Электронный ресурс] / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой - М. : Гэотар-Медиа, 2018. - 512 с.

7. Основы медицинской профилактики: учебно-методическое пособие / редакционный совет: Воевода М.И. и др.- Новосибирск, 2016.- 204 с.

8. Ткачева, О.Н. Основы гериатрии/ О.Н. Ткачева, О.Д. Остроумова, Ю.В. Котовский. – М. : Гэотар-Медиа, 2020. - 208 с.

А.В.Денисюк, П.С.Кравцов

Научный руководитель: преподаватель Т.П.Путимцева

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Красноярский базовый медицинский колледж им.В.М.Крутовского»
г. Красноярск

УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ КБМК ИМ.В.М.КРУТОВСКОГО В МЕДИКО-САНИТАРНОМ ПРОСВЕЩЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ

«Будущее принадлежит медицине предупредительной»
Н.И. Пирогов

Санитарное просвещение – это система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на распространение среди населения знаний и навыков, необходимых для охраны и укрепления здоровья, предупреждения болезней, сохранения активного долголетия, высокой работоспособности, воспитания здоровой смены.

Корни профилактики уходят в глубокую древность. Вопросы предупреждения болезней на основе соблюдения правил личной гигиены и рационального питания занимали важное место уже в медицине Древнего мира. Однако разработка научных основ профилактики началась лишь в XIX в. Становлению научной профилактики в значительной степени способствовали изучение роли окружающей среды в возникновении и распространении заболеваний, достижения микробиологии, физиологии и гигиены. Передовые врачи и деятели медицинской науки России видели будущее медицины в развитии общественной профилактики в неразрывном единстве лечебной и профилактической медицины.

Ведущим направлением санитарного просвещения является пропаганда здорового образа жизни, которая охватывает все разделы гигиены:

- личную,
- общественную,
- жилища,
- питания,
- воспитания,
- труда в промышленности, сельском хозяйстве, строительстве,

- умственного труда,
- борьбу с травматизмом,
- профессиональными болезнями.

Другое важное направление санитарного просвещения – пропаганда мероприятий по профилактике болезней и борьбе с ними.

Прежде всего, профилактика сердечно-сосудистых (атеросклероз, гипертоническая и ишемическая болезни и др.) и онкологических заболеваний, особенно предраковых состояний. В числе непереносимых остаются противовенерическая, противотуберкулезная пропаганда, профилактика простудных заболеваний.

Задача санитарно-просветительной работы – учить людей, как сохранить здоровье, как предупредить болезнь. Не рекомендуется сообщать населению подробности о клинической картине, о течении болезни, об объективной симптоматике, тем более о применении лекарств. Информировать целесообразно лишь о первых субъективных признаках начинающейся болезни, способствуя тем самым своевременному обращению за медицинской помощью.

Каждый врач и средний медицинский работник в соответствии с приказом Министерства здравоохранения обязан проводить не менее 4 ч в месяц санитарно-просветительную работу среди населения.

Различают:

- устный,
- печатный,
- наглядный (изобразительный) методы санитарного просвещения.

К устному методу относятся:

- лекции,
- беседы,
- доклады,
- вечера вопросов и ответов,
- курсовые занятия,
- выступления по радио.

Подобные средства обеспечивают непосредственный контакт выступающего со слушателями – важнейшее преимущество живого слова пропагандиста.

Наиболее широко используемое средство устной пропаганды – лекция. Лекции по охране здоровья обычно читают врачи. Однако это не исключает возможности привлечения к этой деятельности и наиболее подготовленных фельдшеров и акушеров ФАП. Читаются лекции и ведутся беседы в сочетании с другими средствами санитарного просвещения (организация выставок на соответствующую тему, использование мультимедийных презентаций, распространение санитарно-просветительной литературы).

Беседой можно назвать 10-15-минутное выступление медицинского работника в актовом зале, жилом доме, в школах, ФАПах. За основу беседы берут материал организационного, практического характера, построенный на конкретных фактах, примерах. Задача таких выступлений – рассказать, что и как надо делать для предупреждения болезни. Этот метод применим для занятия в кружках, на занятиях в Школах здоровья» и предусматривает распространение медицинских знаний, систематическое гигиеническое воспитание населения.

Средства печатной пропаганды чрезвычайно разнообразны: лозунг, листовка, памятка, брошюра, санбюллетень. Изобразительный метод санитарного просвещения предполагает использование фотографий, рисунков, плакатов, муляжей.

Санитарно-просветительная работа может быть активной и пассивной. К активным формам относятся беседы, выступления, лекции, доклады, т. е. непосредственное общение медицинских работников с населением. Пассивные формы – это издание научно-популярной литературы, статей, листовок, памяток, плакатов, санитарных бюллетеней, проведение выставок, показ кинофильмов и др. Активные и пассивные формы тесно

связаны друг с другом. Преимуществами активных форм работы являются непосредственная взаимосвязь и взаимодействие агитаторов и населения, обеспечивающие наибольший эффект воздействия на аудиторию. В свою очередь пассивные формы не требуют присутствия медицинского работника, воздействуют длительное время на неограниченную аудиторию. Недостаток-отсутствие обратной связи между агитаторами и слушателями. Однако повышение качества работы позволяет усилить эффект пассивных методов санитарного просвещения. По широте воздействия на аудиторию: массовой, коллективной, индивидуальной.

В организации своей санитарно-просветительской работы фельдшер наряду с традиционными методами обучения населения по вопросам профилактики, такими как:

- 1) собеседование;
- 2) групповые дискуссии;
- 3) лекции;
- 4) тематические вечера;
- 5) вечера вопросов и ответов;
- 6) беседы за круглым столом;
- 7) устные журналы;
- 8) школы здоровья;
- 9) публикации в прессе;
- 10) конференции.

Широко использует и методы наглядной агитации:

- 1) стенгазеты;
- 2) санбюллетени;
- 3) выставки и уголки здоровья;
- 4) книжные выставки.

Азы санитарно-просветительской работы студенты колледжа начинают постигать на первых курсах обучения: дисциплинах гигиена, информатика, клинических дисциплинах. На третьем курсе студенты получают знания по ПМ 02. Лечебная деятельность. МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля. Лечение пациентов онкологического профиля. Этапность оказания онкологической помощи в Красноярском крае представляет собой трехуровневую систему, которая полностью соответствует общероссийской практике. Первый уровень – это первичная помощь: фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории – основное звено сельского здравоохранения, где проводятся диагностика и диспансерное ведение онкологических больных. На первом этапе должен быть реализован принцип тотальной онконастороженности, который ведет к увеличению количества пациентов, направленных в диспансер с онкоподозрениями, и росту удельного веса больных, выявляемых активно, в том числе на ранних стадиях. Для медицинских работников первичного звена разработаны методические рекомендации по организации и медицинскому осмотру лиц, входящих в группу риска развития злокачественных новообразований, где прописано, с какой периодичностью и что необходимо делать для более эффективного выявления пациентов. В процессе учебных занятий студенты знакомятся с формами и методами профилактической санитарно-просветительской работы среди населения по вопросам онкопатологии. Внеаудиторная самостоятельная работа студентов - это выполнение различных форм наглядной агитации по профилактике онкологических заболеваний. При подготовке организации своей санитарно-просветительской работы наряду с традиционными методами обучения населения по вопросам охраны здоровья, такими как: собеседование; групповые дискуссии; лекции; вечера вопросов и ответов; беседы за круглым столом; школы здоровья; проекты «Равный обучает равного», конференции студенты учатся использовать и методы наглядной агитации: стенгазеты; брошюры, листовки, буклеты, санбюллетени; выставки и уголки здоровья.

Все студенты нашего курса выполняют санитарно – просветительную работу с населениемиспользуя различные методики (таб.1).

Таблица 1 - Формы и методы санитарно-просветительной работы

№	Формы и методы	Тема
1	Буклет, листовка, санбюллетень, лекция	Профилактика рака молочной железы
2	Буклет, листовка, брошюра, лекция, беседа	Профилактика рака предстательной железы
3	Буклет, презентация, групповые дискуссии	Профилактика колоректального рака
4	Буклет, презентации, брошюра, беседа	Профилактика меланомы
5	Буклет, презентации, брошюра	Профилактика рака желудка
6	Презентация, листовка групповые дискуссии; санбюллетень	Профилактика рака шейки матки
7	Презентация, листовка групповые дискуссии, санбюллетень, вечера вопросов и ответов	Борьба с табакокурением – как фактором риска развития злокачественных новообразований
8	Презентация, листовка групповые дискуссии; санбюллетень	Профилактика рака лёгкого
9	Презентация, брошюра групповые дискуссии; санбюллетень	Рациональное питание – как фактор защиты от развития злокачественных новообразований ЖКТ
10	Проект «Равный обучает равного»	Профилактика рака кожи

Гигиеническое воспитание населения и пропаганда здорового образа жизни должны способствовать ранней обращаемости за медицинской помощью, снижению онкологической смертности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, привлечению населения на профилактические осмотры, повышению уровня санитарной культуры населения, оздоровлению условий труда и быта, активизации творческой самодеятельности людей в вопросах сохранения и укрепления здоровья, повышению работоспособности и творческого долголетия.

Литература

1. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 № 204. – Текст : электронный // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: [http:// http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038](http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201805070038) (дата обращения: 05.04.2021).
2. Вялков А. И. Персонализированная профилактика в первичном звене здравоохранения: функциональная модель, инновационные технологии / А. И. Вялков, И. А. Гундаров, В. А. Полесский. – Текст непосредственный // ГлавВрач. – 2017. – № 3. – С. 17-34.
3. КомаровЮ. М. Мониторинг и первичная медико-санитарная помощь / Ю. М. Комаров. – Москва: Литгерра, 2017. – 320 с.
4. Трепалина, Е. Р. Современные требования к организации работы фельдшеров на ФАПх / Е. Р. Трепалина // Сестринское дело. –2018. – № 1. – С. 38-38.

Е. Г. Доронина
Научный руководитель: преподаватель З. Б. Гавриленко
Краевое государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»
г. Красноярск

ИНФОРМИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ –ИНФЕКЦИЕЙ

ВИЧ-инфекция вызывается вирусом иммунодефицита человека, характеризуется синдромом приобретенного иммунодефицита, способствующего возникновению вторичных инфекций и злокачественных образований в связи с глубоким угнетением защитных свойств организма. ВИЧ-инфекция имеет многообразные варианты течения. Основным способом диагностики ВИЧ-инфекции остается выявление специфических противовирусных антител, а также вирусной РНК [1].

Существует три основных пути передачи вируса: половой, парентеральный и вертикальный. Так же необходимы условия для заражения: 1) попадание вируса в кровь здорового человека; 2) его количество должно быть достаточным для заражения.

Одним из основных аспектов профилактики ВИЧ–инфекции является пропаганда здорового образа жизни. Основа здорового образа жизни - ежедневная физическая активность, рациональное питание, закаливание организма, полноценный отдых, профилактика вредных привычек и стрессов, соблюдение гигиенических мер.

Второе направление профилактической работы - это информирование молодых людей о главном принципе эффективной профилактики ВИЧ-инфекции, который заключается в прерывании путей передачи вируса, т.е. отсутствие в поведении ситуаций, связанных с риском инфицирования ВИЧ [3].

ВИЧ передается только в тех случаях, когда содержащие вирус жидкости тела (кровь, семенная жидкость, вагинальный секрет) проникают в организм здорового человека. Очень часто это происходит при сексуальном контакте, необходимо использовать барьерный метод защиты – презерватив.

Путь передачи ВИЧ через кровь в настоящее время реализуется в среде наркопотребителей, которые при групповом использовании внутривенных наркотиков применяют один общий шприц, иглу, емкость для забора наркотиков и фильтр. Поэтому, если человек воздерживается от потребления наркотиков, значит от этого пути передачи ВИЧ он защищён. Заражение ВИЧ возможно при следующих манипуляциях: при проколе ушей, нанесении татуировок, при пользовании чужими опасными бритвами. Важным моментом предупреждения инфицирования в данном случае, является использование одноразового инструментария или качественная его обработка, которая предотвращает возможность заражения вирусом [2].

Профилактика ещё одного пути передачи ВИЧ – от матери к ребёнку сводится к мероприятиям, направленным на уменьшение факторов, которые повышают риск передачи вируса от инфицированной матери к ребёнку во время беременности, родов и вскармливания грудью. Прежде всего, это противовирусное лечение беременной женщины, максимальное сокращение продолжительности родов, назначение противовирусного лечения новорожденному, искусственное вскармливание младенца [3].

Проблема роста количества ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом является актуальной. В настоящее время ВИЧ инфекция проникла во все слои населения, включая благополучные, не причисленные к «группам риска». Отмечается безразличие со стороны молодежи к данной проблеме.

С целью повышения уровня знаний о ВИЧ-инфекции и мерах ее профилактики реализован проект по информированию учащихся старших классов о профилактике

заражения ВИЧ-инфекцией. Целевая группа: учащиеся 10 – 11 классов МАОУ СШ № 137 г. Красноярска – 46 человек.

Составлена анкета для отбора респондентов среди учащихся, включающая вопросы о заинтересованности темой ВИЧ-инфекции, мерах ее профилактики и желании получить дополнительные сведения по данной проблеме. На рис. 1 представлено, что 88% анкетированных заинтересовались проблемой и хотели бы получить дополнительную информацию, а 12% не проявили интереса, считая, что достаточно осведомлены.

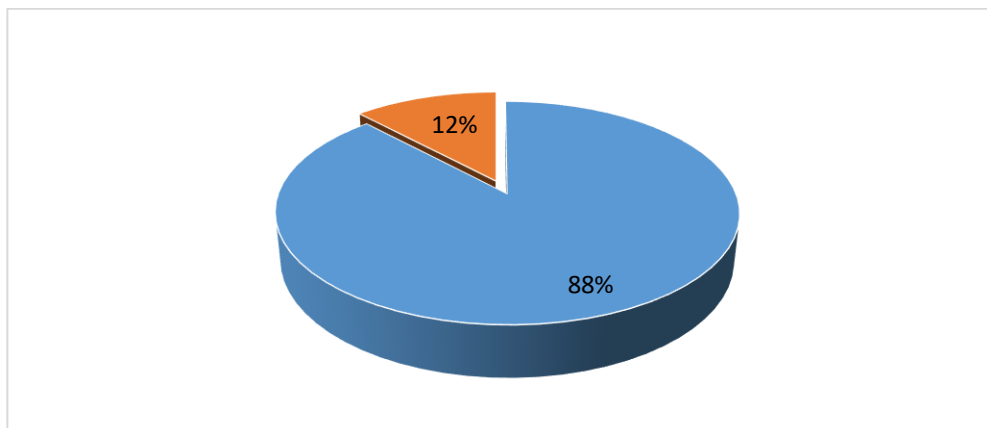


Рисунок 1 – Заинтересованность темой профилактики ВИЧ-инфекции.

На следующем этапе была составлена лекция с презентацией для учащихся, в которой были освещены вопросы о понятии ВИЧ-инфекции, путях передачи, методах диагностики. Основное внимание уделено мерам профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

Среди учащихся, пожелавших получить информацию по ВИЧ-инфекции и мерах профилактики заражения, проведено анкетирование с целью выявления имеющихся у них знаний, включающее в себя вопросы из содержания лекции. Только 30% респондентов правильно ответили на поставленные вопросы, а 70% не владеют информацией.

После информирования учащихся проведено повторное анкетирование с целью выявления полученных знаний по содержанию лекции. На рис. 2 представлено, что 90% респондентов правильно ответили на вопросы.

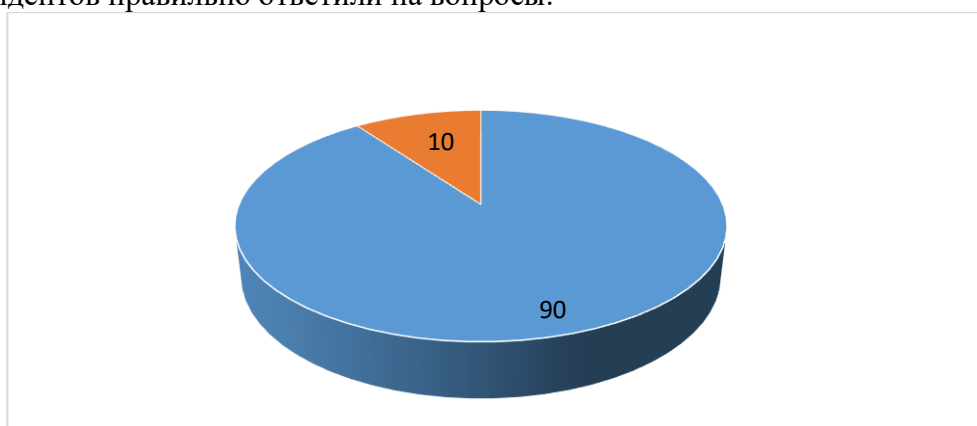


Рисунок 2 – Результаты анкетирования после проведения информирования учащихся

Таким образом, уровень знаний школьников по профилактике ВИЧ-инфекции значительно повысился, что в перспективе будет способствовать снижению риска заражения данной инфекцией.

Памятки о мерах профилактики ВИЧ-инфекции распространены среди учащихся в качестве раздаточного материала.

Литература

1. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. ГЭОТАР – Медиа – Москва, 2017.
2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. — 2013.
3. Симованьян Э.Н., Денисенко В.Б., Бекетова Е.В., Колодяжная М.Н. ВИЧ-инфекция у детей. Феникс – Москва, 2017.

Н.А. Дружинина
Научный руководитель: преподаватель С.Н. Баканова
Краевое государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»
г. Красноярск

АЛЕКСАНДР НЕВСКИЙ ИСТОРИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ НАРОДА

Актуальность - Указом президента РФ 2021 год объявлен годом Александра Невского. Столь значимое событие отражается в нашем докладе через историю жизни и становления великого полководца.

Цель - Анализ истории Александра Невского в развитие страны и его популяризация для развития молодого поколения.

Задачи:

1. Проследить становление и развитие Александра Невского как видного полководца России
2. Проследить его роль в русской православной церкви, рассмотрев его как святого
3. Оформление важности делиться историей Александра Невского через творчество и выступления

Александр Невский 1221 – 1263 - Великий князь, во время правления которого Русь отстояла свою независимость от католического Запада. Как полководец он не проиграл ни одной битвы, как дипломат - заключил мир с наиболее сильным врагом — Золотой Ордой. Отразив нападение с Запада, Александр защитил православие от католической экспансии. Русской Православной Церковью он канонизирован как святой [2].

В 2008 году Александр Невский был выбран «именем России», заняв первое место по результатам голосования россиян.

Он родился в 1220 году, в городе Переяславле-Залесском, и был вторым сыном Ярослава Всеволодовича, в то время переяславского князя. Его мать Феодосия была дочерью знаменитого торопецкого князя Мстислава Мстиславича Удалого.

Очень рано Александр оказался вовлечен в бурные политические события, развернувшиеся вокруг княжения в Великом Новгороде — одном из крупнейших городов средневековой Руси. Именно с Новгородом будет связана большая часть его биографии.

В декабре 1230 года новгородцы пригласили Александра на княжение.

Начало его княжения пришлось на страшную пору в истории Руси - нашествие монголо-татар [5].

До Новгорода полчища Батыя, обрушившегося зимой 1237-1238 годов на Русь, не дошли. Но большая часть Северо-Восточной Руси, ее крупнейшие города — Владимир, Суздаль, Рязань и другие — были разрушены.

Главная угроза в те годы исходила для Новгорода с запада- приходилось сдерживать натиск усиливавшегося Литовского государства.

Битва со шведами на Неве - серьезное испытание для молодого новгородского князя. И Александр с честью выдержал его, проявив качества не только прирожденного полководца,. Именно тогда, и прозвучали его ставшие знаменитыми слова: “Не в силе Бог, но в правде!”

Получив известие о приближении противника, князь Александр действовать своими силами, и выступил в поход с малой дружиной.

Эта победа принесла громкую славу двадцатилетнему князю. Именно в ее честь он и получил почетное прозвище — Невский [1].

Вскоре после победоносного возвращения Александр рассорился с новгородцами. Зимой 1240 года князь вместе с матерью, женой и “своим двором” уехал из Новгорода во Владимир, к отцу, а оттуда — “на княжение” в Переяславль.

В 1241 году Александр Над Новгородом вновь возникла угроза и горожане просят князя вернуться.

5 апреля 1242 года на льду Чудского озера произошла битва, вошедшая в историю как Ледовое побоище.

“И возвратился князь Александр с победою славною, — рассказывает Житие святого, — и было много пленных в войске его, и вели босыми подле коней тех, кто называет себя “Божьими рыцарями”.

Совершив 2 подвига «Два подвига Александра Невского — подвиг брани на Западе и подвиг смирения на Востоке, — писал крупнейший историк Русского Зарубежья Г. В. Вернадский, — имели одну цель: сохранение православия как нравственно-политической силы русского народа. Цель эта была достигнута: возрастание русского православного царства совершилось на почве, уготованной Александром».

Ко времени поездки Александра в Орду относятся его переговоры с папским престолом. Сохранились две буллы папы Иннокентия IV, датированные 1248 годом. В них предлагается русскому князю союз для борьбы против татар — но при условии принятия им церковной унии и перехода под покровительство римского престола [4].

Александр дал уклончивый ответ на предложения папы, рассчитанный на продолжение переговоров.

Александр, очевидно, удалось достичь своих целей в Орде, однако хан Берке задержал его почти на год. Лишь осенью 1263 года, уже больной, Александр вернулся на Русь. В Городце на Волге, уже чувствуя приближение смерти, Александр принял монашеский постриг и 14 ноября скончался. Тело его перевезли во Владимир и 23 ноября похоронили в соборе Рождества Богородицы Владимирского Рождественского монастыря при огромном стечении народа.

Церковное почитание святого князя началось сразу же после его смерти. Много чудес совершались у его мощей.

Официальная же канонизация князя Русской Церковью состоялась в 1547 году, на церковном соборе.

В 1710 году Петр 1 повелел включить в отпусты при богослужении имя святого Александра Невского как молитвенного предстателя за “Невскую страну”. В том же году он лично выбрал место для построения монастыря во имя Святой Троицы и Святого Александра Невского — (будущей Александро-Невской лавры).. сюда же перенесли мощи святого.

Ныне Церковь празднует память святого и благоверного великого князя Александра Невского два раза в году: 23 ноября (6 декабря по новому стилю) и 30 августа (12 сентября).

2021 – год князя Александра Невского, приуроченное к его 800-летию [3].

Этот год многое значит для развития молодого поколения как пример самоотверженности, сильной личности с истинными намерениями на благо мира.

Сегодня молодому поколению зачастую не хватает духовного зрения, которым в полной мере обладал Александр Невский.

И это очень мешает молодым людям разбираться в огромном информационном потоке, «противостоять попыткам злонамеренных сил втянуть нас в безрассудные авантюры, сомнительные и даже опасные предприятия».

Благодаря тому, что 2021 - год Александра Невского, молодые люди получают возможность продемонстрировать себя, узнав историю и характер Великого князя через художественные произведения, создания выставок и выступления на конференциях.

Литература

1. Александр Невский (1220-1263) [Текст] // Русские полководцы / ред. Алмазов Б. А. — СПб., 1999.
2. Беляев Н. Александр Невский [Текст] / Беляев Н. — М. : Воениздат, 1951.
3. Костомаров Н. И. Князь Александр Ярославович Невский [Текст] / Н. И. Костомаров // Костомаров Н. И. Русская история в жизнеописаниях ее главнейших деятелей : в 3 т. / Н. И. Костомаров. — Ростов н/Д, 1997 — Т.
4. Ледовое побоище. Александр Невский [Текст] // Исторический календарь : десять веков российской истории (от князя Владимира до Николая II) / сост. : В. В. Алексеев, В. А. Степанов. — Донецк, 1996.
5. Шишов А. В. Александр Невский [Текст] / А. В. Шишов // Шишов А. В. Сто великих военачальников. — М., 2000.

В.В. Калинова

Научные руководители: преподаватели Гардт Т.В., Машукова В.А.

Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»
г. Красноярск

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОДРОСТКАМИ ПСИХОАКТИВНЫХ И НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Проект предполагает проведение санитарно-просветительской работы по вопросам профилактики употребления подростками психоактивных и наркотических веществ, не владеющих специализированными знаниями в области медицины. Данная работа будет реализована среди учащихся 8-9 классов, посещающих муниципальное казенное общеобразовательное учреждение «Высотинская средняя школа».

Распространенность потребляющих психоактивных и наркотических веществ среди учащихся школ очень высока, алкоголизация идет в основном за счет слабоалкогольных напитков [2]. С ростом числа лиц, растет уровень правонарушений среди несовершеннолетних. Употребление психоактивных веществ с вредными последствиями ежегодно в Красноярском крае приводит к 2,5 миллиона случаев смерти [1,3]. По меньшей мере 15,3 миллиона человек страдают расстройствами, связанными с употреблением психоактивных средств.

Цель проекта- профилактика употребления подростками психоактивных и наркотических веществ.

Задачи проекта:

- Изучить и проанализировать литературные источники по данному вопросу с использованием, справочников и интернет – ресурсов
- Провести анкетирование
- По результатам анкетирования выявить уровень информированности подростков о вреде психоактивных веществ;
- Разработать методический материал для проведения занятий с подростками в виде буклетов;
- Провести итоговое анкетирование, провести анализ и подвести итоги.

Целевая группа: учащиеся 8-9 классов Муниципального казенного общеобразовательного учреждения «Высотинская средняя школа».

На подготовительном этапе дипломного проекта была изучена медицинская литература по выбранной теме. Совместно с научным руководителем проекта был составлен календарный план дипломного проекта. Исследование по формированию осведомленности и употреблению подростками психоактивных веществ проводилось в несколько этапов.

Для достижения поставленной цели нами была разработана анкета и проведено анкетирование школьников 8-9 классов, посещающих Высотинскую школу. По данным первичного анкетирования, среди респондентов на вопросы: «Употребляете ли вы психоактивные вещества, если да, то какие?» - часть подростков 85 % ответили «да», остальные 15% опрошенных дали ответ «нет», на вопрос «Какие психоактивные вещества вы употребляете?» часть респондентов 50% ответили «табак», часть респондентов 29% ответили «алкоголь», часть респондентов 15% ответили «пробовали наркотические вещества», остальные 6% респондентов дали ответ «не употребляют» (рис.1).

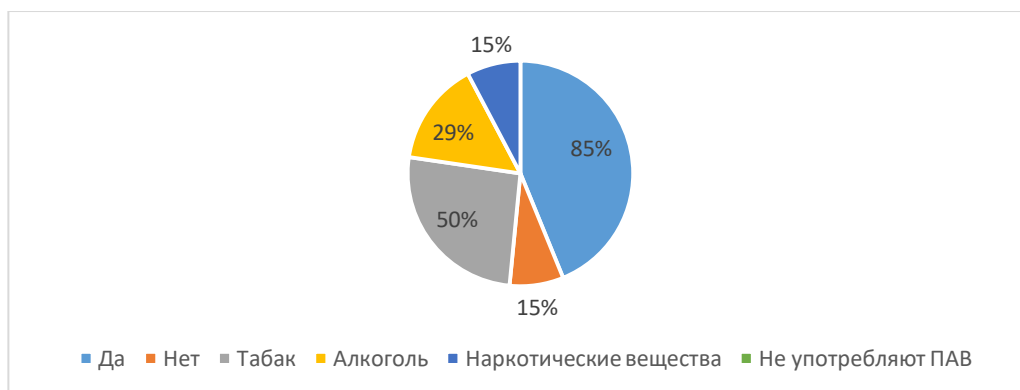


Рисунок 1 - Употребление психоактивных и наркотических веществ

В ходе первичного проведенного опроса, было выявлено (путем подсчета среднего арифметического числа), что большинство подростков – 90% употребляют психоактивные вещества.

Таким образом, был разработан план проведения занятий, в который входили: проведение лекций с использованием буклетов и мультимедийных презентаций, обучающая игра, итоговое анкетирование в котором был выявлен уровень информированности школьников по профилактике психоактивных и наркотических веществ, а так же проведение анонимного анкетирования, в ходе которого было выявлено, что большинство школьников после проведенной беседы перестали употреблять психоактивные и наркотические вещества. В ходе сравнения первичного и итогового анкетирования был выявлен уровень информированности по вопросам профилактики употребления подростками психоактивных и наркотических веществ.(рис. 2)

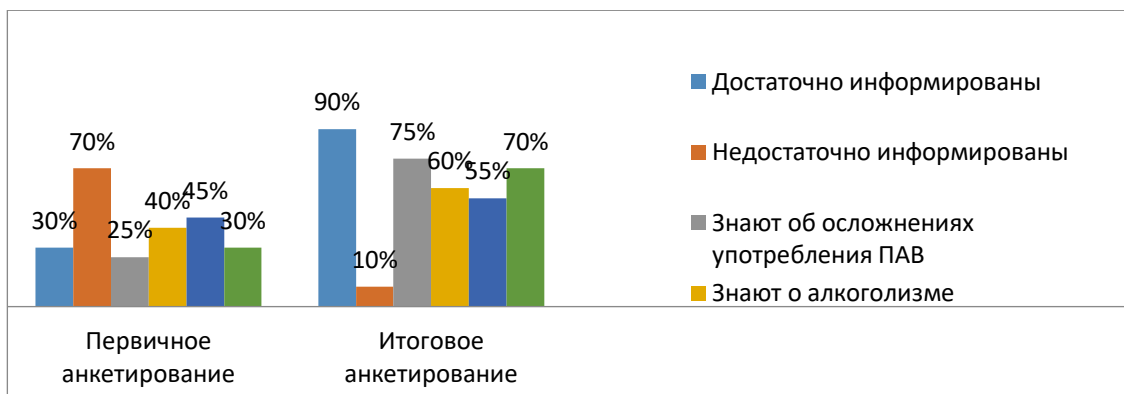


Рисунок 2 - Сравнительная диаграмма по итогам проводимых занятий.

По итогам анкетирования видно, что большая часть респондентов достаточно информированы по вопросам употребления и вредного воздействия на организм психоактивных и наркотических веществ. После проведенных мною бесед, демонстрации мультимедийных презентаций, видеофильмов и раздачи методического материала, показатели повторного анкетирования изменились, что говорит о том, что подростки готовы не только отказаться от употребления наркотических и психоактивных веществ, но и не употреблять в дальнейшем. Исходя из данных, приведенных выше, можно сделать вывод о том, что данный проект может помочь решить проблему информированности подростков по данной тематике, позволит сохранению здоровья подрастающего поколения, а также у подростков сформируются знания и желание вести здоровый образ жизни в дальнейшем.

Литература

1. Андреева Т.И. Табак и здоровье - Казань, 2018 - 224 с.
2. Готчина Л.В. Профилактика молодежного наркотизма: теория, опыт, перспективы - М.: Граница, 2019 – 27 с.
3. Профилактика ПАВ [Электронный ресурс] - Режим доступа: <https://nsportal.ru/user/51177/page/profilaktika-upotrebleniya-pav> 02.11.2020

Е.В. Каргина, Р.О. Эминова
 Научный руководитель: преподаватель Хоменко Д.Ю.
 Краевое государственное бюджетное профессиональное
 образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»
 г. Красноярск

ВКЛАД Н.М. МАКСИМОВИЧА-АМБОДИКА В СТАНОВЛЕНИЕ РОССИЙСКОГО АКУШЕРСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Акушерское дело - это настоящее искусство, требующее не только глубоких теоретических знаний и практических навыков, но и полной самоотдачи и любви к своему делу. Примером такого подхода можно считать Нестора Максимовича Максимовича-Амбодика - выдающегося врача и крупного учёного второй половины XVIII века. Поэтому цель научно-исследовательской работы: выявить и оценить вклад Н.М. Максимовича-Амбодика в становление акушерства в России.

Задачи исследования:

1. изучить биографию и этапы профессиональной деятельности Н.М. Максимовича-Амбодика,

2. изучить вклад Н.М. Максимовича-Амбодика в развитие этого направления в медицине,

3. выделить наиболее значимые нововведения Н.М. Максимовича-Амбодика в Российское акушерство.

Нестор Максимович Максимович-Амбодик родился 27 октября 1744 г. в селе Веприк Полтавской губернии в семье сельского священника. В возрасте 13 лет его определяют в Киевскую духовную академию. Окончив академию в 1768 г., Н.М. Максимович-Амбодик не предполагал посвятить себя медицине, но его очень волновала огромная заболеваемость и смертность среди простого народа. Ему «захотелось узнать законы, по которым должны жить российские подданные», поэтому он начал работать в юридической комиссии по составлению проекта Усложнения новых законов. Именно в этот период он понимает, что основная причина высокой детской смертности - отсутствие ученых повивальных бабок. Н.М. Максимович-Амбодик ставит перед собой цель стать акушером и в 1769 г. он поступает в Госпитальную лекарскую школу Санкт-Петербургского сухопутного госпиталя. Качество обучения его не удовлетворило, и через несколько месяцев он переехал во Францию, где поступил на медицинский факультет Страсбургского университета. Сначала Н.М. Максимович-Амбодик обучался за свой счёт, а затем ему была назначена стипендия княгини Голицыной, которая пожертвовала свой капитал поскольку считала важным обучать акушерскому делу Россиян [2].

18 мая 1775 г. Амбодик защитил докторскую диссертацию, получил диплом с отличием. С целью повышения общего медицинского образования и знакомства с медицинскими достижениями, Нестор Максимович совершил большое путешествие по Германии, где не только повысил уровень знаний в области медицины, но и в совершенстве выучил немецкий язык.

По возвращении в Санкт-Петербург Нестор Максимович сдал экзамен при Государственной медицинской коллегии на право практики в России и был назначен младшим доктором при Петербургском адмиралтейском госпитале.

В XVIII веке царское правительство решало вопрос медицинских кадров путём привлечения специалистов из-за границы. Количество приглашённых в Россию врачей-акушеров не превышало 10 человек. Несложно представить, сколь ничтожно мало российских женщин имело возможность получать профессиональную медицинскую помощь во время беременности, родах и на этапе восстановления. В том числе поэтому крайне высоки были показатели детской и материнской смертности [3]

В 1781 г. Н.М. Максимович-Амбодик возглавил Санкт-Петербургскую бабичью школу. Несмотря на то, что школа была основана в 1757 г. и 25 лет существовала под руководством немецкого профессора Линдемана, уровень подготовки повивальных бабок в ней был очень низким. Кроме того, обучение в школе велось по устаревшему акушерскому пособию Горна, было чисто теоретическим и проводилось только на немецком языке.

Н.М. Максимович-Амбодик поставил перед собой 3 цели:

- ввести обучение на русском языке;
- поставить преподавание на высокий уровень;
- создать учебное руководство по акушерству на русском языке, которое бы отражало современные знания в области повивального искусства.

Учебный процесс был реорганизован и, прежде всего, были введены обязательные практические занятия у постели рожениц в родильном отделении. Н.М. Максимович-Амбодик создал модель, по которой в сентябре 1782 г. мастер В. Коженков изготовил фантом - модель женского таза и плода. Это был первый фантом в России. Также первым в России он применяет акушерские щипцы - разработку братьев-англичан Чемберленов, вырабатывает показания для их применения. Читая лекции по-русски, Нестор Максимович вводит новые медицинские термины для выражения понятий, не имевших аналогов в русском языке. Он очень стремился увеличить количество обучающихся «бабичьему делу» и просил опубликовать часы его лекций через газету «Санкт-Петербургские ведомости»,

чтобы каждый желающий смог их посещать. Со временем Санкт-Петербургская бабичья школа преобразовывается в училище, а позже - в Повивальный институт [1].

Медицинская коллегия, оценив выдающиеся заслуги Н.М. Максимович-Амбодика, присвоила ему в октябре 1782 г., первому из русских, звание профессора акушерства.

В 1783 г. Нестор Максимович издаёт «Анатомико-физиологический словарь» и работает над трудами по акушерству, педиатрии и фармакологии: «Врачебное веществование или описание целительных растений»; «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» - учебник в 6 частях с подробным атласом. Это руководство было лучшим до середины XIX в. Благодаря своим прекрасным знаниям французского, немецкого и латинского языков, Н.М. Максимович-Амбодик переводит ряд медицинских работ на русский язык.

Важно отметить, что помимо просветительской работы, Н.М. Максимович-Амбодик активно практиковал. Блестящий акушер-практик, он посещал родильный госпиталь в любое время дня и ночи для оказания помощи беременным, родильницам и новорожденным младенцам. Многие практические положения, высказанные Н.М. Максимовичем-Амбодиком, были очень прогрессивными и не потеряли актуальности и в настоящие дни. Например:

— описал важную акушерскую патологию - узкий таз. Он выделил неправильное строение женского таза причиной трудных родов, а иногда и невозможность их. Описанные им формы узкого таза легли в основу классификации, которую мы изучаем по сей день;

— выделил среди причин осложнённых родов необычное положение головки - «личиком к лону». Подробно изложил условия и показания к акушерскому перевороту, первым описал вставление головки плода;

— среди врачей того времени было распространено мнение, что основное назначение щипцов - это сжатие головки с целью прохождения ее через узкий таз. Однако Нестор Максимович утверждал, что сжатие головки щипцами наносило вред плоду. И если размеры таза матери и головки плода не соответствуют, то использовать щипцы нельзя;

— с целью предупреждения разрыва промежности во время родов первым в России предложил проводить защиту промежности;

— в качестве лечения часто встречающийся патологии тяжелых родов - выпадение матки, предложил алгоритм ее вправления. Для удержания и укрепления матки он рекомендовал применять особые кольца [4].

В заключение хотелось бы отметить, что Нестор Максимович - это яркая историческая личность, талантливый учёный и врач, крайне целеустремленный человек, всем сердцем любящий своё дело и стремившийся всеми своими знаниями и умениями поделиться с другими. Его по праву можно считать родоначальником российского акушерства и акушерского образования.

Литература

1. Беженарь В.Ф. Нестор Максимович Максимович-Амбодик: к 275-летию со дня рождения / В.Ф. Беженарь, С.С. Аганезов, Т.В. Гугало. // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. – 2019. - №2. – С.5-11;

2. Данилишина Е.И. Н.М. Максимович-Амбодик / Е.И. Дашилина, Е.С. Обысова. – М.: Медицина, 1976. - 52 с. (Выдающиеся деятели отечественной медицины и здравоохранения);

3. Бородий Н.К. К биографии Н.М. Максимовича-Амбодика / Н.К. Бородий. - Акушерство и гинекология. – 1982. - №8. – С.60-61;

4. Дроздова З.А. Нестор Максимович Максимович-Амбодик (отец русского акушерства) / З.А. Дроздова. – Л.: Военно-морская медицинская академия, 1950. - 15 с.

Научный руководитель: преподаватель О.Г. Крафт
Краевое государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»
г. Красноярск

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ КАК ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Одним из достижений современной медицины по праву является создание, внедрение и широкое использование на практике комбинированных оральных контрацептивов (КОК).

Прием КОК является эффективным и безопасным средством планирования семьи, позволяет избежать нежелательных беременностей, а также осложнений, связанных с их прерыванием.

КОК представлены на Российском фармацевтическом рынке достаточно давно, имеется большое количество исследований и статистических данных о применении этих препаратов, особенностях реагирования женского организма и противопоказаниях. Тем не менее, вокруг них существует большое количество мифов и необоснованных страхов[2].

По мнению авторов, осведомленность молодых девушек, которые только начинают жить половой жизнью, на предмет доступных, безопасных и эффективных методов контрацепции крайне важна.

Нами была проведена исследовательская работа на базе Красноярского медицинского техникума. Объектом настоящего исследования являются студенты первого курса Красноярского медицинского техникума по специальности Акушерское дело. В исследовании приняло участие 50 студентов.

С целью определения уровня осведомленности респондентов на предмет методов контрацепции, в том числе КОК, а также приверженность к тому или иному способу, в частности – предпочтение или отказ от КОК как основного и надежного метода контрацепции, было проведено анонимное анкетирование.

Так, по данным исследования, среди средств контрацепции первое место занимает презерватив, а также естественные методы контрацепции (ППА), несмотря на крайне низкую эффективность последних.

Таким образом, мы пришли к выводу, что большая часть респондентов не в полной мере владеет информацией об КОК как безопасном и эффективном методе контрацепции. Кроме того, обратившись к статистическим данным по России, мы увидели, что такая «картина» присутствует в целом по стране. Согласно статистическим данным, по России 41% женщин, имеющие в анамнезе аборт, использовали естественные методы контрацепции, что также может свидетельствовать о недостаточной информированности в области эффективных методов контрацепции.

В предлагаемой анкете респондентам нужно было выбрать причины, по которым они отказываются принимать КОК. Результаты ответов приведены на рис.2. Из рисунка видно, что большинство опрошенных студенток считают КОК недостаточно надежным методом контрацепции - 42%, считают КОК небезопасными для своего здоровья – 28%, неудобство приема и увеличение веса – по 11% соответственно, и 8% опрошенных указали в качестве причины отказа от приема КОК их высокую стоимость.

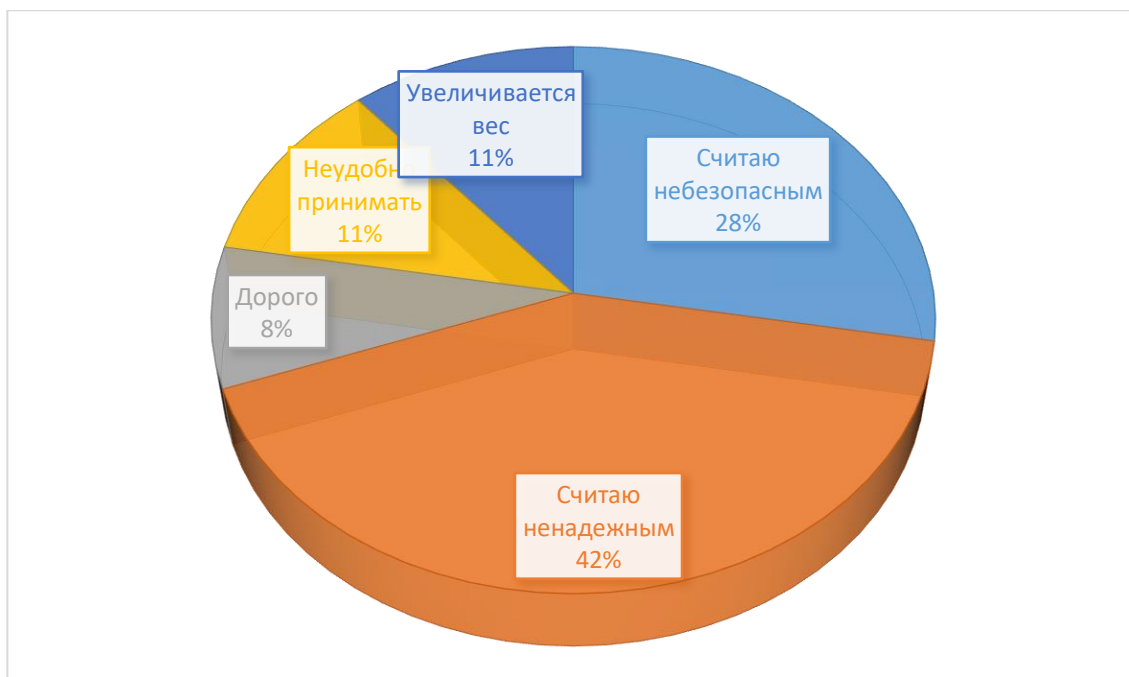


Рисунок 1 - Причины отказа от приема КОК

Важно отметить, что в выборе применения контрацептивных средств фактор информированности и осознанности выбора играет большую роль. Разберем основные причины отказа от приема КОК более подробно. Итак, самая распространенная причина - это их недостаточная эффективность.

В состав КОК входят эстрогены и гестагены – гормоны, вырабатываемые в яичниках. Высокую эффективность и малую выраженность побочных эффектов имеют:

1. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты
2. Препараты, содержащие микродозы гестагенов.

Выделяют монофазные препараты, в которых дозы эстрогенов и гестагенов постоянны, а также двух- и трехфазные препараты, в которых содержание указанных гормонов различно. Это позволяет подбирать оптимальные дозы гормонов, уменьшая тем самым частоту побочных эффектов. Эстраген-гестагенные препараты подавляют овуляцию в результате угнетения продукции фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов гипофиза и гипоталамического гормона, стимулирующего их синтез и высвобождение. В эндометрии происходят такие изменения, которые препятствуют имплантации яйцеклетки. Также меняется состав цервикальной слизи, что приводит к снижению активности сперматозоидов. Таким образом, эстроген-гестагенные препараты обеспечивают практически 100% контрацептивный эффект[1].

Противозачаточные средства второй группы содержат только гестагены в малых дозах. Эти препараты изменяют состав и количество цервикальной слизи, затрудняя проникновение сперматозоидов. Также отмечается снижение скорости транспорта яйцеклетки по фаллопиевым трубам и изменения эндометрия, препятствующие имплантации яйцеклетки. Контрацептивная эффективность этой группы несколько ниже, чем у комбинированных эстроген-гестагенных препаратов, однако тоже очень высока. Однако следует помнить: около 9% принимающих КОК могут забеременеть из-за задержки или пропуска таблеток, а также из-за взаимодействия с другими препаратами.[3]

Следующая причина отказа от КОК – их потенциальная опасность для здоровья женщины.

Мы обратились к исследованиям, проведенным в данном направлении [5] и выделили некоторые из них:

1. после прекращения приема препаратов обеих групп репродуктивная функция полностью восстанавливается через 3 месяца.

2. КОК создают протекторный эффект в отношении рака эндометрия и яичников. Согласно исследованиям, этот эффект снижается со временем после отмены, но может сохраняться в течение 30 лет после окончания использования. Научные публикации свидетельствуют об уменьшении количества кист и доброкачественных образований яичников у женщин, использующих КОК

3. Систематический обзор научных публикаций свидетельствует, что прием КОК не увеличивает риск рака молочной железы

4. Прием КОК показан женщинам, нуждающимся в регуляции менструального цикла.

5. В зоне риска при приеме КОК находятся курящие женщины

6. Врожденные аномалии свертывающей системы крови, склонность к тромбозу, варикозная болезнь – неблагоприятные факторы, которые требуют детального анализа, в некоторых случаях являются абсолютными противопоказаниями при приеме КОК.

Третья по распространенности выбранная респондентами причина отказа от КОК – увеличение веса и неудобство приема.

В обзоре, выполненном экспертами Кокрейновского сообщества указывается, что нет установленной причинно-следственной связи между приемом КОК и увеличением веса женщины. Однако, отмечены механизмы, которые могут предположительно привести к увеличению веса за счет факторов задержки жидкости, повышения объема подкожного жира, особенно в груди и на бедрах (действие эстрогена), увеличение потребления продуктов питания через эффект воздействия на центр сытости и аппетита, или увеличения мышечной массы, хотя, как указывают авторы, это маловероятно.[4]

Что же касается удобства приема КОК, то тут тоже существуют варианты. Так, некоторые препараты предполагают прием в режиме 21/7, некоторые – 24/4, другие принимаются и вовсе без перерыва. Обратившись к исследованиям, можем сказать, что КОК, дозированные в режиме 24/4 способствуют снижению частоты пропуска таблеток.

Современные КОК широко представлены на российском рынке, в настоящее время зарегистрировано более 40 контрацептивов. Существует инновационная линейка контрацептивов Модэлль, где помимо контрацептивной надежности каждый препарат линейки имеет дополнительные свойства, отмеченные в аннотации к препарату:

1. Модэлль «Про-контрацептив» - предпочтителен в тех случаях, когда требуется контроль менструального цикла; назначается в режиме 21+7, обеспечивает защиту от наступления нежелательной беременности в более, чем 99% случаев.

2. Модэлль «Тренд» - микродозированный оральный контрацептив, объединяющий следующие факторы: снижение гормональной нагрузки, снижение образования отеков и набора веса в предменструальный период. Назначается в режиме 24+4.

3. Модэлль «Пьюр» - лечебный низкодозированный оральный контрацептив, призванный устранять сложные в терапии гиперандрогенные состояния – акне, себорея, повышенная сальность волос. Назначается в режиме 21+7.

4. Модэлль «Мам» - контрацептив для кормящих матерей и женщин, которым противопоказаны эстрогены; принимается ежедневно, без перерыва. Обладает высокой эффективностью, безопасностью, не оказывает негативного влияния на состав грудного молока.

5. Модэлль «Либера» - контрацептив, который позволяет уменьшить число менструальных реакций (ПМС, головная боль и др). Здесь одна упаковка рассчитана на 91 день приема, женщина принимает в год всего 4 упаковки. Согласно исследованиям, это способствует снижению риска пропуска овуляции и, соответственно, риска незапланированной беременности.[6]

Из приведенных данных видно, что в настоящее время есть возможность подобрать вариант для большинства женщин, учитывая их индивидуальные особенности. Безусловно,

это осуществляет только врач после проведенных диагностических мероприятий. Кроме того, первый год приема препаратов должен осуществляться регулярным контролем анализов крови, мочи, а также ощущений женщины, который осуществляет только врач.

Механизмы регулирования рождаемости и планирования беременности напрямую связаны с контрацептивным поведением населения, которое во многом зависит от степени информированности о методах контрацепции. Для повышения контрацептивной грамотности и рационального репродуктивного планирования крайне необходима просветительская работа акушеров и гинекологов. Женщины в возрасте от 15 до 49 лет должны быть осведомлены о новейших методах контрацепции, о возможности подбора врачом подходящего именно ей препарата, а также о возможных негативных последствиях прерывания нежелательной беременности.

Для повышения информированности в области контрацепции студенток 1 курса Красноярского медицинского техникума по специальности Акушерское дело нами была разработана обучающая лекция и информационная брошюра.

Литература

1. Гинекология: учебник под ред. В.Е. Радзинского.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017.-40-57с.
2. Дубровина С.О. Комбинированные оральные контрацептивы: преимущества и риски. Акушерство и гинекология, №9/2017.; 132-137с.
3. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни: учебник под ред. М.В.Дзигуа.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.-182-205с.
4. Спиридонова Н.В., Казакова А.В., Роль и возможности консультирования в расширении знаний о преимуществах гормональной контрацепции. Акушерство и гинекология, №10/2017.; 104-108с.
5. Тихомиров А.Л., Манухин И.Б., Новый подход к выбору гормональной контрацепции через систематизацию существующих препаратов. Акушерство и гинекология, №2/2017.; 113-118с.
6. Фармакология с общей рецептурой: учебник под ред. Д.А. Харкевич.-3-е изд., испр. и доп.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2018.-253-270с.

А.О. Худяшова
Научный руководитель: преподаватель З. Б. Гавриленко
Краевое государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»
г. Красноярск

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ

Анкилозирующий спондилоартрит (Болезнь Бехтерева) представляет собой хроническое воспалительное заболевание позвоночника и суставов. В России (по разным официальным данным) этим заболеванием страдают от 33 000 до 146 000 человек. Дебют болезни происходит в основном в возрасте до 35 лет, около 10% людей заболевают в возрасте до 18 лет [4,5]. Болезнь может поражать несколько отделов позвоночника, суставы, а также другие органы и ткани (глаза, почки, сердце), в результате чего может отмечаться неблагоприятный прогноз с ранней и стойкой инвалидизацией больных трудоспособного возраста, а значит ухудшение их качества жизни.

Цель - повышение уровня знаний пациентов о роли лечебной физкультуры в реабилитации при анкилозирующем спондилоартрите .

Задачи:

- изучить литературу по данной проблеме;
- разработать план проекта;
- составить методический материал;
- провести анкетирование пациентов (дистанционно);
- распространить составленные памятки с комплексами упражнений (дистанционно).

Целевая группа - респонденты мужского и женского пола различного возраста, состоящие в группе Болезнь Бехтерева Красноярск ВКонтакте – 30 человек.

Исполнитель - студентка КГБПОУ «КрасМТ» специальности 34.02.01 Сестринское дело очно-заочной формы обучения Худяшова Анастасия Олеговна.

География проекта: г. Красноярск, группа ВКонтакте, электронная почта, Viber, Whatsapp.

Тип проекта - практико-ориентированный.

Сроки реализации проекта - 6 месяцев, с 1.10.2020 по 1.04.2021 г.

Анкилозирующий спондилоартрит относится к системным воспалительным заболеваниям, при котором преимущественно поражается позвоночник, но так же могут поражаться и другие суставы. Обычно заболевание развивается в молодом возрасте и начинается постепенно с болей в пояснице, сопровождающихся скованностью, которые со временем распространяются на другие отделы позвоночника (суставы). В результате длительного воспаления может формироваться анкилоз – сращение костных поверхностей. Суставы теряют свою подвижность.

Длительно сохраняющийся болевой синдром часто имеет психологическую окраску, сопровождается депрессией, постоянным беспокойством за свое здоровье и страхом перед инвалидизацией. Как следствие этого, больные часто поддерживают охранительный режим, минимально снижают двигательную активность [2].

Боли усиливаются в покое, особенно во вторую половину ночи или утром, сопровождаются скованностью, уменьшаются или проходят полностью после физических упражнений, быстро купируются приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

Терапия комплексная, продолжительная. Необходимо соблюдать преемственность на всех этапах лечения: стационар (отделение травматологии) – поликлиника – санаторий. Применяются глюкокортикоиды и нестероидные противовоспалительные препараты, лечебные блокады. При тяжелом лечении назначают иммунодепрессанты. Большую роль в лечении болезни Бехтерева играет образ жизни и специальные физические упражнения. Программа лечебной гимнастики составляется индивидуально. Упражнения должны выполняться ежедневно, рекомендуют спать на жесткой постели без подушки. В лечении применяют массаж, физиотерапию [1].

Существует «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева» (<http://bbehtereva.ru/patients/>), созданное в 2012 году в Москве и имеющее 21 региональное отделение. Цель деятельности – повышение качества жизни пациентов с анкилозирующим спондилитом и другими ревматическими заболеваниями. В сотрудничестве с ФГБНУ «НИИ Институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, при поддержке партнерских компаний и организаций реализует программы:

- «Школа для пациентов» - информирование об особенностях заболевания и его лечении
- «Ранняя диагностика» - развитие онлайн инструментов ранней самодиагностики и диагностики
- «Личный кабинет» - создание инновационного приложения для пациентов и врачей
- «Активная жизнь» - продвижение специального курса ЛФК

- «Научные исследования» - участие в российских исследованиях, изучение международных методик.

В Красноярске также проводятся различные мероприятия : форумы, вебинары по информированности пациентов в региональном отделении (группа ВКонтакте). В рамках мастер-класса специалисты по медицинской реабилитации проводили практические занятия по лечебной физической культуре.

Практическая часть проекта выполнена в г. Красноярске в 2020 году. В качестве целевой группы участвовали по желанию респонденты мужского и женского пола различного возраста, состоящие в группе Болезнь Бехтерева Красноярск ВКонтакте.

Проведено анкетирование участников группы Болезнь Бехтерева ВКонтакте. Красноярск в личных сообщениях, по электронной почте, Viber, Whatsapp. Согласились пройти анкетирование 30 человек.

При анализе анкетирования среди пациентов с АС, были получены следующие результаты:

1. Утренней лечебной гимнастикой занимается большая часть опрошенных, а именно 83% (Рис. 1).



Рисунок 1 - Занятия утренней лечебной гимнастикой

2. При оценке утренней скованности видно, что время скованности значительно сокращается после выполнения УЛГ, в сравнение, если не выполнять УЛГ (Рис.2).

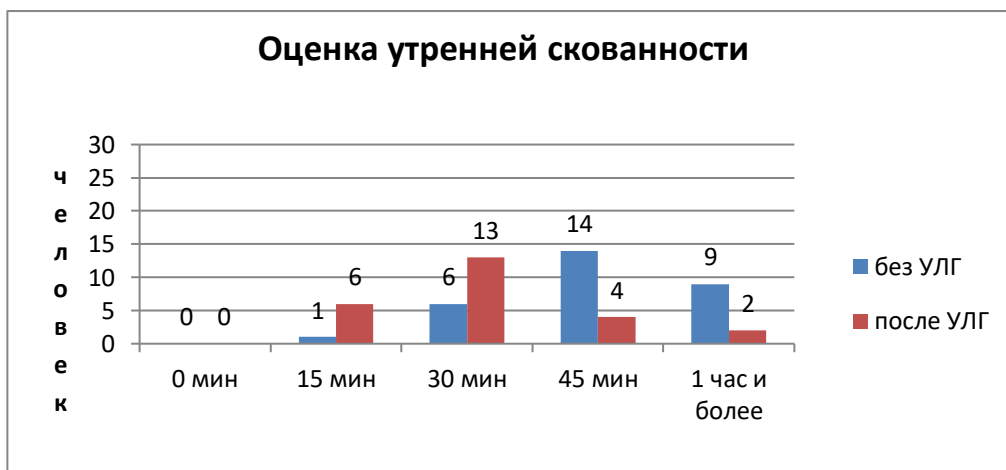


Рисунок 2 - Оценка утренней скованности у пациентов

3. Как видно из (Рис.3.) большая часть пациентов регулярно занимается ЛФК, а 33% опрошенных делают это ежедневно.

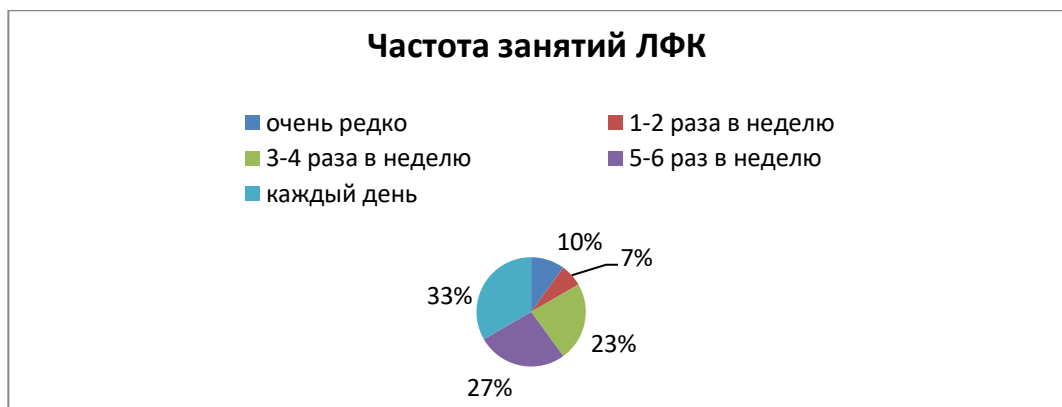


Рисунок 3 - Частота занятий ЛФК.

4. Оценивая самочувствие пациентов (Рис. 4.), однозначно можно сказать, что после занятий ЛФК самочувствие улучшается, улучшение наблюдается у 90 % опрошенных.

5.



Рисунок 4 - Самочувствие пациентов после занятия ЛФК

Проведенные исследования показали:

- у тех пациентов, которые регулярно занимаются ЛФК, значительно уменьшается продолжительность утренней скованности, как одного из критериев снижения активности заболевания; улучшается общее самочувствие, следовательно, повышается качество жизни.

- большинство больных осознают значимость занятий ЛФК и занимаются физкультурой;

- большое влияние на формирование мотивации к занятиям ЛФК оказывает постоянное образование пациентов: проведение школ здоровья, профилактических бесед, раздача наглядного материала (памяток, буклетов, брошюр).

Пациенты, регулярно занимающиеся физкультурой, длительно сохраняют относительно хорошее функциональное состояние опорно-двигательного аппарата и способность работать. Независимо от самочувствия, пациентам каждое утро следует начинать с лечебной гимнастики, ЛФК нужна и в тех случаях, когда подвижность позвоночника уже резко ограничена и нет надежды на ее полное восстановление [3,6]. Она улучшает вентиляцию легких, которая значительно снижается из-за поражения реберно-позвоночных и реберно-грудинных сочленений.

Как дополнительный информационный материал для пациентов составлена памятка «Живи в движении» с комплексом упражнений по лечебной физкультуре.

Данным проектом планируется повысить знания пациентов о заболевании анкилозирующий спондилоартрит, роли лечебной физкультуры в реабилитации при данном заболевании.

В качестве перспективы планируется:

1. Анализ заболевания анкилозирующим спондилоартритом на территории Красноярского края, изучение системы оказания помощи данным пациентам стационарно и амбулаторно.

2. Разработка плана «Школы для пациентов»: Лечебная физкультура для людей с анкилозирующим спондилоартритом как основа активной жизни без инвалидизации.

Риск заключается в негативном психологическом настрое некоторых пациентов, которые не верят в возможность ведения активного образа жизни в связи с имеющимся заболеванием. Необходимо мотивировать таких пациентов, предлагая им наглядный методический материал.

Литература

1. Бадочкин, В.В. Симптоматическая терапия анкилозирующего спондилита/ В.В. Бадочкин // Современная ревматология. - 2012. - № 1.

2. Борщенко И.А. Изометрическая гимнастика доктора Борщенко. Полный курс!: методика доктора Борщенко / И.А. Борщенко. – М.: АСТ, 2018. – 352 с.

3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с.

4. Насонов Е.Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология / Е. Л. Насонов - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 464 с.

5. Лечебная физкультура [электронный ресурс] // Межрегиональная общественная благотворительная организация инвалидов «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева» Russian Ankylosing Spondylitis Association (ASA). – режим доступа: <http://bbehtereva.ru/patients/physiotherapy/>

6. Лечебная физкультура (ЛФК) для людей с анкилозирующим спондилитом (болезнь Бехтерева) как основа активной жизни без инвалидизации [электронный ресурс] // Фонд президентских грантов. – режим доступа: <https://xn--80ajpld2c.xn--80af5akm8c.xn--p1ai/award/about/9CC6D746-7ED4-41D2-B377-FEB5DA758E5E>.

Д.А. Шорникова

Научные руководители: преподаватели Г.М. Мингалеева, Л.А. Роппельт
Краевое государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Красноярский медицинский техникум»
г. Красноярск

ИЗМЕНЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В РЯДУ ПОКОЛЕНИЙ

Данная тема затрагивает такое понятие, как фенотип. Фенотип - совокупность характеристик, присущих индивиду на определённой стадии развития. Несмотря на кажущееся строгое определение, концепция фенотипа имеет некоторые неопределённости.

В настоящее время проводятся широкие исследования генома человека, направленные на решение научных и медицинских проблем. Изучение популяций имеет значение для понимания антропогенеза и адаптации человечества к условиям обитания.

Прогнозируются изменения фенотипических признаков человечества с течением времени.

Мы знаем, что оба родителя передают ребёнку гены, которые влияют на его черты и состояние здоровья. Уже долгое время ученые говорят о том, что внешность детей определяется наследственностью. Речь идет о цвете волос, глаз, росте, телосложении и пр.

Различают две основные формы изменчивости: наследственная и ненаследственная.

Наследственная, или генотипическая, изменчивость — изменения признаков организма, обусловленные изменением генотипа.

Нас же интересует ненаследственная, или фенотипическая, или модификационная, изменчивость — изменения признаков организма, не обусловленные изменением генотипа [2].

Цель исследования: определение изменений некоторых фенотипических признаков в ряду поколений.

Задачи исследования:

- изучить информационные источники по теме;
- выбрать фенотипические признаки легко доступные для определения;
- выявить частоту встречаемости этих признаков в ряду поколений;

Методы исследования

1. Анкетирование микропопуляции студентов КрасМТ и их ближайших родственников - 231 человек:

132 – F1 поколения (бабушки и дедушки),

66 – F2 поколения (матери и отцы),

33 – F3 (студенты).

2. Интерпретация данных

По наследству от родителей к ребенку могут передаваться такие внешние признаки, как цвет глаз, кожи, волос, рост или другие отличительные черты. Все зависит от доминантных генов, которые передаются со стороны отца и матери [1]. Зачастую сын рождается похожим на мать, а дочка – на отца. Происходит это из-за того, что при зачатии мальчик получает X-хромосому от матери и Y-хромосому от отца. За внешние признаки отвечает именно X-хромосома. Девочки получают от обеих родителей X-хромосомы, поэтому у них есть одинаковая вероятность быть похожими, как на отца, так и на мать [3].

Мы провели анкетирование целевой группы, провели анализ данных и получили такие результаты. Возраст респондентов составил:

- F1 поколения (бабушки и дедушки) 69-80 лет
- F2 поколения (матери и отцы) 36-45 лет
- F3 (студенты) 17-25 лет

По результатам анкетирования выявили, что в 1 поколении больше человек с русыми и каштановыми волосами, во втором преобладают черные и темно-коричневые, в третьем снова русые, черные и темно-каштановые см. рис.1.

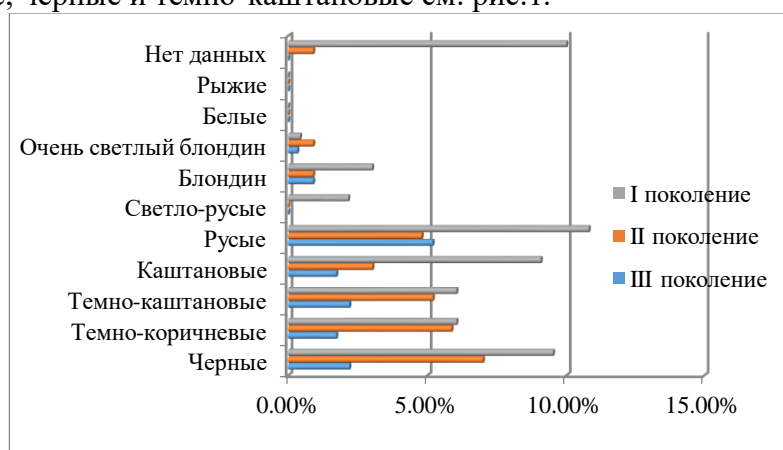


Рисунок 1 - Результаты исследования по цвету волос

В первом поколении преобладает прямой тип волос, во втором такой же тип, а в третьем вьющиеся волосы м. рис.2.

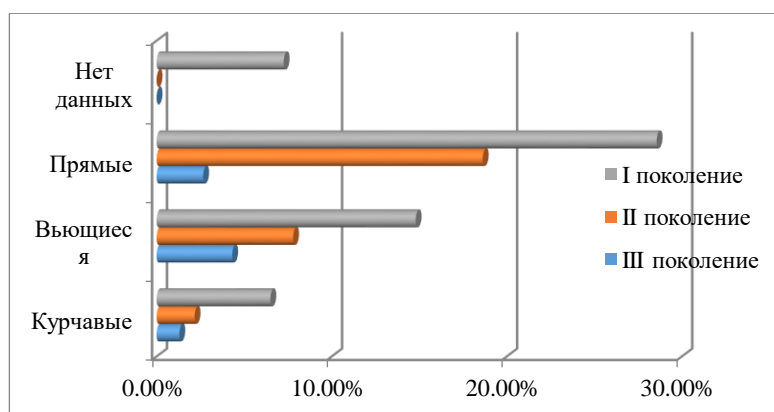


Рисунок 2 - Результаты исследования по типу волос

Анализ данных показал, что во всех поколениях преобладают праворукие люди см. рис.3.

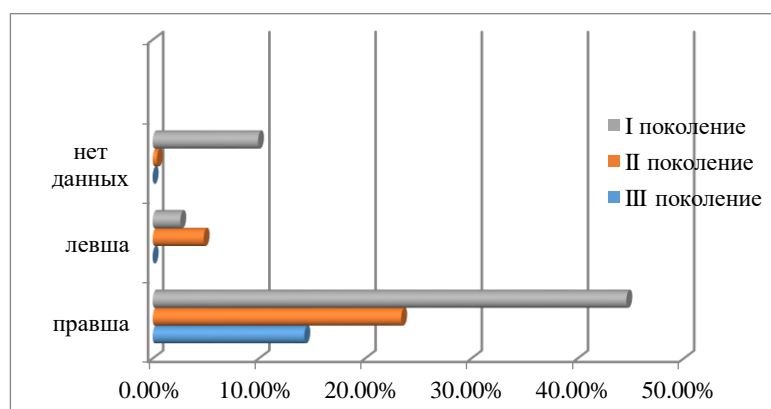


Рисунок 3 - Результаты исследования по праворукости и леворукости.

Проанализировав результаты исследования можно сделать следующие выводы:

1. Самые распространенные фенотипические признаки: цвет и тип волос, цвет глаз, наличие веснушек, ведущая рука (правша или левша).

2. Признаками следующего поколения будут правши с прямыми русыми, черными или коричневыми волосами, сероглазые, реже синие или карие глаза, без веснушек.

3. Такое различие признаков поколений определяется ареалом проживания.

Новизна и практическая значимость исследования состоит в том, что в наше время люди могут образовывать семьи из разных рас и национальностей, нет ограничения ареала, что позволяет проявлять и закреплять новые признаки.

Эти изменения трудно проследить, а еще труднее прогнозировать куда они направлены - какие признаки исчезают, какие появляются.

Литература

1. Адельшина Г.А. Генетика в задачах. Учебное пособие /Г.А. Адельшина. М. Планета, 2015. – 176 с.
2. Курчанов Н.А.: Генетика человека с основами общей генетики. - СПб.: СпецЛит, 2016
3. Медицинская геномика: <https://medicalgenomics.ru/poleznoe/jcyj.html>

ХОДУНКИ В ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Актуальность темы: Одним из наиболее актуальных вопросов для родителей остается применение детских ходунков. В последнее время стали появляться сомнения по поводу их необходимости. Так нужны ли ходунки для развития ребенка? Каждый родитель задает себе этот вопрос. Кто-то приобретает ходунки для своего ребенка, кто-то же наоборот считает, что ребенку будет лучше без них. [1, с.58]

Цель исследования: Выявление влияния ходунков на организм ребенка.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературу по изучаемой теме.
2. Провести опрос продавцов детских магазинов с. Родино.
3. Провести опрос врачей-педиатров в КГБ УЗ «ЦРБ с. Родино»
4. Провести анкетирование родителей с детьми раннего возраста.
5. Оформить рекомендаций по применению ходунков в детском возрасте.

Объект исследования: Роль ходунков в развитии ребенка.

Предмет исследования: Применение ходунков в Родинском районе.

Методы исследования:

1. Анализ медицинской литературы;
2. Опрос, анкетирование;
3. Сравнительный анализ;
4. Статистическая обработка данных.

Глава 1. Появление ходунков и влияние их на жизнь ребенка

1.1. История возникновения ходунков

Ходунки начали появляться в середине XX века. В 1953 году первый патент на них был получен англичанином Уильямом Роббом. Ходунки есть с колёсами, есть и без колёс. Патент США на ходунки с колёсами был реализован в 1957 году, в мае.

В 1965 году патент был получен на бесколёсный вариант, а первые ходунки уже современного вида были запатентованы в 1970 году американцем Альфредом Смитом. [4, с.108]

Первые ходунки предназначались именно для малышей, которые совершали свои первые шаги в жизни. Дети, благодаря этим нехитрым устройствам, быстрее учились самостоятельно передвигаться. [2, с.46]

1.2. Современные виды ходунков

Классические ходунки - они позволяют малышу перемещаться по квартире без какой-либо дополнительной поддержки. Это помогает ребенку изучать мир, совершать увлекательные открытия, а также увереннее использовать ноги для формирования устойчивых навыков передвижения. [5, с.95]

1.3. Польза и вред для ребенка

Польза:

- ходунки для детей приносят пользу в развитии самостоятельности младенца: он сможет передвигаться без помощи и изучать окружающий мир;
- мама может наблюдать за ним и одновременно выполнять домашнюю работу;
- ребенок находится в большей безопасности в процессе получения навыков ходьбы.

Вред:

- неправильная постановка ступни;
- нагрузка на костно - мышечную систему ног;

- отсутствие осторожности;
- ограничение сенсорного опыта. [6, с.170]

Таким образом, проанализировав литературу по изучаемой теме, выяснила: первые ходунки появились в XX веке, 1953 году. Они предназначались именно для малышей, которые совершали свои первые шаги в жизни. С каждым годом ходунки совершенствовались и появлялись новые виды. Для организма ребенка ходунки приносят как пользу, так и вред.

Глава 2. Анализ значимости применения ходунков у детей в Родинском районе

2.1. Опрос продавцов детских магазинов

Проанализировав медицинскую литературу, был составлен опросник для продавцов детских магазинов. Было опрошено три продавца детских магазинов Родинского района.

Обработав данные опросников, были получены следующие результаты:

1. На вопрос: «Как часто покупают у вас в магазине ходунки?». В 2-х магазинах ответили, что часто покупают ходунки, а в одном сказали что редко.

2. На вопрос: «Какие фирмы ходунков у вас имеются?». Ассортимент почти в каждом магазине одинаковый. В наличии имеются определенные фирмы ходунков: такие как Wiener, Bambi и VKids.

3. На вопрос: «Какая максимальная и минимальная стоимость ходунков в вашем магазине?». Минимальная стоимость составляет 1200р., максимальная цена 3000р.

4. На вопрос: «Какие чаще ходунки пользуются спросом в вашем магазине?». Все продавцы магазина ответили единогласно, что спросом пользуются ходунки с лучшим качеством продукта.

5. На вопрос: «При покупке ходунков родители приходят, за определенными или выбирают из предложенного ассортимента?». Все родители, ходунки покупают из предложенного ассортимента.

6. На вопрос: «Чем отличаются дорогие от дешевых?». Большинство продавцов ответили, что отличия ходунков зависит от их качества, фирмы производителя и стоимости продукта.

7. На вопрос: «Имеются ли в вашем магазине музыкальные ходунки? Пользуются ли они спросом?». Все продавцы ответили, что в магазине имеются, музыкальные ходунки которые пользуются большим спросом.

2.2. Опрос врачей педиатров

Был составлен опросник для врачей педиатров. В опросе приняли участия три - врача педиатра работающих в КГБ УЗ «ЦРБ с.Родино». Обработав полученные данные, были сделаны следующие выводы:

На первый вопрос: «Как вы относитесь к детским ходункам? И почему именно так?». Мнение врачей совпало, все врачи относятся отрицательно к применению ходунков.

На второй вопрос: «Можно ли ребенку находиться длительное время в ходунках? Если нет, то почему?». Все педиатры дали однозначный ответ, что нельзя находиться долгое время в ходунках (не более 15-20 минут), так как это влияет на развитие ребенка.

На третий вопрос: «Есть ли польза в ходунках?». Два врача-педиатра не видят пользы в применении ходунков, а один отмечает пользу в том, что появляется свободное время у родителей и мобильность ребенка.

На четвертый вопрос: «Со сколько месяцев рекомендуется применение ходунков? Почему?». Большинство педиатров ответило, что не рекомендуют применение ходунков.

На пятый вопрос: «Влияют ли ходунки на опорно-двигательный аппарат? Если да, то как?». Педиатры ответили, что ходунки отрицательно влияют на организм ребенка, так как большая вероятность травматизма, нарушение формирования осанки, также ведет к патологии тазобедренных суставов, к неправильной постановке стоп, слабости мышц, деформациям и искривлениям.

На шестой вопрос: «Как вы думаете, может ли ребенок находиться без ходунков? Если да, то обоснуйте?». Педиатры дали единогласный ответ, что ребенок должен развиваться без применения ходунков.

На седьмой вопрос: «Вы советуете родителям фирму ходунков или они выбирают на свое усмотрение?». Все педиатры дали однозначный ответ, что не даются советы по выбору ходунков. Это решение самих родителей.

На восьмой вопрос: «Зависит ли применение ходунков на физическое развитие ребенка? Если да, то как?». Все педиатры ответили, что применения ходунков отрицательно влияет на физическое развитие ребенка, так как чаще формируются нарушения опорно-двигательного аппарата и ребенок позже начинает ходить.

2.3. Анкетирование родителей с детьми раннего возраста

Была составлена анкета для родителей с детьми раннего возраста. Было проанкетировано 42 респондента. Обработав полученные данные, были сделаны следующие выводы.

1. На вопрос: «Как вы относитесь к ходункам?». Было выявлено, что большинство респондентов относятся положительно к применению ходунков.

2. На вопрос: «Как вы думаете, для чего применяются ходунки?». Большинство родителей ответило, что ходунки нужны, чтобы ребенок начал быстрее ходить, а также для увеличения свободного времени.

3. На вопрос: «Были ли у вашего ребенка ходунки?». Большинство родителей применяли ходунки.

4. Респонденты, которые не пользовались ходунками, отвечали на вопрос: «Почему не использовали ходунки?». Большинство родителей, не применяли ходунки, потому что не считали нужным и ребенок рано научился ходить.

5. Респонденты, которые пользовались ходунками, отвечали на все последующие вопросы.

На вопрос: «В каком возрасте вы приобрели ребенку ходунки?». Большинство родителей приобретали ходунки ребенку к 6 месяцам.

6. На вопрос: «С какого возраста ваш ребенок начал самостоятельно ходить?». Большинство детей, самостоятельно ходить научились к 1 году.

7. На вопрос: «На какое время вы оставляли своего ребенка в ходунках?». Большинство родителей оставляли своих детей в ходунках от 30 минут до 1 часа, реже до 20 минут и более 2-х часов.

8. На вопрос: «Когда ребенок в ходунках находится ли он под вашим присмотром?». Большинство родителей, присматривают за ребенком в ходунках.

9. На вопрос: «Как Вы думаете, влияют ли ходунки на развитие ребенка?». Большая часть родителей считают, что ходунки не влияют на развитие ребенка.

10. На вопрос: «Случались когда-нибудь травмы при применении ходунков, если да то какие?». У большинства детей при применении ходунков не случались травмы.

11. На вопрос: «При покупке ходунков Вы приобретали определенную фирму или из ассортимента в магазине?». Большинство респондентов покупали ходунки из представленного ассортимента в магазине.

12. На вопрос: «Какая фирма ходунков у вас была?». Большинство родителей пользовалось фирмой Vambi.

13. На вопрос: «Как Вы выбирали ходунки?». Родители выбирали ходунки разными способами: из ассортимента магазина, по совету родственников, через интернет и др.

14. На вопрос: «До какого возраста вы применяли ходунки?». Большее количество родителей применяли ходунки до 1 года или пока ребенок самостоятельно не пошел.

2.4. Составление рекомендаций по применению ходунков в детском возрасте

На основании полученных данных мной был оформлен буклет по теме «Ходунки в жизни ребенка», который содержит следующую информацию:

- что такое ходунки;

- роль ходунков в жизни ребенка;
- преимущества и недостатки ходунков.

Оформлена памятка по теме «Рекомендации по применению ходунков», в которой указаны правила пользования ходунками.

Данные буклеты и памятки были вручены родителям с детьми раннего возраста на базе КГБ УЗ «ЦРБ с. Родино» и размещены в детских магазинах.

Таким образом, при опросе продавцов детских магазинов выяснилось, что все родители выбирают ходунки из предложенного ассортимента. Стоимость ходунков в детских магазинах разная: минимальная - 1200р. и максимальная -3000р.

При опросе врачей педиатров получила следующие данные: все педиатры против применения ходунков, они не видят пользы в их применении. Так же педиатры не рекомендуют находиться долгое время в ходунках, так как они влияют на опорно-двигательный аппарат и замедляют физическое развитие ребенка.

Из опроса родителей выявлено: пользовались ходунками 28 человек и не применяли ходунки 14 человек. Большинство родителей оставляли своих детей в ходунках от 30 минут до 1 часа, реже до 20 минут и более 2-х часов. Большинство родителей начали применять с 6 месяцев. Большая часть родителей считают, что ходунки не влияют на развитие ребенка. У большинства детей при применении ходунков не случались травмы. Родители выбирали ходунки разными способами: из ассортимента магазина, по совету родственников, через интернет и применяли ходунки до 1 года ребенок или пока самостоятельно не научился ходить.

Заключение

Была проведена исследовательская работа по теме: «Ходунки в жизни ребенка». Рассмотрев и проанализировав литературу, было выявлено, что ходунки появились очень давно, и сразу начали пользоваться спросом. Каждый год они совершенствуются и появляются новые виды. Ходунки приносят как пользу, так и вред ребенку.

При опросе продавцов детских магазинов выяснилось, что чаще всего покупают музыкальные ходунки и ходунки, у которых качество продукта лучше. Все родители выбирают ходунки из предложенного ассортимента. Стоимость ходунков в детских магазинах разная: минимальная -1200р. и максимальная -3000р.

При опросе врачей педиатров получила следующие данные: все педиатры против применения ходунков и не дают советы по их выбору, их применение это решение самих родителей. Педиатры не рекомендуют находиться долгое время в ходунках (не более 15-20 минут), так как это влияет на развитие ребенка. Ходунки отрицательно влияют на организм ребенка, так как большая вероятность травматизма, нарушение формирования осанки, также ведет к патологии тазобедренных суставов, к неправильной постановке стоп, слабости мышц, деформациям и искривлениям.

Следующим этапом было проведено анкетирование родителей. Из опрошенных родителей пользовались ходунками 28 человек и не применяли ходунки 14 человек. Было выявлено, что большинство респондентов относятся положительно к применению ходунков, которые нужны, чтобы ребенок начал быстрее ходить, а также для увеличения свободного времени, приобретали ходунки ребенку к 6 месяцам, оставляли своих детей в ходунках от 30 минут до 1 часа, реже до 20 минут и более 2-х часов. Большинство родителей, присматривают за ребенком в ходунках и считают, что ходунки не влияют на развитие ребенка. У большинства детей при применении ходунков не случались травмы. Родители выбирали ходунки разными способами: из ассортимента магазина, по совету родственников, через интернет и применяли ходунки до 1 года ребенок или пока самостоятельно не научился ходить.

На основании полученных данных был оформлен буклет по теме «Ходунки в жизни ребенка» и памятка «Рекомендации по применению ходунков»

С поставленной целью и задачами исследовательской работы справилась в полном объеме.

Литература

1. Митрошенко А.В. Мать и дитя. Карманная энциклопедия молодой мамы/ М.:РИПОЛ классик,2018.-640с.
2. Еремеева О.В. Ваш малыш от рождения до 3-х лет/ М.:РИПОЛ классик,2016.-640с.
3. Шуплецов А.А. Ребенок дошкольного возраста: Универсальное энциклопедическое издание для родителей/ Мн.: БАДППР, 2016.-480 с.
Интернет ресурсы:
4. История возникновения ходунков - <http://book33.ru/istoria-drugoe/istoriya-vozniknoveniya-xodunkov-i-rollatorov.html>
5. Современные виды детских ходунков - https://odmdetka.ru/article/detskie_khodunki_vidy_osobennosti_preimushchestva.htm
6. Ходунки для детей: польза и вред -<https://www.7ya.ru/article/Hodunki-dlya-detej-polza-i-vred/>

А.Ю. Власенко
Научный руководитель: преподаватель Н.И.Бобина
Областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение «Саянский медицинский колледж»
г.Саянск

МИОМА МАТКИ. ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА

Сведения о миоме матки имелись еще у древних врачей. При исследовании останков древнеегипетских мумий были выявлены случаи кальцифицированных узлов миомы матки. Гиппократ называл их «камнями матки»[2].

Миома матки - это доброкачественная опухоль, развивающаяся из мышечной ткани, состоящая преимущественно из элементов соединительной ткани. Заболевание не наблюдают у девочек до наступления менструаций. С появлением менструаций можно обнаружить миому матки. Случаи имеют единичный характер, прослеживается отягощенная наследственность по наличию миомы матки у близких родственников. В настоящее время отмечается увеличение доброкачественных опухолей матки, которое связывают с влиянием на организм женщин неблагоприятных факторов окружающей среды, нервно-психическим перенапряжением, что отражается на гормональной функции. При бесплодии миому матки обнаруживают в 23,5% случаев. Первичное бесплодие наблюдается почти у каждой 5-й больной с этим диагнозом.

Каждая 5 женщина обращается к гинекологу по поводу миомы матки, или 25% женщин, а также первородящих после 35 лет. Согласно результатам патологоанатомических исследований, миому матки диагностируют у 50% женщин.

Частота заболеваемости миомой к 35 годам составляет 35-45% среди всего женского населения. Пик заболевания приходится на возрастную группу 35-55 лет, однако в последнее время миома довольно часто диагностируется у женщин молодого репродуктивного возраста. Заболевание снижает качество жизни пациенток, хотя у некоторых пациенток клинических проявлений не наблюдается. В постменопаузе обычно рост миомы матки прекращается и происходит ее обратное развитие. В целом миома матки диагностируется более чем у 20% женщин при обращении к гинекологу с определенными жалобами, или случайно[2].

Согласно одной из теорий развития миомы матки, роль в возникновении данного заболевания принадлежит эстрогенам (женским половым гормонам). Факторами риска в

развитии миомы матки являются хирургическое прерывание беременности, осложненные беременность и роды, аденомиоз (эндометриоз тела матки), воспалительные заболевания маточных труб и яичников, кисты яичников, отсутствие беременности и родов у женщины старше 30 лет, ожирение, наследственный фактор, иммунные и эндокринные нарушения.

В подавляющем большинстве миомы матки располагаются в теле матки (95%), в остальных случаях – в шейке матки (5%).

Исходя из направления роста миоматозных узлов, различают следующие виды миомы матки:

– Субсерозная. При субсерозной миоме матки узел развивается на широком основании или длинной ножке. Локализуется субсерозная миома подбрюшинно, на поверхности матки под серозной оболочкой.

– Субмукозная. Подслизистая, или субмукозная миома матки растет в полость матки.

– Интерстициальная (интрамуральная), при которой опухолевый узел располагается в толще мышечной стенки матки.

– Атипичная. Проявляется нарушением функций соседних органов(прямая кишка, мочевой пузырь)[1].

Заболевание полисистемно и может сочетаться с:

- ожирением;
- гипертонической болезнью,
- ишемической болезнью сердца;
- заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
- щитовидной железы;
- неврозами;
- патологией молочных желёз[1].

Для большей наглядности данная классификация представлена на рис. 1

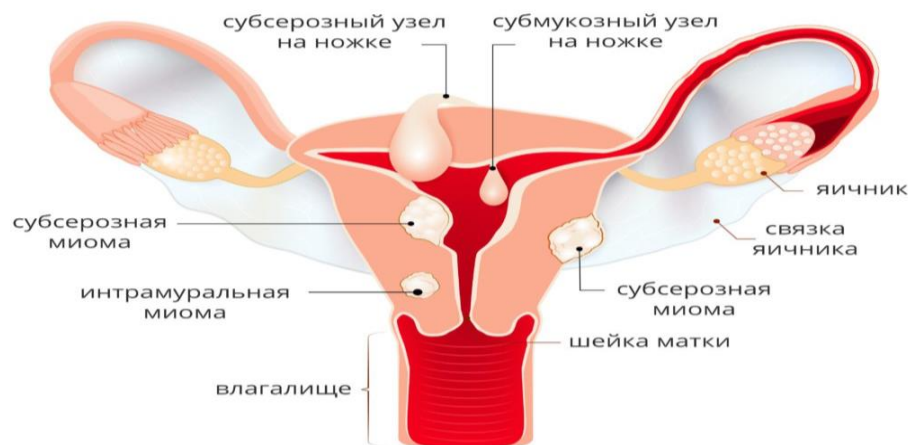


Рисунок 1 – Классификация миомы матки[2]

Миомы матки небольших размеров могут развиваться без клинических проявлений и случайно обнаруживаются во время гинекологического осмотра. Случаи перерождения миомы матки (фибромиомы) в злокачественную опухоль редко, но все же встречаются в клинической практике.

Данные о частоте встречаемости миомы матки в разных возрастных группах женщин РФ графически представлены на рисунке 2.

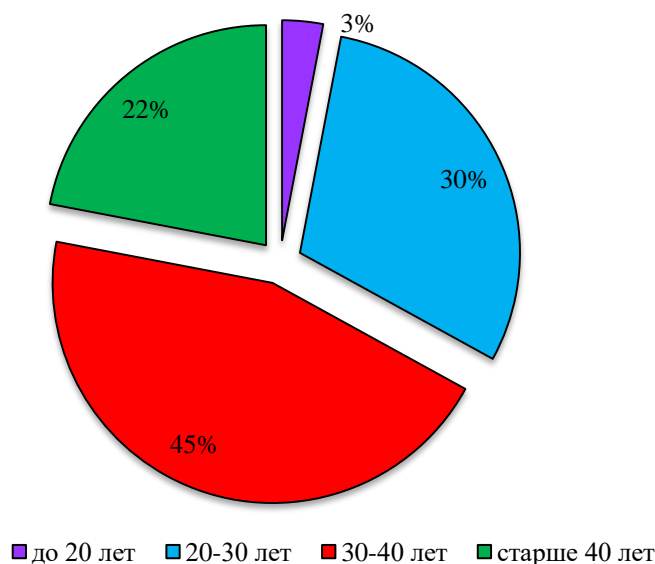


Рисунок 2 - Миома матки в разных возрастных группах женщин в РФ

В диаграмме показано, что на первое место по распространённости миомы выходит возрастная категория женщин 30-40 лет (45%), на втором месте – 20-30 летние женщины (30%), в 22% случаев миому диагностировали у женщин старше 40 лет, меньше всего миома матки встречается в возрасте до 20 лет (3%).

Таким образом, на рисунке прослеживается, что миома матки встречается во всех возрастных категориях. В настоящее время миома матки имеет тенденцию к «омоложению», что раньше встречалось крайне редко.

Чаще всего женщины предъявляют жалобы на усиление и удлинение менструальных кровотечений с выделением сгустков крови, возникновение ациклических маточных кровотечений, на фоне которых развивается анемия (снижение эритроцитов и гемоглобина в крови). Так же женщины отмечают боли, чаще всего возникающие внизу живота, или в пояснице.

В процессе развития миомы матки происходит сдавление близлежащих органов – мочевого пузыря и прямой кишки, что проявляется расстройством их функций: частым, затрудненным мочеиспусканием и хроническими запорами. Большие миомы матки, которые пальпируются через переднюю брюшную стенку, могут вызывать синдром сдавления нижней полой вены, проявляющийся сердцебиением и выраженной одышкой, особенно в положении лежа [3].

Миома матки коварна и опасна своими многочисленными осложнениями. Чаще всего встречаются кровотечение, ведущее к развитию анемии, невынашивание беременности. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла с развитием некроза (преждевременной гибели клеток), перекрут ножки опухоли – потребуют экстренного оперативного вмешательства. Субмукозная миома матки может вызывать маточные сокращения и рождение миоматозного узла через раскрытую шейку матки, сопровождающиеся болями и кровотечением. Злокачественное перерождение (малигнизация) миомы матки в раковую опухоль составляет до 2% случаев.

При своевременном обнаружении и правильно проведенном лечении миомы матки дальнейший прогноз благоприятен. В арсенале врачей есть различные методы лечения данной патологии, в том числе и консервативная терапия (медикаментозное лечение).

Чаще в настоящее время применяется эмболизация маточных артерий, число данных операций возрастает с каждым годом, потому что при данной операции **прекращается кровоснабжение миоматозных узлов, патологическая ткань отмирает и уменьшает миоматозные узлы**, ЭМА – это метод выбора для женщин, планирующих беременность в будущем, т.к. помогает прибегать к органосохраняющим операциям. После

органосохраняющих операций у женщин в репродуктивном периоде вероятно наступление беременности.

Вторым часто используемым методом лечения является миомэктомия лапароскопическая (удаление узлов миомы), данная операция позволяет выполнить очень точную миомэктомию. Лапароскопические операции позволяют уменьшить сроки госпитализации в стационар и, как правило, не осложняются в последующем спаечной болезнью.

Пациентке могут предложить оперативное лечение в следующих случаях:

- при больших размерах миоматозных узлов (более 12 см в диаметре);
- при быстрых темпах увеличения миомы матки в размерах;
- при выраженном болевом синдроме;
- при сочетании миомы матки с опухолью яичника или эндометриозом;
- при перекруте ножки миоматозного узла и его некрозе;
- при нарушении функции смежных органов – мочевого пузыря или прямой кишки;
- при бесплодии (если не выявлено других причин);
- при подозрении на злокачественное перерождение миомы матки.

Основным методом профилактики миомы матки служит регулярное наблюдение у гинеколога (не реже 2 раз в год) и УЗИ-диагностика, для своевременного выявления заболевания. Другими мерами предупреждения развития миомы матки являются правильный подбор гормональной контрацепции, профилактика аборт, лечение хронических инфекций и эндокринных нарушений.

Вывод: Для современной миомы матки характерно выявление в более молодом возрасте. За 40 лет частота возникновения миомы матки в возрасте до 30 лет увеличилась с 2 до 12,5%. Раннее наступление менструаций, отсутствие первых родов до 30 лет, аборт, ожирение – повышают риск возникновения миомы матки – это предотвратимые факторы возникновения и развития миомы матки.

Регулярная половая жизнь, полноценное и сбалансированное питание, рождение первенца до 30 лет, правильно подобранные методы контрацепции, контроль веса, отсутствие абортов – помогут снизить риск развития данного заболевания. Занятия спортом ограничивают рост узлов за счёт выделения мужских половых гормонов в нужных количествах, сдерживающих рост миомы. Женщинам, после 40 лет, следует ограничить себя в длительном пребывании на солнце.

Литература

1. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения) / Л. В. Адамян и др.; Российское общество акушеров-гинекологов // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 4. – С. 3-42.
2. Вольфф, М. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина : пер. с нем. / М. фон Вольфф, П. Штуте ; под ред. Е. Н. Андреевой. – Москва : МЕДпресс-информ, 2017. – 512 с
3. Кондриков, Н. И. Патология матки: руководство для врачей / Н. И. Кондриков, И. В. Барина. – Москва : Практическая медицина, 2019. – 352 с.

ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

В.А. Кожина
Научный руководитель: преподаватель О.В. Голубева
Анжеро-Судженский филиал
Государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения «Кузбасский медицинский колледж»
г. Анжеро-Судженск

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА САМОЧУВСТВИЕ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ

В условиях вирусной пандемии, самоизоляции граждан (обучающихся и преподавателей) и сопутствующего экономического кризиса в начале 2020 года по всему миру и в РФ на смену традиционному аудиторному образованию при обучении студентов пришли различные формы дистанционного, электронного и сетевого обучения. Дистанционное обучение - это получение образования с помощью интернета и современных информационных и телекоммуникационных технологий [2]. Вынужденный переход на такую форму обучения выявил как положительные, так и отрицательные стороны для каждого участника образовательного процесса.

Из положительных аспектов дистанционного обучения можно отметить такие как: эффективность, гибкость, модульность и параллельность, что отвечает требованиям современной жизни [1]. Но помимо преимуществ, существует и ряд недостатков. Необходимо отметить влияние дистанционного обучения на самочувствие обучающихся, так как большую часть времени им приходится проводить за монитором компьютера. Согласно статистике, после дистанционного обучения в 2019-2020 году более трети учащихся обратились в медицинские центры с жалобами на плохое самочувствие: головные боли, ухудшение остроты зрения, проблемы со спиной (позвоночником) [3].

Таким образом, положительные и отрицательные черты дистанционной формы обучения связаны именно с физической, психологической и социальной готовностью или неготовностью обучающихся к получению или продолжению образования.

Исходя из актуальности темы, была сформулирована цель - изучение влияния дистанционного обучения на самочувствие студентов во время пандемии.

Определены задачи исследования:

1. Раскрыть понятие дистанционного обучения и его формы.
2. Изучить преимущества и недостатки дистанционного обучения.
3. Провести анкетирование среди учащихся медицинского колледжа для выявления влияния ДО на их самочувствие.
4. Составить рекомендации для студентов при работе в дистанционном формате обучения.

Объект исследования: дистанционное обучение.

Предмет исследования: влияние дистанционного обучения на самочувствие студентов во время пандемии.

Гипотеза исследования: дистанционное обучение в большей степени оказывает отрицательное влияние на самочувствие и здоровье студентов.

Методы исследования:

1. Теоретический - изучение литературных источников.
2. Практический - анкетирование.

База исследования: АСФ ГБПОУ «КМК».

Практическая значимость работы состоит в том, что представленные выводы позволят сформулировать рекомендации для студентов при дистанционной форме обучения с целью положительного влияния на их самочувствие.

Первым этапом работы было изучение литературных источников по проблеме дистанционного обучения, далее проводилось эмпирическое исследование.

Сбор эмпирических данных осуществлялся с помощью анкетирования в Google форме. Анкета состояла из 12 вопросов, которые касались влияния дистанционного обучения на самочувствие студентов в период пандемии. В анкетировании принимали участие студенты очного отделения специальности «Сестринское дело» 2 курса и 3 курса в количестве 57 человек. Проведя анализ анкетирования, получили следующие результаты:

1. Учебная нагрузка больше увеличилась у студентов второго курса вовремя ДО.
2. У студентов, как второго, так и третьего курса изменился образ жизни при переходе на ДО.
3. Студенты и второго и третьего курса периодически испытывали усталость, смену настроения при такой форме обучения.
4. Болями в спине, шеи и конечностях периодически страдало большинство студентов, как второго, так и третьего курсов.
5. Изменения со стороны зрения отметили в незначительной степени студенты третьего курса, на втором курсе с такой проблемой столкнулось больше студентов.
6. Головными болями и головокружением периодически больше страдали студенты второго курса во время занятий.
7. Бессонницей страдало небольшое количество студентов вовремя ДО, но в большей степени это студенты второго курса.
8. Пищевые привычки у студентов при работе вовремя ДО практически не изменились.
9. Во время дистанционного обучения студенты ни второго, ни третьего курса не применяли здоровые сберегающие технологии.
10. Студенты отметили следующие трудности при дистанционном обучении:
 - большая нагрузка, боли в шее, сильное недосыпание, нарушения режима дня, плохое настроение, слезотечение, периодические головные боли и т.д;
 - времени на жизнь, сон, еду не было совершенно;
 - сбой режима;
 - снижение зрения, боли в шее.
11. Предложения студентов по улучшению работы в данном формате (система дистанционного обучения Moodle):
 - уменьшить нагрузку, так как предметов много, студенты могут сидеть за компьютером по 8-10 часов, что вредит их осанке, зрению и в принципе образу жизни;
 - начинать обучение с 11 часов, и уменьшить объем домашней работы.

По итогам исследования можно сказать, что на студентов медицинского колледжа второго и третьего курсов в период пандемии дистанционное обучение оказало негативное влияние на их самочувствие. Это можно связать с тем, что многие студенты были не готовы к переходу на новый формат обучения, который ранее не применялся, и конечно же то, что студенты не применяли здоровые сберегающие технологии во время обучения.

Таким образом, к основным проблемам здоровья сбережения на дистанционных занятиях можно отнести такие факторы как:

- стесненная поза, сидячее положение в течение длительного времени;
- утомление глаз, нагрузка на зрение;
- стресс при потере информации;
- большая нагрузка, боли в шее, сильное недосыпание, нарушения режима дня, плохое настроение, слезотечение, периодические головные боли и т.д.

Для студентов были составлены рекомендации для работы в дистанционной форме, с которыми они были ознакомлены.

Следовательно, в данной форме обучения, как и в любой другой, есть свои преимущества, но и также значительные недостатки. Но стоит отметить, что во время пандемий в какой-то степени дистанционное обучение является выгодным решением, поскольку не рекомендуется контакт и учеба может заполнить все время пребывания дома. Тайм-менеджмент, организованность и желание являются главными инструментами, которые помогут в этом.

Следовательно, главной задачей при реализации технологий дистанционного обучения является такая организация образовательного пространства на всех уровнях, при которой качественное обучение, развитие и воспитание обучающихся не сопровождается нанесением ущерба их здоровью.

Литература

1. Канава В. Достоинства и недостатки дистанционного обучения через Интернет/ методические организации/ В. Канава.- Москва:- Дрофа, 2020.- 250с, ил.- URL: [http:// www.curator.ru/doplus.html](http://www.curator.ru/doplus.html)(дата обращения).- Текст: электронный.
2. URL: <https://m.wikipedia.org/wiki/> (дата обращения: 29.03.2021).-Текст: электронный
3. UPL:<https://multiurok.ru/files/esse-na-temu-distantionnoe-obuchenie.html>(дата обращения: 27.03.2021).-Текст: электронный.

И. А. Ракитина
Научный руководитель: преподаватель О.Н. Лапшина
ЛКФ Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Кузбасский медицинский колледж»
г. Ленинск-Кузнецкий

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ

Здоровье является для человека важнейшим компонентом полноценной жизни. Перед здоровым человеком раскрывается масса возможностей для самореализации в жизни. В целом, организм человека уже с рождения наделен адаптивными механизмами ко многим жизненным невзгодам. Но с годами здоровье ослабевает, а болезней становится все больше. На это влияет в первую очередь образ жизни самого человека. Многие нравственные и поведенческие привычки, которые во многом сказываются на состоянии здоровья, закладываются еще в дошкольном и школьном возрасте. Школьник около 70% своей жизни проводит в образовательном учреждении. Это накладывает на учебное заведение обязательство выполнять не только образовательную функцию, но и способствовать формированию здорового образа жизни школьников

Здоровье - это жизненная ценность, занимающая одну из верхних ступеней в иерархической лестнице ценностей всего человечества. Здоровый образ жизни (далее ЗОЖ) – это деятельность человека, направленная на формирование, укрепление, улучшение и сохранение своего здоровья, предупреждение возникновения и развития заболеваний, то есть это комплекс устойчивых, полезных для здоровья привычек.

Поэтому сохранить здоровье можно только при здоровом образе жизни – поведении, направленном на укрепление здоровья и основанном на гигиенических нормах. Все это очень важно доводить до сведения школьников, пропагандировать им ЗОЖ, заниматься санитарно-просветительной работой. Так как время обучения в школе совпадает с напряженным периодом роста и развития школьников, морфофункциональных перестроек, когда организм крайне чувствителен к воздействию факторов окружающей среды. В это

время закладываются определенные манеры, привычки в поведении, которые играют важную роль в формировании личности и влияют на дальнейшую жизнь.

Все люди разные. У всех разная наследственность, воспитание, климатические условия жизни, устроенность быта, но всё же организм всех людей управляется общими законами, что позволяет вывести принципы формирования ЗОЖ, справедливые в отношении всех без исключения людей. К ним относятся:

1. Сбалансированное питание - это правильное, научно обоснованное потребление пищи, которое является важнейшим условием крепкого здоровья, высокой работоспособности и долголетия человека.

2. Физическая активность - это любая мышечная деятельность, позволяющая поддерживать оптимальную физическую форму и обеспечивать хорошее самочувствие.

3. Закаливание - это повышение устойчивости организма к неблагоприятному воздействию факторов окружающей среды путем систематического воздействия на организм этих факторов.

4. Полноценный ночной отдых - это главное, в чем нуждается организм человека. Ночью происходит восстановление организма от нагрузки, которую он получает днём.

5. Соблюдение личной гигиены - это один из важнейших принципов укрепления и сохранения здоровья.

6. Отказ от вредных привычек - это исключение из жизни таких пагубных пристрастий, как курение, приём алкоголя и наркотиков.

7. Режим дня - это соблюдение четкого расписания.

8. Общение - это установление и развитие контактов между людьми.

Одним из важнейших направлений современной медицины является медицинская профилактика. Её цель заключается в формировании, сохранении здоровья школьника и в предупреждении развития или прогрессирования заболеваний. Следовательно, самым важным в профессиональной деятельности медицинского работника является медицинская профилактика. Различают первичную, вторичную и третичную профилактику (реабилитацию). Школьный медицинский работник занимается только первичной и вторичной профилактикой.

Первичная профилактика - это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных отклонений в состоянии здоровья и заболеваний.

Она включает в себя следующий комплекс мер:

1. Меры по снижению влияния вредных факторов окружающей среды на организм учащихся:

- контроль за санитарно - гигиеническими условиями в образовательных учреждениях (соблюдение воздушно-теплового режима, естественного и искусственного освещения, качественного питания, физического воспитания, которые основаны на СанПиН 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях» с изменениями от 26.12. 2008 г.)

- контроль и оказание методической помощи в организации учебно-воспитательного процесса (участие в составлении учебного расписания, составление режима дня и занятий).

2. Меры по формированию здорового образа жизни: его пропаганда. Достигается это разными средствами: лекции, беседы (не только с учащимися, но и с родителями и педагогами), стенгазеты, брошюры, видео-уроки по соответствующей тематике.

3. Проведение иммунопрофилактики среди учащихся.

Вторичная профилактика представляет собой комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, а также предупреждение их обострений и осложнений.

Она включает в себя:

1. Профилактический медицинский осмотр всех учащихся и диспансеризацию «декретированных» классов с участием врачей -специалистов

(проводится 1 раз в год, с сентября по декабрь) с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития.

2. Целевое санитарно-гигиеническое обучение учащихся и их родителей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием.

Большинство детей проводят в школе большую часть дня в течение одиннадцати лет. Как говорилось ранее, время обучения в школе совпадает с напряженным периодом роста организма, который крайне чувствителен к воздействию факторов окружающей среды. Исследования показывают, что у многих детей за период обучения в школе состояние здоровья ухудшается в несколько раз. Причины этого явления не только социально-экономические условия, плохая экология, безработица среди родителей, наличие у детей вредных привычек, но и интенсификация учебного процесса, использование новых форм и технологий обучения, раннее начало систематического обучения, которое приводит к значительному росту количества детей, не способных адаптироваться к нагрузкам. Как следствие этого: снижение иммунитета, рост количества заболеваний, низкий уровень активности учащихся на уроках, слабая успеваемость. Особенно это характерно для учащихся школ с повышенной учебной нагрузкой (гимназии, лицеи) получивших столь большую популярность в последние годы. Поэтому школы совместно с детскими поликлиниками должны обязательно создавать условия для формирования ЗОЖ школьников, которое ведет к сохранению и укреплению здоровья детей.

В настоящее время наблюдается печальная тенденция в состоянии детского здоровья: рост заболеваемости, увеличение распространенности хронической патологии, снижения количества здоровых детей. По данным МЗ и СР РФ за последние 5 лет заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет увеличилась на 19,2 %, 15–17 лет — на 20,2%. В настоящее время наблюдается снижение количества абсолютно здоровых детей от 1-го класса к 3-му с 6,2% до 1,9%. За последние 10 лет отмечают рост частоты функциональных отклонений и хронических заболеваний со стороны центральной нервной системы, нарушения костно-мышечной системы, желудочно-кишечного тракта, а также аллергической патологии. Также, более, чем на 20% увеличилась доля детей с отклонениями в физическом развитии.

В Российской Федерации существует система раннего выявления нуждающихся в терапии детей и дальнейшей организации их жизнедеятельности. В частности, ежегодные медицинские осмотры обучающихся, проходящие на основании Приказа МЗ и СР РФ от 21.12.2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», которые позволяют разбить их на медицинские группы в соответствии с четырьмя критериями:

- 1) наличие или отсутствие функциональных нарушений и хронических заболеваний с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;
- 2) уровень функционального состояния основных систем организма;
- 3) степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- 4) уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

В соответствии с указанными критериями выделяют следующие группы V группы здоровья.

1-я группа – здоровые дети, нормально развивающиеся, без функциональных отклонений. 2-я группа – дети, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, а также часто (четыре и более раз в году) или длительно (более 25 дней по одному заболеванию) болеющие школьники. 3-я группа – больные дети в компенсированном состоянии: имеющие хронические заболевания или врожденную патологию в состоянии компенсации с редкими и нетяжело протекающими обострениями хронического заболевания без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия. 4-я группа – больные дети в субкомпенсированном

состоянии: имеющие хронические заболевания или врожденную патологию в состоянии субкомпенсации с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным характером реконвалесценции после острых заболеваний. 5-я группа – больные дети в декомпенсированном состоянии: с тяжелыми хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации и со значительно сниженными функциональными возможностями; как правило, они не посещают образовательные учреждения общего профиля, а обучаются либо в специализированных школах, либо на дому и наблюдаются по индивидуальным схемам .

Нами рассмотрено состояние здоровья учащихся гимназии №8 г.Ленинска-Кузнецкого, и получены следующие результаты, которые представлены на Рис.1:

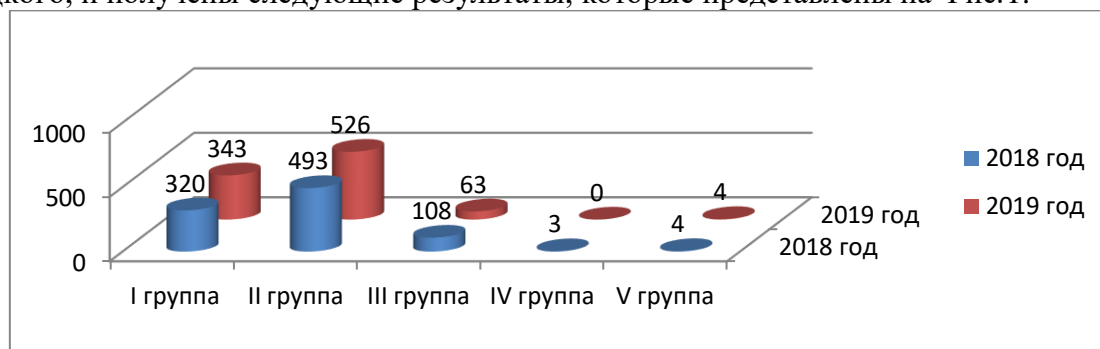


Рисунок 1- Состояние здоровья учащихся гимназии №8 (распределение по количеству человек в группе)

Из приведенной диаграммы мы видим, что основное количество учащихся имеют I и II группы здоровья (т.е.относительно здоровые дети). Также за один год произошли положительные изменения в состоянии здоровья учащихся. Количество человек в I группе увеличилось на 7%, во II группе на 6,5%, количество человек в III-ей группе уменьшилось на 41,6%, дети из IV-ой группы стали относиться к III, V группа без изменений. Такие изменения произошли за счёт проведённых средним медицинским работником мероприятий, направленных на уточнение заболеваний, обследование и присутствии в комиссии узких специалистов.

Большое значение имеет выделение II группы здоровья, так как функциональные способности этих детей не снижены, но у них существует высокий риск развития хронической патологии. Поэтому эти дети нуждаются не только в наблюдении, но и в проведении оздоровительных и коррекционных мероприятий, что в свою очередь играет роль в формировании ЗОЖ. Медицинский работник гимназии проводит с такими детьми санитарно-просветительную работу, корректирует выполнения спортивных нормативов (если это необходимо), проводит контроль за состоянием, устраивает физкультурные минутки. Дети отнесённые к III,IV,V группам здоровья, состоят на диспансерном учёте и 2 раза в год получают противорецидивное лечение. При наличии рекомендации противорецидивного лечения, назначения врача выполняются. Но в социально - неблагополучных и малообеспеченных семьях родители не придают особого значения заболеванию своих детей. Проводится разъяснительная работа по необходимости проведения противорецидивного лечения.

Правильное распределение детей по медицинским группам для занятий физкультурой является важной частью работы школьного медицинского работника и учителя физкультуры, и основано на Приказе МЗ РФ от 21.12.2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

На основе данных о состоянии здоровья, физического развития и физической подготовленности детей все учащиеся, занимающиеся по государственным программам, делятся на четыре группы: основная, подготовительная, специальная и группа лечебной физической культуры. Занятия физкультурой - одна из основных составляющих здорового образа жизни. Поэтому очень важно, чтобы движения, особенно в детском и юношеском

возрасте, становились все более совершенными, так как это будет способствовать формированию ЗОЖ учащихся и повышать сопротивляемость организма вредным влияниям окружающей среды.

Таблица 1- Распределение учащихся гимназии по физкультурным группам представлены в таблице:

	2018г.		2019г.		Динамика
Основная	822 чел.	88,6%	861 чел.	92%	Увеличение на 3,4%
Подготовительная	96 чел.	10,3%	67 чел.	7,15%	Снижение на 3,15%
Освобождённые	10 чел.	1,1%	8 чел.	0,85%	Снижение на 0,25%
Всего учащихся	928 чел.	100%	936 чел.	100%	

Из данной таблицы видно, что основная группа увеличилась, а подготовительная и освобождённые снизились. Что свидетельствует о увеличении количества здоровых детей.

Также средний медицинский работник гимназии ведет контроль за детьми с дефицитом массы тела, которых своевременно направляет на обследование к педиатру для устранения причин недостаточности массы тела, её коррекции. Детей с избытком массы тела, высоким ростом, низким ростом средний медицинский работник направляет к эндокринологу, так как встречаются дети и подростки с ожирением, задержкой физического развития, где некоторую роль играет генетический фактор. Процент детей с дефицитом массы тела в гимназии составляет 9%, с избытком массы тела - 12%. Средний медицинский работник в этом случае проводит санитарно-просветительную работу с детьми и родителями о правильном питании, адекватных физических нагрузках, прогулках на свежем воздухе.

Важнейшим разделом работы медицинского работника является контроль за диспансерным наблюдением детей, страдающих хроническими заболеваниями. Основными принципами труда медицинского работника являются раннее выявление заболеваний и их строгий учёт, систематическое наблюдение за больными, создание благоприятных условий для оздоровления ребёнка в семье, гимназии; своевременное противорецидивное лечение в период обострения, санация очагов хронической инфекции, организация всего комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на укрепление и повышение неспецифического иммунитета.

Выявление групп детей, нуждающихся в диспансерном наблюдении, проводится при проведении по возрастной диспансеризации и при плановых профилактических осмотрах в гимназии, при обследовании детей, состоящих на диспансерном учёте у кардиолога, уролога, нефролога, пульмонолога. Нами подсчитано количество детей в гимназии, страдающих хроническими заболеваниями и состоящих на диспансерном учёте за 2019 год, и проведено распределение по группам (Рис. 2).

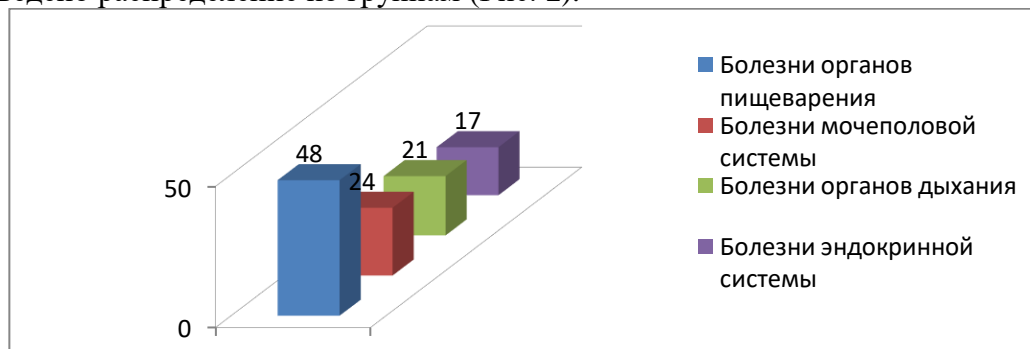


Рисунок 2- Количество детей, состоящих на диспансерном учёте

Рассмотрев, полученные данные можно заметить, что детей, состоящих на диспансерном учёте достаточно много. В общей сложности 110 человек, что составляет 11, 7% от общего числа обучающихся в гимназии.

На основании результатов, можно сделать вывод что, за период с 2018 года по 2019 год в гимназии прослеживается положительная динамика, которая ведёт к снижению заболеваемости. В процентном соотношении показатели состояния здоровья учащихся гимназии лучше чем общероссийские. Это говорит о том, что медицинский работник гимназии старается ответственно подходить к выполнению своих обязанностей и формирует насколько это возможно здоровую школьную среду для учащихся.

Литература

1. Баранов, А. А. Оценка состояния здоровья детей : новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях [Текст]: руководство для врачей / А. А. Баранов, Р. В. Кучма, Л. М. Сухарева. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2008. - 432 с.
2. Волков, С. Р. Здоровый человек и его окружение [Текст]: учебник/ С. Р. Волков, М. М. Волкова. - М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2011. – 608 с.
3. Дианов, М. А. Здравоохранение в России 2015 [Текст]: статистический сборник / М. А. Дианов, С.Ю. Никитина, Л.И. Агеева, Г.А. Александрова, Н.М. Зайченко. - М.: 3-46, 2015. – 174 с.
4. Кильдиярова, Р. Р. Здоровый ребенок [Текст]: медицинский контроль / Р. Р. Кильдиярова. - М.: Медпресс-информ, 2013. - 112 с.
5. Кирпичев, В. И. Комплексный подход к решению проблемы сохранения здоровья детей [Текст] / В. И. Кирпичев // Санитарный врач. - 2013. - № 5. - С. 41-42.

К.А. Петровская
Научный руководитель: преподаватель Н.В. Ванчугова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение "Братский медицинский колледж"
г. Братск

СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ

Важное значение физического воспитания в вузах объясняется рядом существенных обстоятельств.

Овладение профессиональными знаниями в условиях постоянного роста объема информации и связанной с этим интенсификации учебного труда требует от студента рационального расходования свободного времени для снятия умственного утомления и укрепления здоровья. Без физического воспитания, повышающего общую работоспособность, полноценное усвоение учебной программы вуза представляется затруднительным. И здесь физическое воспитание выступает как серьезный фактор, оптимизирующий умственную активность студентов.

Умственную работоспособность будущий специалист данной квалификации должен не только поддерживать, но и по мере возможности улучшать. Наиболее благоприятным периодом для этого являются школьный и студенческий возрасты. Отсюда в силу закона единства физического и психического состояния организма проблема повышения

интеллектуальной продуктивности более успешно решается, если организм человека получает оптимальную физическую нагрузку.

Задача массового развития физической культуры и спорта в стране силами только штатных физкультурных работников вряд ли решаема. Для этого необходим широкий физкультурно образованный и физически подготовленный общественный актив. Таким квалифицированным и динамичным слоем общества является многомиллионная интеллигенция — инженеры, врачи, педагоги и т. Д.

Поэтому в процессе обучения каждый студент должен получить, хотя бы в минимально достаточном объеме, основы специальных физкультурных знаний, организационно-методические умения и навыки по физкультурно-спортивной работе.

Физическое воспитание у студентов проводится на протяжении всего периода обучения студентов и осуществляется в многообразных формах, которые взаимосвязаны, дополняют друг друга и представляют собой единый процесс.

Учебные занятия являются основной формой физического воспитания в учебных заведениях. Они планируются в учебных планах по всем специальностям, и их проведение обеспечивается преподавателями физического воспитания.

Самостоятельные занятия способствуют лучшему усвоению учебного материала, позволяют увеличить общее время занятий физическими упражнениями, ускоряют процесс физического совершенствования, являются одним из путей внедрения физической культуры и спорта в быт и отдых студентов. В совокупности с учебными занятиями правильно организованные самостоятельные занятия обеспечивают оптимальную непрерывность и эффективность физического воспитания.

Массовые оздоровительные, физкультурные и спортивные мероприятия направлены на широкое привлечение студенческой молодёжи к регулярным занятиям физической культурой и спортом, на укрепление здоровья, совершенствование физической и спортивной подготовленности студентов.

В процессе обучения, по курсу физического воспитания предусматривается решение следующих задач:

- воспитание у студентов высоких моральных, волевых и физических качеств, готовности к высокопроизводительному труду;
- сохранение и укрепление здоровья студентов, содействие правильному формированию и всестороннему развитию организма, поддержание высокой работоспособности на протяжении всего периода обучения;
- всесторонняя физическая подготовка студентов;
- профессионально – прикладная физическая подготовка студентов с учётом особенностей их будущей трудовой деятельности;
- приобретение студентами необходимых знаний по основам теории, методики и организации физического воспитания и спортивной тренировки, подготовка к работе в качестве общественных инструкторов, тренеров и судей;
- совершенствования спортивного мастерства студентов – спортсменов;
- воспитание у студентов убеждённости в необходимости регулярно заниматься физической культурой и спортом.

Процесс обучения организуется в зависимости от состояния здоровья, уровня физического развития и подготовленности студентов, их спортивной квалификации, а также с учётом условий и характера труда их предстоящей профессиональной деятельности.

Уроки физической культуры должны повышать устойчивость организма студентов к физическим нагрузкам и быть направлены на улучшение физического и функционального развития, повышению работоспособности, сохранение и укрепление здоровья учащихся. Медико-биологической основой этих процессов являются физиологические, биохимические и морфологические изменения, возникающие во время занятий

физическими упражнениями, а также совершенствования нервной и гуморальной регуляции функций организма учащихся.

Одно из основных физиолого-педагогических требований урока физической культуры состоит в получении тренировочного эффекта. В физиологическом отношении тренировочный эффект заключается, прежде всего, в повышении функциональных возможностей различных органов и систем и развитии адаптации организма к физическим нагрузкам.

Тренировочный эффект возникает, если нагрузка достигает или превышает пороговую величину, которая всегда должна быть выше обычной повседневной (бытовой) нагрузки. Выбирая величину пороговой нагрузки, следует учитывать функциональные возможности организма, возраст и пол студентов.

На уроке физической культуры физиологическое обоснование нагрузок, прежде всего, обусловлено необходимостью изучения двигательной деятельности на уроке с учетом интенсивности нагрузок и времени их выполнения, а также оценкой функционального состояния организма в ответ на эти нагрузки. Исходя из этих основных положений, в настоящее время общепринятой является структура урока физической культуры, состоящая из трех взаимосвязанных частей: вводной (подготовительной), основной и заключительной.

Физическое воспитание в учебных заведениях проводится на протяжении всего периода обучения студентов и осуществляется в следующих формах: учебные занятия; самостоятельные занятия студентов физической культурой, спортом, туризмом; физические упражнения в режиме дня; массовые оздоровительные, физкультурные и спортивные мероприятия. Эти формы взаимосвязаны, дополняют друг друга и представляют собой единый процесс физического совершенствования.

Учебные занятия являются основной формой физического воспитания в учебных заведениях. Они планируются в учебных планах по всем специальностям, их проведение обеспечивается преподавателями кафедр физического воспитания на протяжении всего времени теоретического обучения студентов. Содержание курса физического воспитания регламентируется государственной учебной программой для вузов «Физическая культура». Учебный материал программы предусматривает решение задач физического воспитания студентов и состоит из теоретического и практического разделов. Практический раздел программы содержит учебный материал, направленный на решение конкретных задач физического воспитания студентов.

Физическое самовоспитание и самосовершенствование — условие здорового образа жизни. Физическое самовоспитание понимается как процесс целенаправленной, сознательной, планомерной работы над собой и ориентированный на формирование физической культуры личности. Для самовоспитания нужна воля, хотя она сама формируется и закрепляется в работе, преодолении трудностей, стоящих на пути к цели.

Итак, здоровый образ жизни даёт студенту как хорошее самочувствие, способность успешно переносить большие нагрузки, так и уверенность в своих силах. Физическая культура является важным средством повышения социальной и трудовой активности студентов, удовлетворения их моральных, эстетических и творческих запросов, а также потребности во взаимоотношениях.

Физическая культура является важнейшим средством социального становления студентов – будущих специалистов в различных сферах профессиональной деятельности.

Физкультурно-оздоровительная деятельность предполагает комплексное решение таких педагогических задач: образовательных, оздоровительных и воспитательных.

Максимальное развитие двигательных качеств, работоспособности, обеспечивающих достижение высоких результатов, является актуальным направлением при интегрированной реализации задач воспитательного, оздоровительного и образовательного характера.

Важную роль в оптимизации данной ситуации играют повышение мотивации к внедрению средств физической культуры в повседневной жизни, в том числе и к занятиям

по физическому воспитанию, рекреации, выбору адекватных средств компенсации недостатка повседневной двигательной активности.

Современная образовательная система должна обеспечивать оптимальные условия для реализации потребностей студентов в получении профессионально значимой информации, познании, общении, социальном признании и личностном самовыражении.

Литература

1. Бараненко, В.А. Здоровье и физическая культура студента: Учебное пособие / В.А. Бараненко, Л. А. Рапопорт. – М.: Альфа-М, 2017. – 352 с.
2. Барчуков, И.С. Физическая культура / И.С. Барчуков. – М.: Academia, 2017. – 304
3. Бишаева, А.А. Физическая культура: Учебник / А.А. Бишаева. – М.: Академия, 2018. – 224 с.

А. А. Скворцова

Научный руководитель: преподаватель Н. В. Ванчугова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Физическая культура – это особый вид культуры, который представляет собой человеческой деятельности, средство и способ физического совершенствования человека для выполнения социальных обязанностей. Структуру физической культуры составляют такие компоненты как: физическое образование, двигательное восстановление и реабилитация, а также спорт.

Целью физического воспитания в учебных заведениях является неотъемлемого компонента общей культуры будущего специалиста, способного реализовать ее в учебной, социально-профессиональной деятельности и семье, формирование физической культуры студента как системного качества личности.

Как правило, физическую культуру связывают лишь с совершенствованием природной основы человека, его физической организации. Вместе с тем, будучи одной из человеческих и социальных ценностей, она выступает как культура образа жизни людей, является предпосылкой других уровней общекультурного бытия - культуры мировоззренческой, политической, нравственной, этической и эстетической. В физической культуре человек стремится к гармонизации с самим собой, окружающим миром, природой и социумом.

Существует ряд исследований, при помощи которых установлено, что те студенты, которые систематически занимаются физической культурой, имеют более высокую активность, более уверены в себе и коммуникабельны, они выражают большую готовность к сотрудничеству и меньше боятся критики. Физическая культура

положительно влияет на характерологические особенности личности студентов.

В нынешнее время усиливается воздействие на организм неблагоприятных факторов окружающей среды, а нынешний век характеризуется возросшим потоком информации. Поэтому сейчас остро встал вопрос о профилактике различных заболеваний не только при помощи медицинских методов, но и при помощи физических упражнений.

Невозможно развить физкультурно-спортивные потребности, не занимаясь физическим совершенствованием. Если мышцы бездействуют и ухудшается их питание, то

уменьшаются объем и сила, снижается эластичность и упругость: они становятся слабыми, дряблыми при одновременном ухудшении деятельности внутренних органов.

Ограничение в движениях и пассивный образ жизни приводят к различным патологическим изменениям в органах и тканях.

Во все учебные заведения на протяжении всего периода обучения студентов осуществляется процесс физического воспитания студентов. Учебная программа является его основой. А самостоятельные занятия физической культурой только повышают уровень эффективности физического воспитания. Комплексное использование всех форм физического воспитания должно обеспечить включение физической культуры в образ жизни студентов, достижение оптимального уровня физической активности, которая в течении дня имеет огромное количество положительных моментов, таких как:

1. Укрепление здоровья;
2. Повышение умственной и физической работоспособности;
3. Совершенствование спортивной подготовленности студентов;
4. Увеличение потенциальных возможностей организма;
5. Обеспечение нормального физического развитие человека;
6. Воспитание у студентов высоких моральных, физических и волевых качеств

готовности к высокопроизводительному труду.

Физическое развитие, которое тесно связано со здоровьем — это процесс изменения и становления естественных морфологических и функциональных свойств организма человека в течение его жизни (рост, масса тела, окружность грудной клетки, жизненная емкость легких и другое).

Процесс обучения физического воспитания у студентов составляются с учетом состояния здоровья, уровня физического развития и подготовленности студентов, их спортивной квалификации, а также с учётом условий и характера труда их предстоящей профессиональной деятельности.

Самостоятельный же процесс занятий физической культурой формируется с учетом интересов личности и ее физических возможностей, во многом определяют появление новообразований личности в юношеском возрасте: открытия своего внутреннего мира, становления более или менее устойчивого образа «Я» связанного с развитием самосознания и появлением особого отношения к своей личности. Применение в процессе физического воспитания результатов собственного двигательного опыта в значительной мере способствует становлению и развитию познавательных интересов и активности личности.

Как итог, физическое воспитание обеспечивает сочетание знаний, производительного существования (физкультурно-оздоровительной деятельности), человеческих ценностей (эмоции), мира культуры (культурные символы и знаки) и способствует «расширению сознания» молодого человека.

Литература

1. Вилевский, М. Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студента / М.Я. Вилевский, А. Г. Горшков. – М.: КноРус, 2018. – 256с.
2. Муллер, А.Б. Физическая культура студента: Учебное пособие / А. Б. Муллер, Н. С. Дядичкина, Ю.А. Богащенко и др. – М.: Инфра-М, 2018. – 320с.
3. Барчуков, И.С. Физическая культура / И.С. Барчуков. – М.: Academia, 2017. – 304с.
4. Физическая культура и физическая подготовка: Учебник/Под ред. Кикотия В.Я., Барчукова И.С.. – М.: Юнити, 2017. – 288с.

ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Термин “здоровье”, сформулированный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), означает — состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни. На данный момент, к сожалению, не многие понимают, в частности молодежь, как оно дорого нам всем и насколько это необходимая часть нашей жизни. Таким образом, мы должны понимать, что никакие вспомогательные средства, лекарственные формы и хирургические вмешательства нам его не восполнят, а лишь продлят нашу жизнедеятельность на некий промежуток времени, если это связано с какими-либо жизнеугрожающими заболеваниями.

Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является существенной проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, совокупность народов, научный и экономический потенциал общества и, наряду с другими демографическими показателями, является чутким барометром социально-экономического развития страны.

Несмотря на сосредоточенном внимании к вопросам оздоровления подрастающего поколения и существующие законы, количество здоровых детей, по данным Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук, снизилось в несколько раз.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития России состояние здоровья детей и подростков в Российской Федерации характеризуется на сегодняшний день следующими неутешительными показателями:

- из 13,4 миллионов детей школьного возраста больше половины – 53 % – имеют ослабленное здоровье;

- около 65 % детей в возрасте до 14 лет имеют хронические заболевания;

- только 10 % выпускников общеобразовательных учреждений могут быть отнесены к категории здоровых лиц, остальные 90 % страдают теми или иными хроническими заболеваниями;

- общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет возросла только за последние пять лет на 16 %, а юношей и девушек в возрасте 15-18 лет - на 18 %;

- продолжается рост показателей болезней систем органов дыхания, сердечно-сосудистой, нервной, крови и кроветворения, врожденных аномалий и пороков развития.

Проведенные Научным исследовательским институтом гигиены и охраны здоровья детей Российской Федерации исследования показали, что количество детей в возрасте 6-7 лет, не готовых к регулярному обучению, превышает 32 %. Сохраняются высокие уровни элементарно-зависимых заболеваний (гастриты и дуодениты, болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей, сахарный диабет). Отмечается ухудшение показателей физического развития. Около 10 % детей школьного возраста имеют сниженные антропометрические данные. Низкий вес тела у детей и его дефицит выявляются в 3 раза чаще, чем десять лет назад. Около 7 % школьников страдают лишним весом.

Помимо трудностей социально-экономического характера и ухудшения экологии, к факторам, вызывающим снижение общих показателей здоровья школьников можно отнести следующее:

- Снижение физической активности;
- Чрезмерная интенсивность образовательного процесса;

- Несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников;
- Преждевременное начало дошкольного систематического обучения;
- Несоблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса;
- Функциональная неграмотность педагогов в вопросах охраны и укрепления здоровья;
- Широкая неграмотность родителей в вопросах сохранения здоровья детей;
- Частичное разрушение служб школьного врачебного контроля;
- Провалы в существующей системе физического воспитания;
- Ухудшение качества питания.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что среди факторов негативного влияния на здоровье детей школа занимает далеко не последние позиции.

Нередко определяющим фактором ухудшения здоровья школьников признается перегруженность детей из-за растущих объемов учебной информации и интенсивности учебного процесса.

Какой должна быть нагрузка в школе?

Учебная нагрузка российских школьников регламентирована СанПиНом 2.4.2.2821-10 «Требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях». В документе установлено максимальное количество академических часов для учащихся разных классов.

Таблица 1 - Максимальная учебная нагрузка в неделю в общеобразовательных организациях (в академических часах)

Классы	При 5-дневной учебной неделе	При 6-дневной учебной неделе
1 класс	21	-
2-4 классы	23	26
5 класс	29	32
6 класс	30	33
7 класс	32	35
8-9 классы	33	36
10-11 классы	34	37

В действительности нагрузка гораздо больше. Помимо занятий по обязательным предметам, дети посещают различные дополнительные кружки и секции, ходят к репетиторам и тратят минимум два часа в день на домашнюю работу. Согласно исследованиям международной Организации экономического сотрудничества и развития, в 2016 году Россия заняла первое место по количеству домашних заданий. Российские школьники тратят на них более 10 часов в неделю и соответственно очень устают.

Признаки переутомления:

- Ребенок днем чувствует сонливость, а вечером, наоборот, подолгу не может уснуть;
- У него плохой аппетит;
- Ему трудно сосредоточиться, он плохо запоминает и не испытывает никакого интереса к учебе;
- Ребенок младших классов становится импульсивным или плаксивым, а подросток – раздражительным, у него постоянно меняется настроение;
- Перегруженность учебной работой может привести ребенка к эмоциональному выгоранию.

Обнаружив любой из этих признаков, необходимо обратиться к врачу. Если обследование не выявит проблем со здоровьем, значит, речь идёт о переутомлении, и образ жизни школьника стоит менять.

Что помогает справиться с нагрузкой в школе?

- Родители должны объяснить ребёнку, особенно младшего школьного возраста, что отдыхать, не менее важно, чем учиться. При этом хороший отдых предполагает смену обстановки. Прогулки на свежем воздухе и живое общение с друзьями восстанавливают силы гораздо лучше.

- У ребёнка должно быть время на любимые хобби и развлечения. Нет ничего плохого в том, чтобы в выходные он провёл несколько часов за компьютером в своё удовольствие;

- Правильное питание обеспечит школьника витаминами, необходимыми для плодотворной учёбы;

- Выбор только тех кружков и секций, которые интересны ребёнку;

- Построенный режим дня даст возможность ученику хорошо выспаться и оптимально распределять нагрузку. Ребёнок должен спать не менее 8–9 часов в сутки и садиться за домашнее задание не позже 20:00;

- Не стоит требовать от ребёнка идеальных результатов по всем предметам — это ведёт только к стрессу и конфликтам. Родители должны всегда поощрять его старания и предлагать свою помощь, если это необходимо;

- Родители должны понимать, что помогать ребёнку с домашним заданием — это не значит, делать работу за него, тем самым оказывая ему "медвежью услугу". Такая «помощь» не научит ребёнка справляться с учебной нагрузкой;

- Если ребёнок не справляется с количеством заданий необходимо обсудить ситуацию с другими родителями. Возможно, стоит обсудить сокращение учебной нагрузки на родительском собрании.

Обще оздоровительные мероприятия в учебном процессе.

Преподаватели должны понимать, что учебный день школьников очень насыщен значительными умственными и эмоциональными нагрузками, и именно по этой причине в процесс обучения необходимо вводить небольшие перерывы на такие мероприятия, как:

- Общеразвивающие упражнения (подвижные игры, гимнастика для глаз, двигательноречевые упражнения);

- Познавательные (дидактические игры с движениями);

- Творческие (гимнастика для ума – с использованием физкультурного мяча и др.);

- Сюжетно – ролевые игры (пантомимическая гимнастика).

Заключение

Как вы уже знаете, “здоровье” – это драгоценный дар, который преподносит нам природа. Без него тяжело сделать жизнь счастливой и интересной.

Нам всем необходимо помнить, что состояние здоровья подрастающего поколения - важнейший индикатор благополучия общества и государства, отражающий настоящую ситуацию и дающий прогноз на будущее.

Настала острая необходимость объединить заинтересованные стороны для создания политики в области сохранения и укрепления здоровья народов, определить вклад образовательных, медицинских учреждений, общественных организаций, семьи, средств массовой информации и др. в процесс формирования у школьников устойчивых стереотипов здорового образа жизни.

Литература

1. Айзман, Р. И. Здоровьесберегающие технологии в образовании : учебное пособие для среднего профессионального образования / Р. И. Айзман, М. М.

Мельникова, Л. В. Косованова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 281 с.

2. Петрушин, В. И. Психология здоровья : учебник для среднего профессионального образования / В. И. Петрушин, Н. В. Петрушина. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 381 с.

3. Тихомирова, Л. Ф. Здоровьесберегающая педагогика : учебник для академического бакалавриата / Л. Ф. Тихомирова, Т. В. Макеева. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 251 с.

К.Р Бабаева

Научный руководитель: преподаватель И.П Кучмакра
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г.Братск

ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

«Одной из современных задач начального образования является сохранение и укрепление здоровья детей. Школа должна обеспечить школьнику возможность сохранения здоровья за период обучения в школе, сформировать у него необходимые знания, умения и навыки по здоровому образу жизни, научить использовать эти знания в повседневной жизни.» ФГОС второго поколения определяет эту задачу как одну из приоритетных. Результатом решения этой задачи должно стать создание комфортной развивающей образовательной среды.

Данное понятие в концепции ФГОС определяется как образовательное пространство: гарантирующее охрану и укрепление физического, психологического, духовного и социального здоровья обучающихся. Именно такое образовательное пространство является комфортным по отношению к обучающимся и педагогическим работникам.

Укрепление здоровья - это дело государственной важности. В соответствии с Законом РФ «Об образовании» здоровье школьников отнесено к приоритетным направлениям государственной политики в области образования. Это тем более важно, что по данным Минздрава, в России лишь 14% детей практически здоровы, 50% имеют функциональные отклонения, 35-40% - хронические заболевания. Институт возрастной физиологии РАО выявил, что на здоровье человека оказывают влияние множество факторов, причем эти факторы можно разделить на две большие группы:

а) внешние факторы (за пределами образовательного учреждения):

- экология;
- семья и микроклимат в ней;
- круг общения, вредные привычки; (слайд, см. презентацию)
- питание;
- здоровый образ жизни.

б) внутренние факторы (в самом образовательном учреждении):

- организация учебного процесса, методика организации урока;
- организация и реализация воспитательного процесса;
- двигательный режим учащихся в урочное и внеурочное время;
- создание условий психологического комфорта; (слайд)
- организация медицинского обслуживания в образовательном учреждении;
- организация питания;

- соблюдение санитарно-гигиенических норм.

Сила влияния школьных факторов риска определяется тем, что они действуют:

- комплексно и системно;
- длительно и непрерывно (10-11 лет ежедневно).

Здоровье, по концепции стандартов, понимается как совокупность нескольких составляющих, среди которых: физическое, психическое, духовное, социальное здоровье.

Нет какой-то одной единственной уникальной технологии здоровья. Здоровьесбережение может выступать как одна из задач образовательного процесса. Только благодаря комплексному подходу к обучению могут быть успешно решены задачи формирования и укрепления здоровья школьников.

В Примерной образовательной программе начального общего образования четко обозначены цели и задачи деятельности образовательного учреждения по данному направлению. Эта деятельность должна:

сформировать представление о позитивных и негативных факторах, влияющих на здоровье, в том числе о влиянии на здоровье позитивных и негативных эмоций, получаемых от общения с компьютером, просмотра телепередач, участия в азартных играх;

дать представление с учётом принципа информационной безопасности о негативных факторах риска здоровью детей (сниженная двигательная активность, инфекционные заболевания, переутомления и т. п.), о существовании и причинах возникновения зависимостей от табака, алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ, их пагубном влиянии на здоровье;

сформировать представление об основных компонентах культуры здоровья и здорового образа жизни;

научить выполнять правила личной гигиены и развить готовность на основе их использования самостоятельно поддерживать своё здоровье;

сформировать представление о правильном (здоровом) питании, его режиме, структуре, полезных продуктах;

сформировать представление о рациональной организации режима дня, учёбы и отдыха, двигательной активности, научить ребёнка составлять, анализировать и контролировать свой режим дня;

обучить элементарным навыкам эмоциональной разгрузки (релаксации);

сформировать навыки позитивного коммуникативного общения;

научить учащихся делать осознанный выбор поступков, поведения, позволяющих сохранять и укреплять здоровье;

сформировать потребность ребёнка безбоязненно обращаться к врачу по любым вопросам состояния здоровья, в том числе связанным с особенностями роста и развития.

Система работы по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни представлена в стандарте в виде пяти взаимосвязанных направлений:

создание здоровьесберегающей инфраструктуры,

рациональная организация учебной и внеучебной деятельности обучающихся,

эффективная организация физкультурно-оздоровительной работы,

реализация образовательной программы и просветительской работы с родителями.

Педагог непременно должен рационально организовывать учебную и внеучебную деятельность обучающихся, снижая чрезмерное функциональное напряжение и утомление, создавая условия для снятия перегрузки, чередования труда и отдыха. Необходимо соблюдение гигиенических норм и требований к организации и объёму учебной и внеучебной нагрузки (выполнение домашних заданий, занятия в кружках и спортивных секциях) учащихся на всех этапах обучения. Необходимо использование методов и методик обучения, адекватных возрастным возможностям и особенностям обучающихся (использование методик, прошедших апробацию); введение любых инноваций в учебный процесс только под контролем специалистов; строгое соблюдение всех требований к использованию технических средств обучения, в том числе компьютеров;

индивидуализация обучения (учёт индивидуальных особенностей развития: темпа развития и темпа деятельности), работа по индивидуальным программам начального общего образования; ведение систематической работы с детьми с ослабленным здоровьем и детьми с ограниченными возможностями здоровья, посещающими специальные медицинские группы под строгим контролем медицинских работников; организация динамических перемен, физкультминуток на уроках, способствующих эмоциональной разгрузке и повышению двигательной активности;

Здоровьесберегающая образовательная среда имеет принципиальное значение для формирования гармонично развитой личности. Только тогда, когда в школе будет создана такая среда (климат здоровья, культуры доверия, личностного созидания), возможны полноценное сохранение и укрепление здоровья, обучение здоровью, формирование культуры здоровья, усвоение ее духовно-нравственных, эстетических, физических компонентов.

Формирование здорового образа жизни должно происходить непрерывно и целенаправленно. Особенно актуальна эта проблема для начальной школы, что связано с кардинальными изменениями в привычном укладе жизни ребенка, освоением им новой социальной роли «ученик». Высокий процент первоклассников приходит в школу с врожденными, приобретенными заболеваниями.

Стандарт второго поколения обеспечивает формирование знаний, установок, ориентиров и норм поведения, обеспечивающих сохранение, укрепление здоровья, заинтересованного отношения к собственному здоровью, знание негативных факторов риска здоровья и т.д.

Рациональная организация учебного процесса необходима для предотвращения перегрузок, перенапряжения и обеспечения условий успешного обучения школьников, сохранения их здоровья. Поэтому одной из основных задач администрации школы по проблеме здоровья является организация и контроль за эффективностью всего комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья учащихся.

Наиболее важными показателями рациональной организации учебно-воспитательного процесса являются: организация уроков на основе принципов здоровьесбережения; использование на уроках здоровьесберегающих технологий.

От правильной организации урока, уровня его рациональности во многом зависит функциональное состояние школьников в процессе учебной деятельности, возможность длительно поддерживать умственную работоспособность на высоком уровне и предупреждать преждевременное наступление утомления. Существуют правила организации урока на основе принципов здоровьесбережения.

Правило 1. Правильная организация урока.

Во-первых, это учет всех критериев здоровьесбережения на рациональном уровне.

Во-вторых, главной целью учителя должно быть научить ученика запрашивать необходимую информацию и получать требуемый ответ. А для этого необходимо сформировать у него интерес, мотивацию к познанию, обучению.

Каждый урок должен быть интересен. П.Я. Гальперин пишет: «Известны случаи, когда даже маленькие дети в условиях обучения, построенного на интересе, легко выдерживают 10-12 часов ежедневных занятий без малейшего ущерба для здоровья. Губит здоровье детей тоска зеленая». Скучное обучение приводит к утомлению за значительно более короткое время.

Учитель может добиться интереса разными способами: за счет формы подачи содержания учебного материала, который надо сделать более доступным и привлекательным, за счет личностных качеств учителя.

В-третьих, взаимный интерес, который подавляет утомление.

Правило 2. Использование каналов восприятия. Особенности восприятия определяются одним из важнейших свойств индивидуальности – функциональной асимметрией мозга: распределением психических функций между полушариями.

Существуют различные типы функциональной организации двух полушарий мозга в зависимости от того какое из них является доминирующим:

левополушарные люди – для них характерен словесно-логический стиль познавательных интересов, склонность к абстрагированию и обобщению;

правополушарные люди – у данного типа развито конкретно-образное мышление и воображение;

равнополушарные люди - у данного типа отсутствует ярко выраженное доминирование одного из полушарий.

На основе предпочтительных каналов восприятия информации различают:

- аудиальное восприятие;
- визуальное восприятие;
- кинестетическое восприятие.

Знание этих характеристик детей позволит педагогу излагать учебный материал на доступном для всех учащихся языке, облегчая процесс его запоминания.

Правило 3. Учет зоны работоспособности учащихся.

Экспериментально доказано, что биоритмологический оптимум работоспособности у школьников имеет свои пики и спады как в течение учебного дня, так и в разные дни учебной недели. Работоспособность зависит и от возрастных особенностей детей.

Правило 4. Распределение интенсивности умственной деятельности.

При организации урока выделяют три основных этапа с точки зрения здоровьесбережения, которые характеризуются своей продолжительностью, объемом нагрузки и характерными видами деятельности.

Эффективность усвоения знаний учащимися в течение урока такова:

- 5-25 минута – 80%
- 25-35 минута - 60-40%
- 35-40 минута – 10%

Практически все исследователи сходятся во мнении, что урок, организованный на основе принципов здоровьесбережения, не должен приводить к тому, чтобы учащиеся заканчивали обучение с сильными и выраженными формами утомления.

Если правила здоровьесбережения недостаточно учитываются в организации и содержании самого процесса обучения, то возникает умственное переутомление школьников.

Утомление часто возникает в следующие периоды:

- начало учебного года и недели;
- возникает ежедневно к 3-4-му урокам;
- сначала проявляется слабо, а затем усиливается к концу учебного дня;
- окончание четверти, учебного года, недели.

Контролировать и регулировать процесс утомленной работоспособности ребенка должен учитель, так как от успешности решения этой проблемы зависит, насколько успешно будет осуществляться процесс обучения и развития личности ребенка.

Так каким же должен быть урок, помогающий сохранять и укреплять здоровье школьников?

1. С целью предупреждения утомления и усталости учащихся применяются дидактические игры, включаются в урок физкультминутки, вводится искусствоведческий материал, благоприятно воздействующий на эмоциональную сферу школьников, включаются школьники в групповую и парную работу, используются эмоциональная передача содержания учебного материала, юмор, перевод школьников к новым видам деятельности, которых должно быть в течение урока от 4 до 7; планируется смена вида занятий через 7-10 мин; выдача заданий, развивающих воображение, интуицию, эмоционально-чувствительное восприятие.

2. Решая проблему гиподинамии и снижения интеллектуальной активности школьников в течение урока, необходимо следить за посадкой учащихся; для учащихся 5-6

классов проводить психофизические физпаузы, зарядку для глаз; использовать методы обучения, способствующие активизации и развитию инициативы школьников, их личного творчества: свободную беседу, исследовательскую работу, поисковую работу (с дополнительной литературой), поисковую беседу, выбор способа действия и т.п.

3. Для рациональной организации учебной деятельности учащихся используются на уроках видеоматериалы, так как это способствует развитию дискуссий, стимулирует познавательный интерес учащихся; обеспечивается индивидуальный и дифференцированный подход в процессе обучения; обязательность дифференцированных домашних заданий. Наличие комплекта учебных пособий и карточек, материалов на электронных носителях с уровневými заданиями. Учет интенсивности и длительности самостоятельной работы, разработка таблиц оценки трудности уроков, выделение мотивационных линий урока.

4. С целью укрепления психологического здоровья школьников важно добиться на уроке благоприятного психологического настроения с помощью создания ситуаций успеха для учащихся, корректности и объективности оценки деятельности учеников на уроке, на основе искреннего уважения и доверия к обучающимся; избегать в собственном поведении отрицательных эмоций для себя и для учащихся, так как они являются здоровьеразрушающими; с целью создания ситуации успеха на уроке слабоуспевающим школьникам разрешается при ответе пользоваться опорным конспектом, составленным в тетради; доступность и преемственность информации, использование соответствующих средств наглядности и оптимального количества неизвестных ученикам понятий, установление межпредметных связей.

5. Решая проблему ценностного отношения учащихся к собственному здоровью, необходимо соблюдать санитарно-гигиенические требования к организации учебно-воспитательного процесса (температурный и воздушный режим, освещение, чистота и порядок в помещении кабинета) в соответствии нормами СанПиНа; обращать особое внимание на сохранность зрения учащихся: рассаживать детей на своих уроках с учетом состояния их зрения, корректировать освещение в кабинете; организация динамической перемены после третьего урока, использование подвижных перемен, введение утренней зарядки перед первым уроком.

Каждая школа должна стать «школой здоровья», а сохранение и укрепление здоровья учащихся должно стать приоритетной функцией образовательного учреждения. Но также надо не забывать и о своем здоровье.

Литература

1. Базарный В.Ф. Нервно-психическое утомление учащихся в традиционной школьной среде. — Сергиев Посад, 2018.

2. Макарова В. И., Дегтева Г. Н., Афанасенкова Н. В. и др. Подходы к сохранению здоровья детей в условиях интенсификации образовательного процесса // Российский педиатрический журнал. 2017. № 3. С. 60—62.

3. Юсупова Н. П., Плетнева Е. Ю. Создание здоровьесберегающего образовательного пространства как условие повышения качества образования // Сибирский учитель. Научно-методический журнал. 2016. № 4 (40).

МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ К ЗОЖ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Одной из ведущих личностных функций человека является отношение к собственному здоровью как важнейшему фактору реализации жизненных смыслов и целей. Современный этап развития общества, обострение социальной напряженности и ухудшение экологических характеристик среды обитания человека настоятельно требуют подготовки личности учащихся школы к динамично изменяющимся условиям существования.

В связи с этим функции образовательных учреждений не сводятся только к вооружению учащихся знаниями в соответствии с учебным планом – диктуется необходимость актуализации мотивационной сферы выпускников к здоровому образу жизни, вхождению личности в сложные, зачастую неблагоприятные жизненные ситуации, необходимость развить у них способность противостоять отрицательным факторам, разрушающим здоровье.

Понятие «здоровый образ жизни» не имеет однозначного определения. Представители философско-социологического направления рассматривают ЗОЖ как глобальную социальную проблему, составную часть жизни общества в целом. В психолого-педагогической сфере ЗОЖ трактуется с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации. Высказываются и другие точки зрения (например, медико-биологическая), однако четкой грани между ними нет, так как они нацелены на решение одной проблемы - укрепление здоровья индивидуума.

Исследование содержательных характерных основ ЗОЖ в научной литературе показало, что это не только способ жизнедеятельности, направленный на достижение физического здоровья, а чрезвычайно сложный социальный, психологический и педагогический феномен, суть которого заключается в гармонизации личности с собой, природой и обществом.

Модель системной комплексной работы школы по мотивации ЗОЖ учащихся включает два блока:

- 1) здоровьесберегающая инфраструктура образовательного учреждения;
- 2) рациональная организация учебного процесса.

Первый блок включает следующие компоненты: содержание здания и помещений школы в соответствии с гигиеническими требованиями, оснащённость кабинетов, спортивного зала необходимым оборудованием и инвентарем, соответствующее оснащение медицинского кабинета, школьной столовой; организация качественного питания; необходимый (в расчете на количество учащихся) и квалифицированный состав специалистов, обеспечивающих работу с учащимися (медицинские работники, учителя биологии и физкультуры, психологи, логопеды, социальные педагоги т. п.).

Второй блок включает использование методов и методик обучения, адекватных возрастным возможностям и особенностям учащихся; соблюдение гигиенических норм и требований к организации, объему учебной и внеучебной нагрузки учащихся на всех этапах обучения; строгое соблюдение всех требований к использованию технических средств в обучении; индивидуализацию обучения (учет индивидуальных особенностей развития ребенка), работу по индивидуальным программам в старших классах.

Реализация этих блоков создает возможность организации полноценного и регулярного питания, снятие перегрузок в учебном процессе, нормальное чередование труда и отдыха, повышает эффективность учебного процесса.

Цель - создание комплекса мероприятий по стабилизации и снижению уровня заболеваемости учащихся, увеличение двигательной активности детей, формирование личной гигиены, духовно-нравственной культуры, а также разнообразные системы контроля физического и психического здоровья школьников.

Так же выявлены две группы условий, обеспечивающие позитивную динамику формирования ценностной направленности учащихся на здоровый образ жизни:

- 1) организационно-педагогические условия;
- 2) психолого-педагогические условия.

Организационно-педагогические условия предусматривают:

1. формирование организационных структур: медико-психолого-педагогической службы, научно-методического совета, методических объединений учителей-предметников и классных руководителей, педагогического совета, творческих групп учителей по реализации опытно-экспериментальной работы;
2. подготовку педагогов для решения экспериментальных задач;
3. моделирование здоровьесберегающего образовательного пространства.

К психолого-педагогическим условиям относят:

- разработку спецкурсов с ярко выраженной направленностью на формирование у школьников здорового образа жизни, стремление к совершенствованию собственного здоровья и бережное отношение к здоровью окружающих людей;
- соблюдение здоровьесберегающих требований к организации учебно-воспитательного процесса;
- систематическое отслеживание состояния здоровья ребенка; его ценностного отношения к здоровому образу жизни.

Медицинская служба должна выступать координатором данной работы. Главными функциями медицинской службы являются: проведение индивидуального наблюдения, лечебно-профилактических мероприятий, углубленных медицинских осмотров учащихся (массовых и индивидуально-групповых); оказание медицинской помощи учащимся и педагогам школы во время стрессогенных ситуаций (олимпиады, ЕГЭ и т. п.) в виде успокоительных чаев, усиленной витаминизации питания, тренингов по релаксации и т. п.; организация массового санитарного просвещения (уроки ЗОЖ, Дни здоровья, индивидуальные и групповые беседы с детьми и их родителями, постоянно действующая рубрика по пропаганде здорового образа жизни в школьной печати, родительский лекторий, тематические классные часы); систематический контроль питания, нагрузок на уроках по физической культуре и технологии.

Медицинская служба функционирует в рамках преемственности и взаимосвязи между различными структурными подразделениями образовательного учреждения.

Физическая культура общества в целом и каждого человека в отдельности представляет собой базовое условие формирования здорового образа жизни.

Урок физической культуры – это школьный предмет, способствующий сохранению и укреплению здоровья детей, позволяющий хотя бы частично компенсировать статические и психологические нагрузки современного школьника в процессе обучения.

Физкультурно-оздоровительное образование учащихся на уроке в школе направлено на решение следующих задач:

- формирование системы элементарных теоретических знаний о здоровье и его составляющих, здоровом образе жизни, основах самостоятельных занятий физическими упражнениями;
- укрепление здоровья и закаливание, содействие правильному физическому развитию;

- формирование привычки к систематической целенаправленной двигательной активности;
- обучение навыкам безопасности жизнедеятельности.

Единство теоретического и практического обучения оздоровительной физической нагрузке создаёт предпосылки к формированию культуры здоровья школьников.

Кроме уроков физической культуры, двигательная активность учащихся складывается из ежедневной (утренняя гимнастика, ходьба, подвижные перемены и паузы в режиме учебного дня) и периодической, которая может быть разнообразной.

Главной целью деятельности психолого-педагогической службы является создание условий для обеспечения психологического здоровья и личностного благополучия всех субъектов образовательного процесса.

Основные задачи психолого-педагогической службы:

- содействие педагогическому коллективу в создании позитивной социальной ситуации развития учащихся, поддержка и укрепление психологического здоровья всех участников образовательного процесса;
- содействие педагогическому коллективу в создании условий для самореализации школьников в различных видах деятельности, в том числе и учебной;
- психолого-педагогическое изучение личности ребенка, выявление причин нарушений в обучении и развитии, разработка программы коррекции психологических и личностных особенностей учащихся;
- психологическое просвещение всех субъектов образовательного процесса (педагогов, учащихся, родителей, администрации) через семинары, родительские чтения, тренинги, факультативные занятия;
- содействие учителям в реализации индивидуального подхода к детям на основе психолого-педагогического изучения личности ребенка, ознакомление педагогов с результатами психолого-педагогической диагностики, консультирование педагогов и родителей по проблемным вопросам индивидуального развития учащихся.

Все более востребованной становится совместная работа учителя-предметника, психолога, классного руководителя, социального педагога, медицинского работника, а создание здоровьесберегающего пространства школы возможно лишь при наличии общепедагогической и психологической компетенции педагогов и других специалистов.

Психолого-педагогическая служба школы ведет мониторинг психического здоровья, степени тревожности, мотивации ЗОЖ ученика, комфортности в общеобразовательном учреждении и др. Результаты диагностики анализируются и обсуждаются с классными руководителями, даются необходимые рекомендации по формированию детского коллектива, созданию условий для плодотворной совместной работы учителя, ученика, родителя.

Таким образом, выявлено, что только коренная и целостная перестройка образовательной деятельности педагогического коллектива школы в соответствии с медицинскими нормами поможет не только укрепить здоровье участников образовательного процесса, но и сформировать устойчивую мотивацию ЗОЖ.

Выделенные организационно-педагогические и психолого-педагогические условия способствуют созданию обстановки успеха на протяжении всего процесса формирования мотивации ЗОЖ у учащихся в период обучения.

Очень важно в педагогической работе уметь не только объяснить молодым людям, что истинное, центральное значение здорового образа жизни состоит именно в образе жизни, который способствует укреплению здоровья, профилактике болезней и несчастных случаев, но также воспитать у юношей и девушек правильное восприятие здорового образа жизни, умение грамотно использовать разнообразные услуги оздоровительного сервиса.

Литература

1. Кильдиярова, Р. Р. Основы формирования здоровья детей: учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова, Ю. Ф. Лобанов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 328 с.
2. Жданова, Л. А. Основы формирования здоровья детей / Л. А. Жданова [и др.]; под ред. Л. А. Ждановой - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с

В. Р. Кашапова, Н. Г. Мутаирова
Научный руководитель: преподаватель А. В. Цапина
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ПРОФИЛАКТИКА ЦИФРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Каждому из нас сегодня просто невозможно представить свою жизнь без смартфона. В нем умещается вся наша жизнь: почта, прогноз погоды, интернет-банкинг, несчетное количество мессенджеров, приложение спортклуба, будильник, планер, приложения социальных сетей... Все это удобно, однако представляет угрозу.

Сегодня человечеству грозит сравнительно новая опасность — цифровая зависимость. Под этим понятием психологи понимают нарушение функции мозга, при котором он перестает работать на полную мощность, что мешает человеку полноценно раскрывать свой умственный потенциал.

Начавшаяся в 1980-х годах массовая компьютеризация привела к появлению людей, которые стали уделять ПК куда больше времени, чем того требовали работа или отдых. Взрослые и дети стали много времени проводить за играми, и до появления Интернета и гаджетов именно игровая компьютерная зависимость была наиболее распространена. Ситуация усугубилась с развитием глобальной паутины в середине 90-х — форумы и чаты всё чаще стали заменять реальное общение, а также стало набирать популярность бесцельное брожение по сети (интернет-сёрфинг).

Ещё большее погружение в виртуальную жизнь принесли миру 2000-е — время активного развития социальных сетей и гаджетов, которое продолжается и до сих пор. Если раньше уткнувшийся в телефон человек вызывал сочувственную улыбку у окружающих, сегодня «гаджетоманов» в городах едва ли не больше, чем тех, кто не зависит от своего «виртуального друга». Появился даже специальный термин — «гаджет-зависимость», подчёркивающий пристрастие человека к мобильным устройствам, от которых ему тяжело оторваться, а печальнее всего то, что более половины гаджетоманов — это дети и подростки.

Несмотря на то, что официальное признание проблема цифровой зависимости получила только в последние годы (до начала 2010-х всерьёз рассматривали только пристрастие к азартным играм), некоторые психологи забили тревогу уже давно: ещё в середине 1990-х годов Кимберли Янг обратила внимание соотечественников, а затем и всего мира, на киберзависимых людей, а в 1995 году она основала в Пенсильвании Центр интернет-зависимости.

Эта проблема актуальна для любого возраста. Однако зависимости чаще формируются тогда, когда для них есть личностный повод: незрелость, неспособность структурировать себя определённым образом и правильно направлять собственную работу (например, воспринимать компьютер как объект для работы, а не для развлечений). Как правило, это свойственно детям младшего школьного возраста. Чем раньше ребёнок получает компьютер, тем выше риск формирования у него цифровой зависимости. И, к

сожалению, у большинства современных детей планшет или смартфон появляется уже в начальной школе и даже раньше, тем самым они получают неограниченный доступ к интернету, при этом не имея выработанной системы противодействия зависимости.

По результатам исследования Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), подавляющее большинство подростков (98%) пользуются интернетом ежедневно, 89% из них заходят в социальные сети практически каждый день.

Сильнейшими маркерами этого психического расстройства являются три поведенческие особенности, которые чаще всего встречаются вместе:

1. Постепенное увеличение «дозы», то есть времени, проводимого за компьютером или гаджетом.

2. Изменение формы поведения, когда виртуальная реальность начинает подменять собой активность в реальной жизни.

3. Ухудшение эмоционального состояния без интернета, что Янг назвала «синдромом отмены».

Всё это ведёт к деградации личности: снижаются умственные способности, реальные цели в жизни подменяются виртуальными, ухудшается психическое и физическое здоровье. Живое общение вытеснили переписки в мессенджерах и соцсетях, а личные встречи уже воспринимаются многими как подвиг.

Негативные факторы цифровизации общества:

1. Утрата навыков письма и способности к творчеству. Люди, которые быстро пишут от руки, быстро читают и лучше воспринимают текстовую информацию и наоборот. А ещё письмо от руки стимулирует воображение и развивает творческие способности, поскольку пишущий человек лучше печатающего представляет себе в уме то, о чём он пишет.

2. Утрата способности воспринимать большие объёмы информации. Современное обучение направлено на поиск правильных знаний, при этом люди перестают изучать материал целиком, выхватывая разрозненные куски, а это не ведёт к пониманию смысла. В результате статьи в угоду пользователям становятся всё короче и короче, что приводит к массовому отуплению, поскольку в коротких статьях объяснить самые важные и полезные для ума вещи просто невозможно, а писать длинные стало занятием бессмысленным, ведь их почти никто не читает.

3. Зависимость от экрана. Настоящим цифровым наркотиком стали гаджеты, оторвать от которых человека бывает очень сложно. Учёные, занимающиеся исследованием деятельности головного мозга, называют экраны планшетов (и компьютеров) «электронным кокаином», поскольку при их использовании у людей в большом количестве вырабатывается дофамин — гормон удовольствия, что вызывает всё большую зависимость от этих устройств.

4. Снижение навыков общения, ухудшение речевой функции. Общение в соцсетях не случайно считают суррогатной формой коммуникации — оно замещает необходимое реальное взаимодействие, без которого человек деградирует эмоционально и ему становится тяжело общаться. При более тяжёлых формах зависимости человек вообще перестаёт испытывать потребность в общении и становится замкнутым, получая удовольствие только от виртуальных занятий.

5. Повышение агрессии и раздражительности. Излишние «цифровые дозы» негативно влияют на психику даже взрослого человека — что уж говорить о детях! А причина неадекватного поведения заключается как раз в том, что гаджет или компьютер становится наркотиком, от которого не оторваться, а реальные цели подменяются виртуальными — соответственно, если что-то не получается в игре или с виртуальным другом, это может восприниматься даже более болезненно, чем неудачи в учёбе или реальные ссоры.

6. Ухудшение умственных способностей. Речь о прогрессирующем явлении, которое учёные называют «цифровым слабоумием». Автор термина и книги с

одноимённым названием, немецкий профессор Манфред Спицер на основе многолетних исследований сделал вывод о том, что цифровые технологии избавляют человека от умственной работы, а как известно, орган, который не задействуется (в данном случае мозг), постепенно отмирает. В мозге это проявляется ослаблением и исчезновением множества нейронных связей. Получаемая из интернета информация не усваивается, а слепо копируется, почти не обрабатываясь мозгом. В результате не задействуется способность мозга к критическому мышлению и память — важнейшие функции, благодаря которым человек познаёт мир и взаимодействует с ним.

7. Ухудшение здоровья. При постоянном нахождении за компьютером или гаджетом человек может испытывать головные боли, а в отдельных случаях наблюдается ухудшение зрения. Не проходит бесследно такое снижение активности и для физического состояния организма: снижается тонус мышц, накапливаются жировые отложения, а это, в свою очередь, приводит к возникновению целого ряда не только неприятных, но и опасных заболеваний сердца и внутренних органов.

Всякая профилактика должна быть системной. Во-первых, ребёнок должен понимать, что гаджет, который лежит у него в кармане, служит определённой цели: при помощи него можно позвонить, почитать, посмотреть расписание транспорта или карту. Рассказывать об этом ребёнку должны все: и родители, и педагоги, и психиатры, и государство. В разных странах этот вопрос решается по-разному, однако везде он решается при участии государства. Где-то введены возрастные ограничения: в основном до 13-14 лет запрещается пользоваться гаджетами без контроля родителей; где-то есть специальные уроки в школах, на которых объясняют, как извлечь максимум пользы из своего смартфона.

Известный психотерапевт Андрей Курпатов рекомендует не пользоваться смартфоном в течение часа после пробуждения и за час перед сном. Определить для своего смартфона место постоянной дислокации в квартире – место, где он будет всегда лежать, где только и можно им пользоваться. Создать в квартире «зоны, свободные от смартфона»: ванная комната, спальня, кухня, детская. На самом смартфоне: отключить звук (ограничиться эффектом вибрации), оставить на нём только действительно необходимые программы и приложения, отключить всплывающие значки и красные символы непрочитанных сообщений. Использовать программы, ограничивающие время, проведённое со смартфоном.

Самый главный критерий зависимости и независимости – можете ли вы обойтись без этого предмета. Чтобы уметь себя контролировать, нужно быть самодостаточным, иметь определённый интеллектуальный, духовный барьер.

Литература

1. Андрей Курпатов. Профилактика цифровой зависимости: советы Андрея Курпатова. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://news.rambler.ru/other/41648197/?utm_content=news_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylink (дата обращения: 29.03.2021)

2. «Цифровая зависимость»: как она разрушает личность и можно ли этому противостоять? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vc.ru/flood/127023-cifrovaya-zavisimost-kak-ona-razrushaet-lichnost-i-mozhno-li-etomu-protivostoyat> (дата обращения: 29.03.2021)

3. Цифровая зависимость у подростков: причины возникновения. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.cism-ms.ru/poleznye-materialy/tsifrovaya-zavisimost-rochemu-podrostki-v-zone-riska/> (дата обращения: 29.03.2021)

Е. А. Ткачёва
Научный руководитель: преподаватель Н. П. Кустова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Наркомания - это настоящая эпидемия, ежедневно уносящая тысячи жизней по всему миру. Специалисты из разных областей медицины и науки пытаются найти решение этой проблемы, на сегодняшний день вопрос лечения наркозависимости остается открытым. Однако, пытаясь избежать реальности, другие люди из любопытства продолжают употреблять наркотики и сразу же попадают в ловушку, не осознавая этого. Главной целью в жизни наркомана становится порция наркотиков, а семья, приятели, учеба и увлечения отходят на второй план.

Сегодня это одна из главных социальных проблем современной молодежи. За последние 35 лет количество наркозависимых в России выросло более чем в 200 раз и приблизилось к 5 миллионам человек, а количество зарегистрированных наркозависимых и лиц, употребляющих наркотики, в 9 раз превышает аналогичные показатели в Европе. Сообщество и составляет 26,1 на 10 тыс. населения. Особенно быстро наркомания захватывает подрастающее поколение. Около 75% наркоманов впервые попробовали наркотики в подростковом возрасте.

Самый эффективный способ борьбы с наркоманией - профилактика. Если подросток сможет противостоять негативным воздействиям окружающей среды, он останется здоровым человеком. В этой же ситуации подростки ведут себя совершенно иначе: одни становятся зависимыми, а другие не поддаются искушению. У молодых людей не всегда есть ресурсы для принятия правильных решений. Их психика часто сталкивается с различными трудностями, когда они вступают в новую жизнь.

Эффективная профилактика наркомании - это комплекс мер, направленных на предотвращение социальной чумы, такой как употребление наркотиков, а также на сокращение количества людей, участвующих в этом процессе. Самый простой и доступный метод профилактики наркомании среди подростков - активная пропаганда с раннего школьного возраста. При выполнении этих мероприятий у детей и подростков наблюдается стойкое формирование негативных ассоциаций при упоминании наркотиков. Комплекс этих мер поможет предотвратить наркоманию и прекратить психологическую тягу к психотропным веществам.

Характер и привычки формируются в раннем возрасте. Поэтому крайне важно информировать ребенка о наркотиках и об их пагубном влиянии, начиная с этого возраста. Наилучшие результаты приносит работа с ребенком с 5 до 10 лет. Человек, который в этом возрасте сформировал определенное мнение, больше не сможет его отвергнуть. Исследователи показали, что мировоззрение и представления о добре и зле, сформировавшиеся у человека в этот период, становятся основой формирования ребенка во взрослом мире. Исходя из этого, крайне важно заниматься профилактикой наркомании с раннего школьного возраста. Также следует учитывать, что в целом почти бессмысленно объяснять опасность наркотиков молодым людям в возрасте от 14 до 17 лет, потому что они уже видят себя взрослыми и убеждены в своей правоте даже в отношении безопасности таких наркотиков. - так называемые «легкие» препараты. Если ребенку в раннем возрасте не дали необходимую информацию, переубедить его в будущем будет крайне сложно, особенно если он в подростковом возрасте уже успел попробовать определенные вещества.

Особенно важно обратить внимание на методы профилактики наркомании среди старшего звена подростков. Для этого рекомендуется ежегодно организовывать посещение

школы врачом-наркологом. Во время занятия специалист должен объяснить подросткам опасность наркомании и разрушительное действие наркотиков на организм и их социальное становление в обществе. Такой подход хоть и является малоэффективным, но все же, может приносить определенный положительный эффект. Эффективными мероприятиями по профилактике наркомании станут посещения клиник, встречи с людьми, которые победили свою зависимость. Информация, полученная из «первоисточника» о том, как формируется зависимость, как отслеживается абстиненция, будет намного эффективнее, чем отображение графиков или диаграмм.

Профилактическая работа также должна учитывать факторы, побуждающие людей к употреблению алкоголя или наркотиков. В основном это безделье. Когда у подростка нет хобби или хобби, он выходит на улицу ради развлечения и заполняет вакуум. Да, родители должны быть более вовлечены в развитие ребенка, но и образовательное учреждение не должно исключаться из этого процесса. Организация досуга студентов - важный этап, который может включать в себя спортивные отделения, экскурсии, тематические кружки.

Кстати, родители - еще одно направление профилактических мер. Не все взрослые способны распознать симптомы употребления наркотиков сыном или дочерью. Поэтому им будет полезна аналогичная встреча с наркологом или бывшим наркоманом. Зная признаки наркотического опьянения или последствия приема наркотиков, сложнее обмануть себя в выводах о том, почему ребенок ведет себя странно, возвращаясь вечером с улицы. Не стоит забывать о методах выявления групп риска - это не только психологическая диагностика, но и наблюдение со стороны учителей, медицинские анализы, сотрудничество со специализированными подразделениями правоохранительных органов. Выявление признаков девиантного поведения у подростков требует своевременных действий. Оказывая комплексное воздействие на подрастающее поколение, есть шанс снизить процент наркоманов в нашей стране.

Наркотики несут мощный тонизирующий заряд, приводят человека в состояние блаженства, беспричинного радостного возбуждения, когда подавляются страхи и печали и всё окрашивается в розовые тона. Положительно-эмоциональный, оптимизирующий эффект наркотиков настолько силен, что в короткий срок у человека возникает безудержное влечение к ним, всепоглощающая навязчивая страсть – то, что называют манией. В этом - самое опасное, самое коварное свойство наркотиков. Ни одна другая ценность не обладает таким мгновенно «засасывающим» свойством. Уже при первом наркотическом опьянении вся мощь «эмоционального фильтра» проявляется в полную силу, все на свете кажется прекрасным. Люди вокруг красивые, девушки на дискотеке красивые, музыка прекрасная; Все меня любят; Я хорошо говорю, я уверен в себе, свободно и прекрасно танцую, я счастлив, я счастлив, как в раю. Эти впечатления навсегда запоминаются в виде заманчивых, переоцененных образов. Они немедленно берут человека в плен. Неслучайно, чтобы воссоздать испытываемые ими наркотические эмоции (кайф), подростки готовы грабить и при необходимости убивать своих родителей или совершать любое другое преступление.

Сознание закичивается на одной ценности – наркотики, все остальное отодвигается на второй план и обесценивается. Это означает, что употребление наркотиков становится главным смыслом жизни наркомана. Такого развития событий можно избежать одним способом, а именно: обучить личность антинаркотическим установкам и системе здоровых и созидательных ценностно-смысловых ориентиров. В связи с этим представляет большой интерес знание психологических механизмов процесса смолообразования.

Для профилактики наркомании среди молодежи специалисты проводят специальную профилактическую работу, в основе которой лежит ряд важных принципов: массовость (вовлечение в работу больших групп); многоуровневый и адресность (осуществление деятельности в зависимости от возраста, пола, индивидуальных особенностей и качеств подростка); устранение любых негативных последствий; максимальная вовлеченность в работу самого подростка, его активности; исключительная

позитивность информации и информации; ответственность подростка и его индивидуальный интерес; позитивный взгляд на будущее (опора на правильные моральные ценности, желание мыслить стратегически, постановка целей, которых нужно достичь в ближайшем будущем).

На современном этапе развития общества проблема наркомании выходит за рамки национальных границ и представляет собой глобальную проблему. Однако очень важно не игнорировать эту проблему. Напротив, нужно распространять как можно больше информации о причинах, последствиях и методах борьбы с этим заболеванием. Должны проводиться встречи в поддержку тех, чьи близкие подвержены наркозависимости, необходимо повысить уровень грамотности в этом вопросе. Физическая культура и спорт - важные элементы, для подрастающее поколение встать на верный путь. Они будут наиболее эффективными на основе реализации идей личностно-ориентированного воспитания и воспитания, выбора вида спорта и определения содержания урока по интересам. Стоит учесть, что, помимо этого, нужны и другие методы профилактики, без которых комплекс работ полноценно функционировать не будет. Это так называемые Горячие линии - специальные службы, сотрудники которых могут оказать психологическую поддержку наркоманам, объяснить, что может случиться с распространителями вредных веществ, помочь людям в трудных жизненных ситуациях. Звонящие могут спросить у экспертов, что их интересует в области химической зависимости, и получить исчерпывающую информацию о медицинских и реабилитационных учреждениях.

Литература:

1. Аминов, Д. В. Социально-демографическая ситуация в молодежной среде/Д. В. Аминов / Молодежная политика в Ярославской области: сб. инф.-аналит. и норматив.материалов / ГУ ЯО Ярослав. обл. молодеж. информац. центр. – Ярославль, 2019. – 183 с.
2. Лекции по наркологии. – Изд. 2, перераб. и доп. под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Изд-во «Нолидж», 2016. — 448 с.
3. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков / пер. с англ. — СПб., 2000
4. Иванец, Н. Н., Кошкина, Е. А., Киржанова, В. В. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных федерального статистического наблюдения/Н. Н. Иванец, Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова, В. М. Гуртовенко, Н. И. Павловская, В. А. Ходырев, В. А. Клевно, Е. М. Соломатин / Вопросы наркологии. – 2018. – № 3. – С. 105–118.
5. Леонова, Л.Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте: учебно-методическое пособие / Л.Г. Леонова, Н.Л. Бочкарёва — Новосибирск: Новосибирский медицинский институт, 2018. — 48 с.

Е. С. Ткаченко
Научный руководитель: преподаватель А. А. Мануйленко
Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение «Красноярский базовый медицинский колледж им. В.М. Крутовского»
Г. Красноярск

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СФОРМИРОВАННОСТИ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Главным ресурсом любой страны, одним из гарантов ее национальной безопасности является образование как основа полноценного развития личности. Физическое и духовно-нравственное здоровье населения определяет уровень цивилизации государства, является индикатором устойчивого развития нации. Образовательное учреждение на современном этапе развития общества должно стать важнейшим звеном в формировании и укреплении здоровья учащихся.

На сегодняшний день ухудшение здоровья школьников в России стало не только медицинской, но и серьезной общей проблемой педагогов, медиков и родителей [2]. Поражает стремительность, с которой нарастают кризисные явления в этой сфере жизни. Одной из причин этого является образ жизни семей, где сегодня воспитываются дети. В большинстве семей можно обнаружить так называемые факторы риска: хронические инфекционные заболевания, несбалансированное питание, низкая физическая активность, курение, злоупотребление алкоголем, наркотиками и т. д. При этом часто в семье присутствуют не один, а сочетание нескольких факторов [3].

Проблема воспитания здорового поколения приобретает в настоящее время все большее значение. На ухудшение здоровья влияют многие факторы, в том числе отношение населения к своему здоровью и здоровью своих детей. Сохранение и укрепление здоровья детей – одна из главных стратегических задач страны.

Культура здоровья – это определенный образ жизнедеятельности индивида, связанный с профилактикой заболеваний и укреплением состояния здоровья. Главным показателем сформированности культуры здоровья является высокий уровень состояния здоровья индивида, высокий уровень как физической, так и интеллектуальной работоспособности, преодоление стрессовых факторов и психологическая устойчивость [4].

Объект исследования: культура здоровья младших школьников.

Предмет исследования: качество сформированности культуры здорового образа жизни младших школьников г. Красноярска.

Цель работы: проанализировать состояние сформированности у детей установки на бережное отношение к себе и своему здоровью.

Забота о здоровье - одна из важнейших задач каждого человека. Когда речь идет о здоровом образе жизни детей, то в основе своей подразумевается определённый комплекс психолого-педагогических, интеллектуальных, физиологических (бытовых) и духовно-нравственных условий и мероприятий, позволяющий учащимся начальных классов сохранять и развивать работоспособность и активность в освоении программ обучения и воспитания.

В последние 5 лет в научной литературе публиковались данные о здоровье детей, приходящих в школу. Опыт работы в школе демонстрирует, что психическое и физическое воздействие на детей в школе должно быть соразмерно их возрастным возможностям. С приходом детей в 1 класс важно знать, как и что должна делать школа в целях предотвращения негативных последствий для их здоровья [5].

Анализ эксперимента: в рамках аналитической части исследования, нами было проведено интервьюирование врачей и педагогов в 4 общеобразовательных учреждениях г. Красноярска.

Результаты проведенного интервью показывают следующее: среди обучающихся 1-3 классов в 2021 году только 2,2% были практически здоровы. У остальных наиболее часто встречались нарушения опорно-двигательного аппарата, невротические расстройства, нарушения зрения и речи. Наряду с этим у детей отмечено снижение темпов созревания организма и общего интеллектуального развития. Также отмечается незрелость эмоционально - волевой сферы младших школьников, нарастание невротических проявлений, увеличение хронических заболеваний, низкая адаптация к школе.

Выводы: анализ состояния здоровья младших школьников г. Красноярска продемонстрировала низкий уровень показателей, что свидетельствует о низком уровне культуры здоровья, сформированном в семье.

В то же время, на основании исследования специализированных литературных источников мы пришли к заключению о том, что укрепление здоровья детей может быть достигнуто лишь совместными скоординированными усилиями педагогов, школьников и их родителей, медработников, психологов и социальных педагогов школы [1].

Основным решением проблемы ухудшения здоровья школьников, является формирование у них знаний о здоровом образе жизни в процессе обучения, воспитания, а также осознанного отношения к собственному образу жизни.

Решить проблему исключительно оздоровлением и лечением детей, уже заболевших, невозможно. Только своевременное, целенаправленное, систематическое проведение комплекса профилактических и реабилитационных мероприятий, в первую очередь в сфере школьной жизни, позволит исключить негативные тенденции в динамике показателей здоровья.

Формирование культуры здоровья и безопасного образа жизни школьников осуществляется педагогами наиболее эффективно, если в процесс обучения во внеурочную деятельность включаются активные формы работы, направленные на пробуждение в детях желания заботиться о своем здоровье; формирование установок на использование здорового питания; формирование негативного отношения к факторам риска здоровью детей.

Практическое значение работы: одним из доступных вариантов, предложенных нами в качестве практического решения проблемы сохранения здоровья детей младшего школьного возраста, явилось размещение в школах специально разработанных информационных профилактических постеров формата А2.

Постеры были предоставлены в каждое из 4 образовательных учреждений, принявших участие в проведении аналитического исследования и размещены в фойе для ознакомления школьников.

Дальнейшим возможным направлением деятельности в этой области может являться проведение в школах оздоровительных и профилактических мероприятий, направленных на улучшение культуры здоровья детей младшего школьного возраста.

Литература

1. Сергеева Б.В. Средства формирования здорового образа жизни младших школьников / Б.В. Сергеева // Проблемы педагогики: научно-методический журнал. - 2017. - № 1 (24). - С. 18-20.
2. Сизова Н.Н. Анализ состояния здоровья современных школьников / Н.Н. Сизова, Ю.Д. Исмаилова // МНИЖ. 2020. №5-3 (95). - С. 133-137
3. Синельников И.Ю. Состояние здоровья российских школьников: факторы влияния, риски, перспективы // Наука и школа. - 2016. - №3. - С. 155-164.
4. Фомина Т.А. Формирование культуры здоровья и безопасного образа жизни у младших школьников // Молодой ученый. - 2016. - №15.- С. 513-518.
5. Яманова Г.А. Эффективность мониторинга и оздоровления детского населения в образовательной среде / Г.А. Яманова, В.Г. Сердюков, А.А. Антонова, Л.А. Милюченкова, З.Р. Ширинова // Вестник ВолГМУ. - 2021. - №1 (77). - С. 173-177.

Т. Л. Косарева
Научный руководитель: преподаватель М. А. Лебедев
Новокузнецкий филиал
Государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения «Кузбасский медицинский колледж»
г. Новокузнецк

ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНОВ, МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Здоровье - это естественная, абсолютная и непреходящая жизненная ценность, занимающая самую верхнюю ступень на иерархической лестнице ценностей, главный основополагающий фактор жизни человека.

Правильное питание - это основа здоровья человека. Еще в 400 г. до н.э. Гиппократ сказал: «Пусть пища будет вашим лекарством».

В процессе жизнедеятельности организма в нем происходит, с одной стороны, разрушение (диссимиляция) веществ, входящих в состав тканей и клеток, с другой - постоянное обновление, воссоздание и перестройка ранее разрушенных элементов за счет питательных веществ, поступающих с пищей (ассимиляция). Этот процесс называется обменом веществ в организме и является основой всех физиологических функций организма.

Процессы жизнедеятельности организма находятся в тесной зависимости от питания человека. Питание обеспечивает важнейшую функцию организма, поставляя ему энергию, необходимую для покрытия затрат на процессы жизнедеятельности. Обновление клеток и тканей также происходит благодаря поступлению в организм с пищей «пластических» веществ – белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных солей. Наконец, пища – источник образования ферментов, гормонов и других регуляторов обмена веществ в организме. Для поддержания нормального течения энергетических, пластических и каталитических процессов организму требуется определенное количество разнообразных пищевых веществ. От характера питания зависит обмен веществ в организме, структура и функции клеток, тканей, органов.

В настоящее время научно доказана связь между питанием и развитием основных хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно – сосудистых и некоторых онкологических, которые являются ведущей причиной преждевременной смертности в мире и в России из-за недостаточного количества в рационе растительных и животных белков, полезных пищевых волокон, микронутриентов (витаминов и минералов).

Для нормальной работы организму человека ежедневно необходимо:

- более 20 витаминов и витаминоподобных соединений,
- порядка 60 микро- и макроэлементов,
- насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты,
- более 20 аминокислот, 8 из которых являются незаменимыми,
- не менее 2 л воды.

Витамины – незаменимые вещества, необходимые для роста, развития и жизнедеятельности человека. Они выполняют функции коферментов, которые, соединяясь с определенными белковыми молекулами, образуют ферменты, катализирующие (ускоряющие) многие биохимические реакции обмена веществ. В отсутствии витаминов ферменты неактивны и, следовательно, нарушается нормальное течение процессов обмена веществ.

Витамины участвуют в кроветворении, обеспечивают нормальную жизнедеятельность нервной, сердечно-сосудистой, иммунной и пищеварительной систем, участвуют в образовании ферментов, гормонов, повышают устойчивость организма к действию токсинов, радионуклидов и других вредных факторов. При этом некоторые из

витаминов являются составными частями так называемых ферментов, участвующих в процессах расщепления, перестройки и образования новых, сложных органических веществ, входящих в состав организма.

Дефицит витаминов лежит в основе многих хронических заболеваний и предрасположенности к инфекциям, так как приводит к ослаблению иммунитета, нарушению обменных процессов.

Витамин А поддерживает функцию зрения, кожи, участвует в синтезе белков, отвечает за рост и репродуктивную функцию человека. Из-за его недостатка образуются трещины (заеды) в уголках губ, появляются кожные проблемы – покраснение, трещинки на руках.

Витамин Д влияет на процессы регуляции фосфорно-кальциевого обмена и формирование костной ткани, минерализации хрящей, реабсорбции (обратного всасывания) фосфора и аминокислот в почках, отвечает за рост, эмоции, препятствует развитию остеопороза. Он образуется в организме с участием солнечного света.

Витамин Е – благотворно влияет на работу половых и других желез, восстанавливает детородные функции, способствует развитию плода во время беременности и новорожденного ребенка. Он является мощным природным антиоксидантом, препятствует окислению витамина А и положительно влияет на накопление его в печени. Он препятствует развитию процессов образования свободных радикалов и перекисей жирных кислот, способствует усвоению белков и жиров, участвует в процессах тканевого дыхания, влияет на работу мозга, крови, нервов, мышц, улучшает заживление ран, задерживает старение, снижает утомляемость.

Витамин К принимает участие в процессе свертывания крови, уменьшает проницаемость капилляров, стимулирует восстановление поврежденных тканей; необходим для синтеза кальцийсвязывающих белков, для нормального формирования костей и почек. Его дефицит ведет к геморрагии.

Витамины группы В способствуют регулированию обмена веществ, благоприятное действие оказывают при лечении болезней кожи, укрепляют дыхательную систему, восстанавливают периферийные нервные окончания, препятствуют старению.

Витамин С повышает иммунитет, предотвращает тромбообразование, участвует в синтезе коллагена, тироксина, участвует в образовании основного вещества эндотелия сосудов, дентина, хряща, усиливает процесс всасывания железа в кишечнике, необходима для синтеза норадреналина в надпочечниках и нейронах мозга, обладает сильной способностью обезвреживать токсины, способствует поддержанию резистентности организма к инфекции. Недостаток витамина С может вызвать цингу, расстройство нервной системы, которое выражается в раздражительности и бессоннице, преждевременное образование морщин.

Минеральный комплекс также жизненно необходим для нормального функционирования организма. Ф. Ф. Эрисман, один из основоположников научной гигиены и общественной медицины в России, писал: «Пища, не содержащая минеральных солей, хотя бы она во всем остальном удовлетворяла условиям питания, ведет к медленной голодной смерти, потому что обеднение тела солями неминуемо ведет к расстройству питания».

Выделяют макроэлементы (химические элементы, содержание которых в организме более 0,001% массы тела) такие как калий, кальций, натрий, магний, фосфор, сера, и микроэлементы (их содержание не превышает 0,001% массы тела, а концентрация в тканях – не более 0,000001%). Среди всех микроэлементов в особую группу выделяют так называемые незаменимые микроэлементы (эссенциальные) – микроэлементы, регулярное поступление которых с пищей или водой в организм абсолютно необходимо для его нормальной жизнедеятельности, к ним относятся железо, йод, селен, цинк, марганец, медь, фтор, кобальт, молибден, хром.

В виде органических и неорганических соединений минералы входят в состав мягких тканей и костей, тканевых жидкостей, крови, гормонов, ферментов и множества других биологических важных веществ, принимая участие в пластических процессах и построении тканей организма, поддержании кислотно-щелочного баланса и нормального солевого состава крови и построении структуры ее форменных элементов, нормализации водно-солевого обмена, поддержании необходимого объема циркулирующей крови и т.д.

Кроме того, при недостаточном количестве их в организме увеличивается риск поглощения им радиоактивных элементов (радиоактивных изотопов, рентгеновского и других видов облучения), которые приводят к нарушению минерального баланса, к потере организмом необходимых элементов. Например, при дефиците кальция организм получает из окружающей среды повышенное количество стронция и других химических элементов, похожих по структуре на кальций (например, свинец). Организм, получающий достаточное для обеспечения нормальной жизнедеятельности количество калия, менее «расположен» к усвоению радиоактивного изотопа цезия Cs-137, своего «двойника-антагониста».

Рассмотрим основные функции некоторых макро и микроэлементов пищи человека.

Калий важен для поддержания нервной и сердечно-сосудистой системы. Он регулирует сердечный ритм, способствует полноценному сокращению мышц, вместе с натрием контролирует водный баланс организма необходим для химических реакций, происходящих внутри клеток, поддержания устойчивого артериального давления и передачи электрохимических импульсов, регулирует процесс проникновения питательных веществ через клеточные мембраны, играет важную роль в поддержании функций почек, надпочечников.

Кальций является значимым макроэлементом, участвующим в различных физиологических процессах. На его долю приходится до 9% общей массы тела. Основная часть кальция депонирована в костях (99%), небольшое количество – в зубах и мягких тканях (около 1%), в межклеточной жидкости и плазме (0,08%). Причем, в крови уровень кальция всегда поддерживается на должном уровне, так как его снижение приводит к сбою работы всего организма. За это отвечает паратгормон, вырабатываемый паращитовидной железой. Нехватка только одного кальция в организме может стать причиной более 150 заболеваний.

Физиологическая роль кальция:

- обеспечение прочности костной ткани;
- осуществление нейромышечного проведения, сокращение мышц;
- проведение нервного импульса в центральной и периферической нервной системе, установление нейронных связей и равновесия между процессами возбуждения и торможения в коре головного мозга;
- уменьшение проницаемости сосудов и обеспечение барьера для проникновения болезнетворных микроорганизмов в кровь;
- участие в процессе кроветворения и механизме свертывания крови;
- обеспечение энергоснабжения и участие в структурном образовании белков, РНК и ДНК;
- защита от развития позднего гестоза у беременных;
- участие в сохранении кислотно-щелочного равновесия, активирования ферментов желудка, поджелудочной железы;
- регуляция внутриклеточных сигнальных систем и функции кальциевых каналов;
- участие в процессах воспаления, апоптоза, иммунных и аллергических реакциях;
- влияние на функцию сосудистого эндотелия и соединительной ткани, метаболизм жиров и углеводов.
- активация кальмодулина (мессенджер гормональной регуляции ферментативных систем).
- выведение солей тяжелых металлов.

Магний – важный катализатор ферментной деятельности, особенно энзимов, участвующих в производстве энергии, а его дефицит рассматривается как один из пусковых факторов синдрома хронической усталости. Ионы магния участвуют в углеводном обмене, биосинтезе белков, усиливают процессы торможения в коре головного мозга, обладают седативным воздействием, что повышает стрессоустойчивость. Магний способствует поглощению кальция и калия, улучшая состояние костной ткани, активирует ферменты, необходимые для метаболизма углеводов и аминокислот, участвует в секреции инсулина и его функции, влияет на нормализацию пониженного артериального давления. При беременности его используют для профилактики преждевременных родов.

Железо в большом количестве содержится в крови. Одной из главных функций является производство гемоглобина и оксигенация эритроцитов. Также необходим для формирования миоглобина – белка, который доставляет кислород мышечным клеткам. Этот элемент входит в состав многих ферментов, он важен для роста и необходим для поддержания здоровой иммунной системы, процессов тканевого дыхания и производства энергии.

Цинк участвует в более 300 ферментативных реакциях организма, требуется для белкового синтеза и образования коллагена, является составным компонентом инсулина и многих жизненно важных ферментов, включая антиоксидантный фермент супероксиддисмутазу, препятствуя образованию свободных радикалов. Он важен для функции предстательной железы и репродуктивных органов. Улучшает иммунитет и заживление ран, поддерживает процессы регенерации кожи, придает эластичность, регулирует активность сальных желез и препятствует образованию угревой сыпи. Он защищает печень от вредных химических веществ, способствует повышению распада жиров. Принимает участие в регуляции функций гипофиза, половых желез, повышает работоспособность, обеспечивает нормальный уровень серотонина, улучшает настроение, а также необходим он для острого зрения.

Медь входит в состав около 30 ферментов. Она незаменима при кроветворении, так как особый белок, без которого невозможно усвоение железа, содержит 8 атомов меди. Особенно много меди концентрируется в головном мозге и печени. Ее недостаток провоцирует болезнь Паркинсона, а избыток приводит к тяжёлому отравлению, связанному с нарушением функции мозга (болезнь Вильсона). С ней связаны такие заболевания, как эпилепсия и шизофрения. Медь входит в состав фермента тирозиназа, обеспечивая нормальную пигментацию.

В ходе работы над данной темой мною была проведена оценка обеспеченности организма студентов основными витаминами и микро- и макроэлементами путем тестирования. В процессе исследования было опрошено 40 студентов 3 курса НФ ГБПОУ «КМК» групп МС-181д и ФШ-181.

Тесты были составлены на основании знаний о влиянии выбранных элементов на организм, продуктах, содержащих эти элементы и заболеваниях, возникающих при гипозлементозе. На рис. 1 представлены результаты тестирования студентов 3 курса по поводу обеспеченности их организма определенными макро- и микроэлементами.

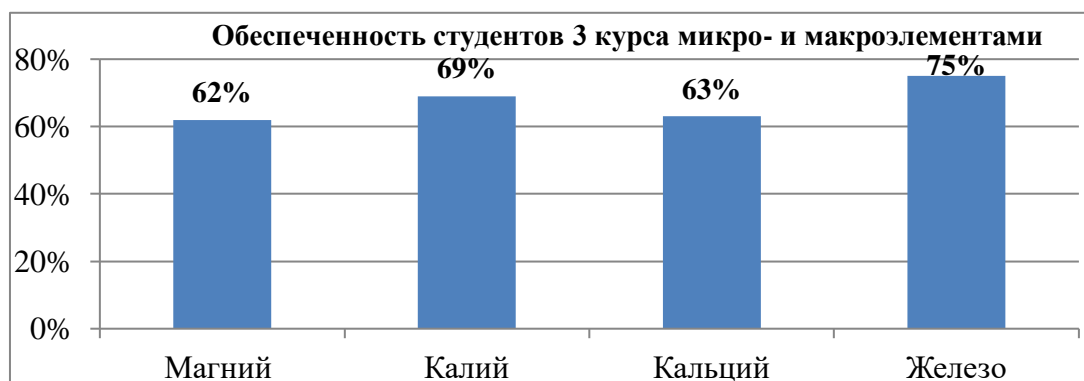


Рисунок 1 – Обеспеченность студентов 3 курса микро- и макроэлементами.

На рис. 2 представлены результаты тестирования обеспеченности организма студентов витаминами А, В, С, D, Е.

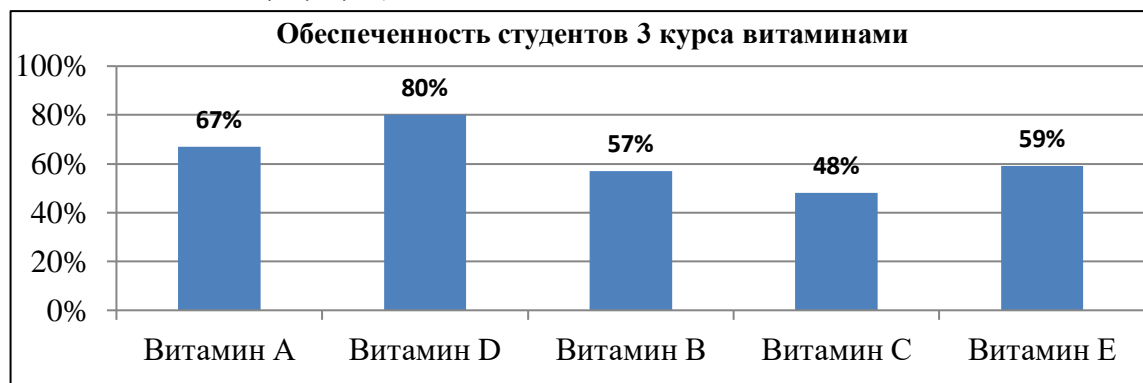


Рисунок 2 – Обеспеченность студентов 3 курса витаминами.

Исходя из анализа полученных данных, можно сделать вывод, что неполноценное и однообразное питание студентов ведет к тому, что они недополучают с пищей необходимое количество микро и макроэлементов, в частности, таких как калий, магний, кальций, железо, а также витаминов группы В, витамина С, Е, А, D. Вследствие чего у них проявляются симптомы заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата. Они подвержены стрессам, раздражительны, быстро утомляются. Память и внимание снижены. Наблюдается ухудшение зрения, снижение иммунитета и предрасположенность к простудным инфекционным заболеваниям, склонность к аллергическим реакциям.

Чтобы избежать дальнейшего развития заболеваний и восстановить здоровье, необходимо ежедневно употреблять в пищу около 400 г овощей и фруктов, в том числе зелень, включать в рацион мясные и молочные (кисломолочные) продукты, растительные и животные жиры, продукты из муки грубого помола.

Литература

1. Микро- и макроэлементы [Электронный ресурс]. – FarmMedik (Актуальная информация в области фармации и медицины). – 19. 12. 2018. – URL: <https://farmmedik.ru/mikro-i-makroelementy/> - Заглавие с экрана.
2. Микроэлементы и их значение в жизни человека [Электронный ресурс] // Электронная Медицина. – URL: http://www.elm.su/articles/micro/micro_in_human_life.html - Заглавие с экрана.
3. Роль макроэлементов в биологии и медицине [Электронный ресурс] // Электронная Медицина. – URL: http://www.elm.su/articles/micro/role_of_macro.html - Заглавие с экрана.
4. Таранушенко, Т.Е. Профилактика дефицита кальция у детей [Электронный ресурс] / Таранушенко Т.Е., Киселева Н.Г. // РМЖ «Медицинское обозрение» – 2020. №8 – С. 511-517 – URL: https://www.rmj.ru/articles/revmatologiya/Profilaktika_deficita_kalyciya_u_detey/ DOI: 10.32364/2587-6821-2020-4-8-511-517 - Заглавие с экрана.

ВЛИЯНИЕ ТЕАТРА НА КОММУНИКАТИВНУЮ КУЛЬТУРУ СТУДЕНТОВ

Коммуникативная культура – совокупность знаний, законов межличностного общения, умений и навыков пользования его средствами в различных жизненных и производственных ситуациях и личностных коммуникативных качеств. Это часть базовой культуры личности, обеспечивающая ее готовность к жизненному самоопределению, установлению гармоничных отношений с окружающими и с самим собой. Коммуникативная культура формируется с дошкольного возраста, сначала в ее формировании участвуют воспитатели, потом учителя и конечно же мы сами. К сожалению, сейчас из-за довольно многих обстоятельств утрачивается культура общения, так как на смену живого общения приходят его различные «заменители», такие как: СМИ, социальные сети и другое. В студенческие годы огромную помощь в формировании коммуникативной культуры может оказать театр, особенно, если в учебном заведении есть возможность участия в театральной деятельности.

Цель моей работы – изучение влияния театральной деятельности на коммуникативную культуру подростка.

Задачи исследования:

1. Изучить в литературе материалы на тему «Коммуникативная культура студентов»
2. Определить проблемы студентов, связанные с коммуникативной культурой.
3. Провести анкетирование участников театральной студии «Кубок Гиппократы» Братского медицинского колледжа на тему «Коммуникативная культура».

Изучив специальную литературу по теме, я пришла к следующим выводам. Коммуникативная культура – это часть базовой культуры личности, обеспечивающая ее готовность к жизненному самоопределению, установлению гармоничных отношений с окружающей действительностью и внутри себя. Умение общаться с собеседником не появляется просто так. Коммуникативная культура является сложным и многогранным понятием. она включает в себя:

1. Культуру речи.
2. Культуру слушания.
3. Культуру поведения.
4. Культуру эмоций.

Отличительной особенностью коммуникативной культуры является установление межличностной обратной связи, которая предполагает под собой отклик на чувства, мысли, переживания и проблемы другого человека. Основами коммуникативной культуры являются:

1. Грамотно построенная речь и ее доступность, то есть использование простых слов, ясное выражение своих мыслей, понятное для собеседника.
2. Контроль своего поведения и настроения, поведения, жестов и мимики.
3. Использование возможности своего голоса, его силы, тона и интонации, при этом, не переходя на крик.

Уже в подростковом возрасте у человека появляются новые черты общения с окружающими. В этом возрасте появляется стремление к самоутверждению, поиску своего места в этом мире. Примерно в этот же период подростки переживают очень важный период в своей жизни – они выпускаются из школы и отправляются учиться дальше в различные учебные заведения. Тогда-то им и нужно развивать навыки коммуникативной

культуры, так как придется общаться с многими незнакомыми людьми: одногруппниками, преподавателями, другими учащимися. А в дальнейшем их ожидает множество выступлений на публику, такие как: защита курсовой работы, выступлением перед одногруппниками с рефератом и защита выпускной квалификационной работы.

К моменту поступления в колледж студенты имеют какие-либо навыки в общении с собеседниками, однако, не исключены и те случаи, когда такие навыки развиты плохо. К этому добавляется стресс от переезда и от огромного количества новых людей. Также, стремительно изменяется современный мир, меняется и сам человек. Его главная задача заключается в получении новых знаний, а также ее передаче, что невозможно без коммуникации.

У более половины опрошенных студентов (56%) Братского медицинского колледжа есть проблемы с формированием мыслей и их изложением. Чаще всего эта проблема возникает от неуверенности в себе (23 %) или же от непонимания между собеседниками (34%). Решить эти проблемы можно, если учиться понимать себя и собеседника, а для этого необходимо больше читать и узнавать новое, не стесняться в общении и не упускать возможности общаться и знакомиться с новыми людьми лично, а не через социальные сети, не забывать об уважение друг к другу, и чаще посещать различные публичные мероприятия.

Театральная деятельность может быть отличным инструментом в формировании коммуникативных навыков. Также она способствует целому ряду решений проблем, о которых было сказано выше: обучение живой разговорной речи; приобретение свободы в общении; получение опыта выступления перед публикой; развитие творческого мышления.

В нашем колледже созданы условия и есть возможность обучающимся проявить свои таланты или развить творческий потенциал. В нашем колледже работают различные творческие коллективы, в 2007 г. создана театральная студия «Кубок Гиппократ», руководитель актер Братского драматического театра Владимир Куликов.

Театральная деятельность оказывает огромный эффект в развитии коммуникативных навыков. Участвуя в ней, студенты знакомятся с окружающим миром через образы, краски, звуки, а умело, поставленные вопросы заставляют их думать, анализировать, делать выводы и обобщения. Студент, оказавшись в роли актера, может задуматься о том, что и зачем человек говорит и делает, как это воспринимают люди. Каждый из этих вопросов имеет прямое отношение к ценностно-смысловым понятиям, на формирование которых оказывают большое влияние, художественные произведения, используемые в театрализованных постановках. Процесс создания постановки или образа отдельного героя помогает раскрепощению личности, развитию универсальных способностей человека (воображения, ассоциативно – образного мышления, эмоциональной отзывчивости), обогащению его духовного опыта. Театрализованная деятельность позволяет формировать опыт социальных навыков поведения благодаря тому, что каждое литературное произведение имеет нравственную направленность, в результате которой человек заново познает мир.

Участие в спектаклях сплачивает ребят, они учатся помогать, поддерживать друг друга, учатся радоваться не только своим, но и победам товарищей. человек открывается навстречу людям, тем самым, совершенствуя свои коммуникативные способности. Театр помогает переживать различные ситуации при взаимодействии друг с другом и подсказывает их решение. Театр даёт свободу, следовательно, увереннее чувствует себя в жизни.

Я являюсь участником театральной студии и на своем примере убеждаюсь, что театр действительно способен развить коммуникативные способности. Я стала более открытой и общительной. Со временем у меня появилась уверенность в себе и появилось очень много новых друзей и хороших знакомых. На примере героев наших спектаклей я получила огромный опыт о том, как лучше вести себя в различных ситуации, а также умение понимать человека и его поступки.

Я решила выяснить, актуальна ли данная тема для студентов нашей студии «Кубок Гиппократ» с помощью анкетирования. С помощью составленных мною вопросов я хотела узнать непосредственно об отношении ребят к театру, о том было ли какое-то влияние с его стороны на решение их коммуникативных проблем.

Мною были получены следующие результаты анкетирования:

1. Большинство студентов (62%) не испытывали трудности в межличностном общении;
2. Участие в театральной деятельности дает студентам:
 - развитие, совершенствование, психологическую и социальную коррекцию способностей через адекватное общение (23%);
 - эмоциональную и ролевую саморегуляцию, связанную с умением находить наиболее оптимальное решение различных проблем или задач (17,3 %);
 - продуктивное взаимодействие со сверстниками и взрослыми через умение слушать, вступать в диалог, участвовать в коллективном обсуждении проблем (35%);
 - инициативное сотрудничество в поиске информации и ее обработке (11%);
 - разрешение конфликтов - выявление, идентификация проблемы, поиск способов разрешения конфликта, принятие решения и его реализация (27%).

Таким образом, изучив литературу и исследование студентов, я пришла к следующему выводу: занятия в театральной студии способны положительно повлиять на развитие коммуникативной культуры подростков.

Литература

1. Андреева, Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. — М., 2004.
2. Дядищева М.С. Проблема коммуникативной культуры подростков/ М.С. Дядищева// Вестник ВГУ. - 2019. - №2. - С. 172 - 175.
3. Лукьянченко И.В. Обучаем элитарному общению/ И.В. Лукьянченко//Педагогический журнал. - 2017. - №4. - С. 207-210.
4. Мазитова А.Ш. Формирование коммуникативных умений учащихся в профильных классах/ А.Ш. Мазитова// Казанский педагогический журнал. - 2019. - №9. - С.164-171.
5. Онлайн библиотека URL: http://www.pedlib.ru/Books/1/0075/1_0075-410.shtml#book_page_top

Д.В. Лукичев
Научный руководитель: преподаватель О.Г. Вязникова
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Кузбасский медицинский колледж»
г. Ленинск-Кузнецкий

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Школьная пора одна из самых запоминающихся ступеней жизни человека. В то же время школа – это период, когда родителям стоит более пристально следить за состоянием здоровья детей. К сожалению около 30% школьников помимо знаний приобретают различные заболевания: кариес, заболевания сердечно - сосудистых и пищеварительных систем, ухудшение зрения и слуха, сколиоз, гастрит и список можно продолжать еще долго. И это помимо учета наследственности, экологии, образа жизни.

Согласно официальной статистике из офтальмологии патологии зрения наблюдаются у 30 % дошкольников и диагностируются именно в возрасте до 7-8 лет. Что касается сущности приобретенных недугов глаз, то они практически не проявляются у дошкольников и часто выявляются у ребят в возрастной группе от 7 до 14 лет.

У школьников с низким зрением связано снижение успеваемости и самооценки, ограничение возможности заниматься любимым видом спорта, выбрать профессию.

Среди нарушений зрения, наиболее часто встречающихся у детей школьного возраста, можно выделить следующие: близорукость, дальнозоркость, астигматизм, амблиопию, косоглазие, поражения сетчатки глаза, птоз (опущение верхнего века), нарушения зрения в результате травм, воспалительных заболеваний и др.

Наиболее распространенная патология зрения у детей - аномалии рефракции глаза (т.е. нарушениях в преломлении лучей света в глазу). Аномалии рефракции ещё называют аметропиями. К аметропиям относятся миопия (близорукость), гиперметропия (дальнозоркость) и астигматизм. В основном, - это наследственные заболевания.

Глаз можно назвать системой линз. Лучи света, проникая через эти линзы, преломляются и в здоровом глазу проецируются непосредственно на сетчатку. Наиболее сильной преломляющей способностью обладают роговица и хрусталик. Если лучи, преломившись в линзах, собираются перед сетчаткой, то это называется миопией (близорукостью), если собираются за сетчаткой, то это гиперметропия (дальнозоркость).

Близорукость может возникнуть либо из-за чрезмерного преломления лучей, либо из-за увеличенного передне-заднего размера глаза. Так, например, близорукость может возникнуть в период интенсивного роста (5-10 лет) и постепенно увеличиваться, пока глаз окончательно не вырастет (в основном до 18 лет). Ребенок не может увидеть, что написано на школьной доске, где находится мяч во время игры в футбол. Для исправления миопии детям назначают очки с рассеивающими линзами.

Дальнозоркость – это аномалия рефракции, которая возникает по причине небольшого размера глазного яблока или недостаточного преломления лучей света.

В таком случае они сходятся в мнимой точке, расположенной за сетчаткой. На ней формируется нечеткое изображение. Наиболее часто дальнозоркость впервые выявляют у детей десятилетнего возраста. Если гиперметропия невысокая, то ребенок хорошо видит предметы, расположенные вдали. За счет хорошей аккомодационной функции он отчетливо видит и предметы, расположенные на ближнем расстоянии. Для исправления гиперметропии детям прописывают очки с собирающими линзами.

Астигматизм представляет собой нарушение зрения, при котором в двух взаимно перпендикулярных плоскостях лучи света преломляются по-разному.

В результате этого на сетчатке глаза формируется искаженное изображение. Астигматизм в основном возникает при неравномерном росте глаза, когда роговица вместо округлой формы приобретает овальную. Также причина может быть и в неправильной форме хрусталика. Кроме того астигматизм может быть и следствием различных травм глаза. Лучи света в этом случае преломляются под разными углами и не фокусируются. Если разница в преломляющей силе не превышает 1,0 диоптрию, то она переносится легко. В том случае, когда астигматизм более высокой степени, контуры предметов, которые находятся на различном расстоянии, видны не четко. Они воспринимаются искаженными. Разницу в преломляющей силе компенсируют сложные очки с цилиндрическими стеклами.

Глазу присуще ещё одно важное свойство - аккомодация. Это способность изменять кривизну хрусталика, благодаря чему глаз может чётко видеть предметы, находящиеся на разных расстояниях от него.

При расстройстве аккомодации теряется четкость восприятия при рассмотрении тех предметов, которые находятся на различном удалении или же перемещаются относительно наблюдателя. Это происходит в результате сокращения определённой мышцы в глазу и благодаря податливости хрусталика. У детей, особенно школьников,

часто возникает спазм аккомодации и проявляется внезапным ухудшением зрения вдаль и сохранением хорошего зрения вблизи.

У ребёнка появляется стремление приблизить предмет к глазам. Это может быть связано с несоблюдением правил гигиены зрения, с вегето-сосудистой дистонией, с повышенной нервной возбудимостью. Это состояние ещё называют ложной близорукостью, т.к. после проведения лечения эта симптоматика исчезает. Но, при отсутствии лечения может развиваться истинная близорукость. При спазме аккомодации дети выполняют гимнастические упражнения для глаз, им назначают инстиллясии специальных капель.

Очень частое нарушение бинокулярного зрения вблизи у ребенка - недостаточность конвергенции. Эта патология трудно диагностируется. Ребенок, вроде с хорошим зрением, ощущает напряжение в глазах, быстро устает от уроков, испытывает сложность с чтением. Чаще такие дети оцениваются, как не способные к учебе. Причиной этой патологии, по мнению специалистов, является наследственность. Недостаточность конвергенции проявляется нарушением способности направлять и удерживать зрительные оси обоих глазных яблок на предмете, который находится на близком расстоянии или перемещается по направлению к глазу. В этом случае один или оба глазных яблока отклоняются в сторону, что вызывает двоение. Конвергенцию можно улучшить специальными упражнениями.

Также существуют врожденные глазные заболевания, к которым относятся такие часто встречающиеся как катаракта, глаукома, а также менее известные, например, эктропион.

Итак, сами заболевания глаз напрямую не наследуются, а наследуется лишь предрасположенность к ним. Поэтому родителям с подобными нарушениями зрения необходимо уделить особое внимание зрению своих детей и уже с раннего возраста проводить профилактику.

К сожалению, здоровые глаза и хорошее зрение встречаются далеко не всегда. В России, по данным Министерства здравоохранения, более миллиона детей страдают различными заболеваниями глаз и нарушениями зрения: близорукостью, дальнозоркостью, астигматизмом.

С каждым годом число таких детей растет. Поэтому специалисты придают большое значение профилактике и ранней диагностике нарушений зрения.

Нами было проведено исследование на базе основной общеобразовательной школы №20 им. В.М. Елсукова, с целью изучить и проанализировать участие медицинской сестры образовательной организации в профилактике нарушения зрения у детей.

Всего в школе обучается 840 детей. Для выявления структуры и динамики заболеваемости органов зрения среди школьников мы изучили годовой отчет школьной медицинской сестры. По данным годового отчета за 2020 год, полученным в ходе обследования детей, наиболее распространенными зрительными патологиями являются аномалии рефракции. Также имеют место воспалительные заболевания глаза, травмы глаз различного происхождения. (Таблица 1).

Таблица 1 - Распространенность заболеваний органов зрения среди школьников

Зрительные заболевания	Начало года	Конец года
Аномалии рефракции:	135 чел.	165 чел.
- миопия	125 чел.	150 чел.
- гиперметропия	10 чел.	15 чел.
Воспалительные заболевания глаза:	0 чел.	3 чел.
Травмы глаза	0 чел.	1 чел.

Анализ данных, представленных в таблице 1, указывает на увеличение количества детей, имеющих различные формы зрительной патологии. Так, наиболее проблемной группой выступают дети с аномалиями рефракции, которая имеет постоянную тенденцию к пополнению, за счет школьников, находящихся в группе риска по миопии. Данная ситуация может быть обусловлена повышенным уровнем зрительной нагрузки, несоблюдением зрительного режима при работе с различными источниками информации (компьютер, телевизор, электронные игры и книги, интерактивные доски).

Таким образом, имеющиеся данные обследования детей свидетельствуют о тенденции увеличения количества детей имеющих зрительную патологию и нуждающихся не только в медицинском лечении, но и в создании специальных условий для их обучения.

Далее нами была проведена беседа с медицинской сестрой школы, с целью выявления основных причин снижения зрения школьников.

Со слов медработника становится понятным, что средний процент детей по школе, имеющих заболевания органов зрения составляет 20%. За прошедший год с жалобами на рези в глазах и ухудшение зрения обратились 58% обучающихся, большая часть из них это дети учащиеся начальной школы. К группе риска по заболеваемости близорукостью относятся учащиеся младшей школы, потому что, по новым образовательным технологиям обучения, дети получают слишком много зрительной информации, им приходится очень много писать, читать, рисовать, а также просматривать обучающие фильмы, работать с компьютером, что очень сильно влияет на остроту зрения.

Главной же причиной возникновения недомогания, или каких либо отклонений, в том числе и органов зрения медицинская сестра считает нарушение режима дня, переутомление из-за чрезмерной нагрузки на организм, а также неправильное питание и стрессовые ситуации.

Сами ученики в силах помочь себе, например, делая простую расслабляющую гимнастику. Но возникает вопрос, насколько школьники осведомлены о заболеваниях органов зрения и как не допустить снижения зрения? В связи с этим мы провели анкетирование среди учащихся школы.

Было опрошено 90 человек разного школьного возраста и получены следующие результаты. (Таблица 2)

Таблица 2 – Причины ухудшения зрения учащихся начального звена

	да	нет
Считаете ли вы своё зрение хорошим?	81	9
Часто ли вы посещаете врача-окулиста?	32	58
Имеете ли вы привычку читать в транспорте, лёжа, во время еды?	78	12
Имеется ли у вас дополнительное освещение на рабочем столе, при выполнении домашнего задания?	36	54

Таким образом, мы видим, что школьники в большей степени (81 чел.- 90%) считают свое зрение хорошим, в связи с этим, по всей вероятности, окулиста посещают всего 32 человека опрошенных (35%).

Привычку «читать, где придется», что отрицательно сказывается на зрении школьников, имеют 78 опрошенных (86,6%). Кроме того значительная часть школьников (36 чел.- 40%) не используют дополнительное освещение при выполнении домашнего задания.

Так же анкета содержала вопросы о времени дополнительной нагрузки на глаза школьников. (Таблица 3)

Таблица 3 - Время дополнительной нагрузки на глаза

	30 мин	1 час	2 часа	более
Сколько времени в день вы тратите на просмотр телевизора?	-	54 чел.	31 чел.	5 чел.
Как много времени вы проводите за компьютером (игры, соц. сети, дом. задания)?	-	9 чел.	54 чел.	27 чел.

Из таблицы видно, что большинство опрошенных очень много времени проводят за просмотром телевизора и за компьютером, возможно даже и не зная о нормах, рекомендуемых специалистами.

Итак, во многом зрение ребенка зависит от того, насколько правильно организован его режим дня, сформированы элементарные привычки. Очень важны все основные гигиенические вопросы режима для школьника — построение учебного дня в школе, организации уроков и перемен, организация занятий и отдыха во внешкольное время. А учитывая тот факт, что дети с нарушениями зрения есть в каждом классе необходимо объединить усилия медицинского работника школы, учителей, участковых врачей и родителей в борьбе с возникновением зрительных заболеваний и их прогрессированием.

Далее нами было выяснено, какие мероприятия по профилактике нарушения зрения детей проводятся в школе №20.

Одним из основных мероприятий, необходимых для профилактики нарушений зрения, является соблюдение основных санитарных правил освещенности в классах, мастерских и других учебных помещениях. Немаловажное значение имеет также цветовое оформление дверей, окон и оснащения классных комнат.

Причинами, ухудшающими освещенность в учебных помещениях, являются:

- закрашивание части оконных стекол;
- размещение на подоконниках цветов, учебных пособий и т.д.;
- развешивание на окнах занавесок и штор, закрывающих верхнюю часть окна или не убирающихся в простенки между окнами;
- затемнение окон деревьями.

Не менее важным фактором профилактики возникновения нарушений зрения является постоянный контроль за правильной посадкой учащихся во время занятий и использование удобной мебели, соответствующей росту.

Учебная деятельность постоянно сопряжена с элементами чтения. В целях охраны зрения непрерывная продолжительность чтения должна быть регламентирована для младших школьников - 15 - 20 минут, для учащихся среднего возраста 25 - 30 минут, для старших школьников - 45 минут и сопровождаться промежутками для отдыха глаз от зрительной работы. Во время перерыва глазам необходимо дать отдых. Глаза отдыхают тогда, когда смотрят вдаль или когда они закрыты.

Доказано положительное влияние физкультминуток на состояние органа зрения и формирование рефракции глаз у детей. При этом улучшается мозговое кровообращение, укрепляется склера глаза. Эффективность физкультминуток возрастает при проведении специального комплекса упражнений гимнастики для глаз, которые проводятся педагогом.

В связи с этим немаловажную роль в профилактике нарушений зрения школьников играет педагогический состав школы и поэтому одним из направлений работы школьной медицинской сестры является проведение обучающих семинаров с преподавателями.

Очень важным профилактическим мероприятием является коррекция зрительных вне учебных нагрузок детей в домашних условиях.

Дети школьного возраста могут смотреть телевизионные передачи и заниматься за компьютером в те дни, когда учебная нагрузка невелика. Продолжительность просмотра телепередач должна быть не более 1 часа в день. Необходимо, чтобы комната была освещена. Ребенок должен сидеть на расстоянии 3 - 5 метров от экрана в зависимости от

размера экрана телевизора. Занятия за компьютером не более 20-30 минут в день, желательно не ранее 10 лет. Если ребенку назначены очки для дали, то смотреть телевизионные передачи обязательно надо в очках.

Поэтому еще одним из направлений работы школьной медицинской сестры можно выделить выступления на общешкольных и классных родительских собраниях.

Оптимальной формой профилактической работы школьной медсестры является организация работы Школ здоровья и регулярное проведение занятий по согласованной с администрацией образовательного учреждения по утвержденной тематике. Для максимальной эффективности проводимых профилактических мероприятий организуется работу с родителями по одноименной тематике на классных собраниях, так как именно они смогут повлиять на режим дня своих детей и проконтролировать соблюдение ими рекомендаций по чередованию режима труда и отдыха в домашних условиях.

Так же школьная медицинская сестра участвует в разработке меню, следит за его выполнением, учитывает насыщение меню продуктами, потребление которых благотворно отразится на состоянии органов зрения школьников.

Поэтому, от грамотно выстроенной профилактической работы школьной медицинской сестры зависит эффективность профилактики возникновения нарушений зрения у школьников различного возраста.

Помимо этого, нами был подготовлен материал для проведения занятий в Школе здоровья по теме «Профилактика нарушений зрения у детей» с родителями и учащимися 5-7-х классов МБОУ «Основная общеобразовательная школа №20 им. В.М. Елсукова». В ходе беседы (Приложение 5) были подробно рассмотрены вопросы форм и причин возникновения нарушения зрения у детей, первых признаков нарушения зрительного анализатора, профилактики нарушений зрения, комплекс зрительной гимнастики для школьников.

В конце занятия родителям было предложено ответить на вопросы анонимной анкеты для ориентировочной оценки риска нарушений зрения у детей.

После обработки полученных данных было установлено, что 100% опрошенных родителей интересуются состоянием зрения детей. По мнению родителей (28 респондентов), одной из главных причин, влияющих на проблемы со зрением у ребёнка, является работа за компьютером (67%). При этом, 37% опрошенных родителей, утверждают, что их ребёнок проводит за компьютером более 2 часов в день, 13% опрошенных считают причиной нарушения зрения чтение.

Таким образом, проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий в тесном взаимодействии школьного медицинского работника, педагогического коллектива и родителей обеспечивает сохранение и нормализацию зрения, а также предупреждение прогрессирования нарушения зрения.

Литература

1. Ермаков, В.П. Основы тифлопедагогики. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В.П. Ермаков. – М. : Владос, 2016. - 402 с. – Текст: непосредственный.

АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ОТНОШЕНИЯ МОЛОДЁЖИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Анализ изучения отношения молодежи к здоровому образу жизни проводился методом прямого анкетирования.

Генеральная совокупность обучающихся первого и второго ТобМК им.В.Солдатова составила 100 человек.

Для реализации цели проводилось выборочное обследование 40 обучающихся I и II курсов учебного заведения, используя случайный метод.

Обработку данных проводили методом качественного анализа.

Используемая и разработанная нами для исследования анкета состояла из 24 вопросов и 98 ответов, включала блоки вопросов, отражающих поведенческие факторы аспектов здорового образа жизни (рациональное питание, физическую активность, вредные привычки), а также критерии ценностных ориентации, источники получения информации о здоровье и здоровом образе жизни. В данном обзоре мы представим лишь некоторые полученные нами данные.

В качестве объектов исследования были выбраны:

Таблица 1 – Возрастной и половой состав студентов

т (лет)	возраст	I курс	II курс	пол	
				жен.	муж.
	15	13	-	6	7
	16	7	15	12	10
	17	-	3	-	3
	18	-	2	1	1

Из данных Таблицы 1 видно, что 65% обучающихся I курса находятся в возрасте 15 лет (13 чел.) и 35% (7 чел.) - в возрасте 16 лет.

Возраст опрошенных студентов II курса включает 3 возрастные группы: 16 лет - 75% (15 чел.), 17 лет - 15% (3 чел.) и 18 лет - 10% (2 чел.).

Общее число опрошенных девушек в возрасте 15 лет составляет 32% (6 чел.), 16 лет - 63% (12 чел.), 18 лет - 5% (1 чел.). Количество опрошенных юношей в возрасте 15 лет - 7 человек (33%), 16 лет - 10 (48%), 17 лет - 3 (14%), 18 лет - 1 (5%) соответственно.

На вопрос о наивысших ценностях в жизни обучающимся предлагалось выделить 1 или несколько ответов из 7 предложенных: «семья», «здоровье», «любовь», «друзья», «материальное благополучие», «работа», «учеба» (Табл.2). Как следует из опроса студентов I курса, большинство (10 чел.) одной из наивысших ценностей в жизни считают «семью» - 50%. На втором месте (8 чел.) стоит «материальное благополучие» - 40%. На третьем месте (7 чел.) - «здоровье» - 35%. Далее по убывающей были отмечены «друзья» - 25% (5 чел.); «работа» - 20% (4 чел.); «любовь» и «учеба» - 15% (по 3 чел.).

Таблица 2 – Приоритетные ценности в жизни

п/п	вариант ответа	I курс	II курс	пол	
				жен.	муж.
	семья	10	15	16	9
	здоровье	7	7	10	4
	любовь	3	3	3	3
	друзья	5	4	6	3
	мат. благополучие	8	5	3	10
	работа	4	2	-	6
	учеба	3	-	-	3

Приоритеты ценностей среди студентов II курса несколько отличаются: также первое место занимает «семья», ее отметило 15 человек, что составляет 75%. На втором месте было поставлено «здоровье» 7 чел. (35%). «Материальному благополучию» отдали предпочтение 5 чел. (25%). «Любовь» – 3 чел. (15%) и «друзья» - 4 чел. (20%) выделили немногие.

Девушки отдали предпочтение «семье» -16 чел. и «здоровью» -10 соответственно. Юноши на первое место поставили «материальное благополучие» – 10 чел. и «семью» – 9 чел., затем следует «работа» - 6 чел., по 3 чел. отметили «любовь», «друзей» и «учебу».

На четвертый вопрос анкеты о факторах наиболее значимых для здоровья предлагалось выделить наиболее значимые компоненты здоровья (Табл. 3).

Обучающиеся I курса в большинстве количества случаев - 65% (13 чел.) отдали предпочтение «образу жизни», затем следует «медицинское обслуживание» - 6 чел. (30%), «наследственность», «экология» и «социальное благополучие» - 5 чел. (25%), по 4 чел. (20%) соответственно. Второкурсники также выделили «образ жизни» 14 чел. (70%), но на втором месте поставили «социальное благополучие» 6 чел. (30%). «Наследственности» также отведено 3 место - 4 чел. (20%). «Экологию» и «медицинское обслуживание» отметили по 2 чел. (10%).

Таблица 3 – Факторы, наиболее значимые для здоровья

№ п/п	фактор	I курс	II курс	пол	
				жен.	муж.
1	образ жизни	13	14	13	14
2	экология	4	2	1	5
3	наследственность	5	4	6	3
4	мед.обслуживание	6	2	3	5
5	соц.благополучие	4	6	3	7

Девушки и юноши (13 и 14 чел.) отдали предпочтение «образу жизни». На второе место девушки поставили «наследственность» - 6 чел., а юноши – «социальное благополучие» (7 чел.). На третьем месте у девушек – «медицинское обслуживание» и «социальное благополучие» (по 3 чел.), а у юношей – «экология» и «медицинское обслуживание». Последнее место девушки отдали «экологии» (1чел.), а молодые люди – «наследственности» (3 чел.)

По результатам ответов на 4 вопрос мы выяснили, что к выполнению утренней зарядки (Табл. 4) студенты относятся по-разному.

Таблица 4 – Выполнение утренней зарядки

п/п	периодичность	I курс	II курс	пол	
				жен.	муж.
	ежедневно	2	1	-	4
	иногда	8	12	12	8
	никогда	10	7	7	9

Из студентов I курса ежедневно делают зарядку всего 10% (2 чел.), иногда – 40% (8 чел.), «никогда» – 50% (10 чел.). Студенты II курса относятся к утренней зарядке иначе: «иногда» – 60% (12 чел.), «никогда» – 35% (7 чел.) и «ежедневно» – 1 чел. (5%).

Никто из анкетированных студенток ежедневно утреннюю зарядку не делает, но «иногда» – 12 чел. и «никогда» – 7 чел. У юношей показатели более ровные: делают зарядку «ежедневно» – 4 чел., «иногда» – 8 чел. и «никогда» – 9 чел.

Продолжая изучать отношение студентов к своему здоровью, мы попытались выяснить, сколько раз в течение дня они занимаются физическими упражнениями (Табл. 5).

Выяснилось, что из студентов I курса 1 раз в день занимаются утренней зарядкой 10% (2 чел.), 2-3 раза в неделю – 4 чел. (20%), 1 раз в неделю – 6 чел. (30%) и не больше одного раза в месяц – 3 человека (15%), вообще не занимаются – 5 чел. (25%). Незначительно благоприятнее складывается обстановка у студентов II курса: делают утреннюю гимнастику ежедневно 3 чел. (15%), 2-3 раза в неделю – 5 чел. (25%), 1 раз в неделю – 8 чел. (40%), 1 раз в месяц – 3 чел. (15%) и совсем не занимается – 1 студент.

Таблица 5 – Занятия физическими упражнениями

№ п/п	периодичность	I курс	II курс	пол	
				жен.	муж.
1	1 раз в день	2	3	5	-
2	2-3 раза в неделю	4	5	1	8
3	1 раз в неделю	6	8	7	7
4	1 раз в месяц	3	3	3	3
5	не занимаюсь	5	1	3	3

Следующий блок анкеты отводился «Вредным привычкам». Анализируя полученные данные, выявлено наличие вредных привычек. (Табл.6)

Таблица 6 – Наличие вредных привычек

п/п	вредные привычки	I курс	II курс	Пол	
				жен.	муж.
	курение	12	6	6	12
	алкоголь	9	6	4	11
	наркотическая зависимость	-	-	-	-

60% (12 человек) опрошенных первокурсников курят и 45% (9 человек) иногда употребляют алкоголь. При опросе студентов II курса выяснилось, что курят и употребляют алкоголь 30% опрошенных (6 чел.). Наркотически зависимых выявлено не было. Девушки в два раза меньше (21% и 60%) употребляют спиртное и курят, чем юноши (52% и 57%).

Продолжая рассматривать влияние алкоголя и курения на здоровье человека, мы выяснили следующее (Табл.7)

Таблица 7 – Влияние курения и алкоголя на здоровье

п/п	влияние	курс I	курс II	пол	
				жен.	муж.
	да	20	20	19	21
	нет	-	-	-	-

Все респонденты (100%) считают, что употребление алкоголя и курения влияет на здоровье человека.

Одной из фундаментальных основ формирования здорового человека является фактор питания. При изучении блока «Рациональное питание» были получены следующие данные:

Таблица 8 – Количество приема пищи в сутки

п/п	периодичность	курс I	курс II	пол	
				жен.	муж.
	5-6 раз	4	1	1	4
	4 раза	6	9	6	9
	3 раза	6	2	6	2
	2 раза	3	8	5	6
	1 раз	1	-	1	-

Большинство первокурсников питаются 4-3 раза в день - 12 чел. (60%), 5-6 раз в день принимают пищу 20% (4 чел.), 15% - 2 раза (3 чел.) и всего 1 человек ест 1 раз в день. 45% обучающихся II курса питаются 4 раза в день (9 чел.), 5-6 раз – 1 человек (5%), 3 раза принимают пищу 2 человека (10%), 2 раза в день едят всего 40% (8 чел.).

Большинство девушек принимает пищу 3-4 раза в день – 63%, 26% питаются 2 раза в день, по 1 девушке питаются 5-6 раз и 1 раз в день. Юноши едят 4 раза – 43%, 19% опрошенных 5-6 раз в день, 10% - 3 раза, 29% питаются 2 раза в день.

О.В. Писцова

Научный руководитель: Н.Ю. Абышева

Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение
Тюменской области «Тобольский медицинский колледж имени Володи Солдатова»
г. Тобольск

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ - ЭЛЕМЕНТ ЗОЖ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Продукты питания в организме ребенка выполняют как строительную (пластическую), так и энергетическую функцию. В процессе переваривания сложные составные части пищи расщепляются и через стенки кишечника всасываются в кровь, кровь доставляет питание всем клеткам организма. В результате сложных изменений, происходящих в клетках, пищевые вещества превращаются в составные части самой клетки. Этот процесс называется ассимиляцией. В процессе ассимиляции клетки обогащаются не только строительным материалом, но и заключающейся в нем энергией. Наряду процессом ассимиляции в организме непрерывно идет и процесс распада органических веществ, в результате которого освобождается скрытая энергия, в случае необходимости превращающаяся в другие виды энергии: механическую и тепловую.

По мере роста и развития ребенка потребность в питательных веществах возрастает. Вместе с тем организм маленьких детей может усвоить далеко не всякую пищу. Пища ребенка по своему количеству и качеству должна отвечать особенностям пищеварительного тракта, удовлетворять его потребность в пластических веществах и энергии (содержать в достаточном количестве нужные ребенку белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, воду и витамины) [1].

Быстрый рост ребенка требует, сравнительно большого количества *белка*, являющегося основным строительным (пластическим) материалом, из которого формируются клетки и ткани живого организма. При недостатке белка в пище у ребенка теряется аппетит, появляется слабость, быстрая утомляемость, апатия, а, затем тяжелое заболевание (пищевая дистрофия), сопровождающееся отеками, изнуряющими поносами, психическими расстройствами. Из всех продуктов питания, получаемых человеком, лишь белки содержат азот, поэтому исследование белкового обмена ведется по балансу азота, содержащегося в принятой человеком пище и выделенного с каловыми массами, мочой. Недостаток белка в пище вызывает иногда у ребенка значительные нарушения в строении и функциях отдельных его органов и систем. Благодаря интенсивному росту и развитию у ребенка относительная потребность в белке выше, чем у взрослого. В первые 3 года жизни дети на 1 кг веса должны получать около 4 г белка в сутки, в возрасте от 3 до 7 лет - 3,5 г, взрослые - 2-2,5 г.

Жиры, как и белки, участвуют в строении клеток организма, являются источником энергии, а также носителями ряда витаминов. Часть жиров откладывается в печени, мышцах, под кожей и т. д., фиксируя и защищая многие органы, сосуды и нервы от травм, а весь организм в целом от излишних теплотерь. Жиры существенно улучшают вкус пищи и зависит от пола, возраста, характера жизни, работы и т.д. Сливочное масло (в котором содержатся также витамины А и D), например, хорошо усваивается детским организмом, так как температура плавления этого жира ниже температуры тела ребенка (24-26°C). Растительные жиры (подсолнечное, оливковое, кукурузное масло и др.), имея низкую температуру плавления, легко усваиваются организмом, не раздражают кишечник, однако они не содержат нужных ребенку витаминов и лецитина, а поэтому могут употребляться лишь в небольших количествах, составляя 20 - 25% всего суточного рациона жиров. Детям первого года жизни требуется 6-7 г жира на 1кг веса, детям от года до 3 лет - 4 г, в возрасте от 3 до 7 лет - 3 - 3,5г.

Углеводы - органические вещества, состоящие из углерода, водорода и кислорода. Они входят в состав продуктов растительного происхождения - овощей, фруктов, ягод, злаков - в виде сахаров, крахмала, клетчатки. Полисахариды, к которым относятся крахмал растений, гликоген животных, клетчатка, содержащаяся в оболочках растительных клеток, разлагаются в организме довольно медленно; более простые углеводы - сахара, глюкоза, фруктоза и др. - имеют сладкий вкус и распадаются в организме значительно быстрее. Потребность в углеводах индивидуальна и зависит от возраста, характера деятельности человека и качества других пищевых веществ, потребляемых им. Грудным детям и детям до 3 лет в среднем на 1 кг веса полагается 15 - 16 грамм углеводов, от 3 до 7 лет - 13 - 14 грамм.

Минеральные вещества входят в состав органов и тканей и играют большую роль во всех физико-химических процессах, протекающих в организме. Часть минеральных веществ содержится в клетках, другая часть находится во взвешенном состоянии в виде ионов крови, лимфы и тканевой жидкости.

Основными элементами, необходимыми для жизнедеятельности организма человека, являются кальций, магний, калий, фосфор, хлор, сера. Они участвуют в строении клеток и тканей, обеспечивают функции сердца, мышечной и нервной систем, нейтрализуют кислоты, образующиеся в процессе обмена веществ.

Потребность в *кальции* как главном строительном материале костной ткани у детей особенно велика, так как в их организме с ростом и развитием происходит интенсивное

формирование костей. Кальций содержится в продуктах молочного происхождения, в овощах и фруктах.

Для строения костей, кроме кальция, необходим и *фтор*. Около 80% всего количества фосфора, необходимого ребенку, входит в состав костной, около 10% в состав мышечной ткани. Достаточное количество фосфора в организме нормализует углеводный обмен и укрепляет нервную систему. Содержится фосфор в мясе, молоке, рыбе, зерновых (овсянка, пшено) и бобовых растениях.

Железо входит в состав гемоглобина - сложного белкового соединения, находящегося в красных кровяных тельцах - эритроцитах; оно содержится во фруктах, овощах, мясе, яичном желтке. Кроме перечисленных минеральных веществ, ребенку необходимы магний, медь, бром, йод, цинк, кобальт, фтор и другие так называемые микроэлементы, содержащиеся в пище в минимальном количестве (менее 1 мг%). Они служат составной частью многих ферментов, гормонов, витаминов и оказывают большое влияние на обмен веществ, рост и развитие организма. Недостаток того или иного из них в организме нередко влечет за собой специфическое заболевание: эндемический зоб в отсутствие йода, тяжелое малокровие при отсутствии кобальта или меди, разрушение зубов при недостатке фтора [2].

Вода вместе с растворенными в ней минеральными веществами составляет внутреннюю среду организма, являясь основной частью плазмы лимфы, тканевой жидкости. Все жизненные процессы, протекающие в организме человека, особенно ферментативные и терм регуляционные, возможны лишь при достаточном количестве воды.

Для нормального развития организма в пищу детей должны входить в достаточном количестве *витамины*. Они не только предохраняют организм от болезней, связанных с их недостаточностью (цинга, пеллагра, рахит и др.), но и являются составными элементами тканей. Без витаминов не образуются ферменты; а, следовательно, задерживаются все реакции, протекающие в организме, нарушается нормальный обмен веществ, страдает пищеварение, кроветворение, падают работоспособность и выносливость.

Витамины играют важную роль в поддержании иммунологических свойств организма и высокой устойчивости к неблагоприятным факторам внешней среды, в том числе к инфекциям.

В основу классификации витаминов, взят принцип растворимости их в воде и жирах, в связи с чем все витамины подразделяются на жирорастворимые и водорастворимые. К жирорастворимым относятся витамины А, D, E, K и др., к водорастворимым — витамины группы В, С, Р и др. Полное отсутствие в течение длительного времени какого-либо витамина может привести к развитию болезненного состояния, называемого авитаминозом. Если в организме не хватает, нескольких витаминов, возникает очень тяжелое заболевание — полиавитаминоз.

Витамины широко распространены в природе. Они содержатся во многих пищевых продуктах и больше всего в продуктах растительного происхождения: овощах, фруктах, злаках, корнеплодах, ягодах.

Чаще всего в детском питании используется *молоко*, незаменимый продукт в питании детей, так как оно содержит достаточное количество ценных белков, жиров, витаминов и солей, легко переваривается и усваивается. Детям от года до полутора лет требуется около 600— 700 мл молока в день, а от 1,5 до 3 лет - 500 - 600 мл. Избыток молока часто ведет к снижению аппетита и отказу от таких необходимых организму малыша продуктов, как мясо, овощи, крупы.

Творог тоже очень полезный продукт для детского питания. Ребенку 2-х – 2,5 лет его лучше готовить дома. Более 70 - 90 г в день малышу от года до трех лет его давать не следует.

Яйца (особенно желтки) богаты белком, жиром, витаминами, минеральными веществами. Вес куриного яйца - 50-55 г, вес желтка -16-18 гр. Белок яйца плохо

усваивается, поэтому детям до полутора лет дают только желток, но не более одного раза в день 4-6 раз в неделю.

Мясо, играющее важную роль в питании, богато белками, экстрактивными и минеральными веществами, витаминами и хорошо усваивается организмом, но злоупотреблять им не следует. Один-два раза в неделю полезно устраивать вегетарианские дни.

Хлеб необходим детям так же, как и взрослым. В возрасте от полутора до трех лет суточное количество хлеба не должно превышать 100 г.

Крупы широко употребляются в питании детей раннего возраста: полезно давать ребенку различные каши, так как каждая из круп имеет свои преимущества. *Бобовые растения* (фасоль, горох, соя), несмотря на их ценные питательные качества, мало употребляются в питании детей раннего возраста потому, что это тяжелая пища для детского желудка.

Овощи и фрукты - обязательная ежедневная составная часть меню ребенка и являются важным источником, витаминов и минеральных веществ. При всей полезности фруктов и ягод употребление их в чрезмерном количестве вызывает расстройство пищеварения

Орехи (арахис, кедровые, грецкие, лесные) богаты растительными маслами, белками и витаминами, в частности группы В. А вот *сладости* детям до двух лет лучше не давать. В более старшем возрасте их разрешают (не каждый день) после кормления, а при хорошем аппетите - изредка и в промежутке между кормлениями, но не до еды, так как это снижает аппетит. Не следует давать шоколад и шоколадные конфеты, они способствуют проявлению экссудативного диатеза и других аллергических заболеваний. Ограничение детьми сладостей необходимо в любом возрасте.

Подводя итог сказанному, напомним, что правильное развитие ребенка возможно только при питании, содержащем в достаточном количестве и в правильном соотношении белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества. Питание детей должно быть разнообразным, злоупотребление любым продуктом плохо сказывается на развитии ребенка.

Литература

1. Байер К., Шеинберг Л, Здоровый образ жизни. - М., 2017.
2. Зверев И.Д. Человек. Организм и здоровье. М.: Вентана-Граф, 2018.

О.Д. Литвин

Научный руководитель: преподаватель А.Н. Брилякова
Областное государственное бюджетное профессиональное
Образовательное учреждение «Черемховский медицинский колледж»
г. Черемхово

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В настоящее время большинство школьников страдают различными заболеваниями. Самые серьезные – эмоциональные состояния, которые могут действительно отразиться на психике ребенка. Разрушительное воздействие подобного неумения справляться со своими чувствами у детей могут быть самыми разными: от неудач в общении со взрослыми и сверстниками до ухудшения соматического здоровья.

Актуальность выбранной темы заключается в том, что многие школьники не понимают, насколько серьезно их эмоциональное состояние и как оно влияет на окружающих и в первую очередь на них самих.

По этой причине **целью** исследовательской работы является определение эмоционального состояния детей младшего школьного возраста.

Для достижения данной цели были поставлены следующие **задачи**: изучить научную литературу; провести анкетирование родителей и исследовать эмоциональное состояние детей младшего школьного возраста.

Объект исследования – психическое здоровье детей младшего школьного возраста.

Предмет исследования – эмоциональное состояние детей младшего школьного возраста в школе.

Методы исследования: анализ литературы, метод анкетирования, проективные методики и тестирование.

Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов органов и систем организма, а также текущее состояние их функционирования.

Психическое здоровье – это состояние психологического и социального благополучия, при котором человек реализует свои возможности, эффективно противостоит жизненным трудностям и стрессу, осуществляет продуктивную осознанную деятельность и вносит свой вклад в развитие социума.

Некоторые психологические состояния, такие как депрессия и тревога, являются довольно распространенными. Под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности психических воздействий, испытанных индивидуумом в прошлом или в настоящее время, возникают различные соматические расстройства и болезни.

Детская психика более чувствительна к тому, что происходит вокруг, поэтому риск развития психосоматических расстройств в детском возрасте достаточно высок, что касается психологических факторов, которые способствуют развитию болезни, то они очень разнообразны. Например, ребенок пережил стрессовую ситуацию (воспитатель накричала в садике, конфликт в школе с учителем или одноклассниками, потеря близкого человека: внезапный или длительный отъезд и т.п.) и после этого у него появился какой-либо симптом. Или же в семье между родителями начались разногласия и частые столкновения. Ребенок это на подсознательном уровне улавливает и может отреагировать каким-либо физическим недугом. Ещё ребенок может на протяжении длительного времени испытывать чувство вины за какой-либо проступок или за то, какой он плохой и тем самым наказывать себя за это физическим страданием: «Я болею, значит я уже наказан и могу меньше себя в этом винить». В этом случае заболевание помогает ребенку получить желаемое или избежать чего-либо нежелательного. Например, ребенку не хватает общения с мамой и он заболевает. Что он получает? Он сидит дома (или вообще оказывается госпитализирован) и мама, выйдя на больничный, оказывается рядом с ним, одаривает его заботой, вниманием и теплом. Как раз то, чего ему и не хватало. И поверьте, ребенок это делает неосознанно: у него, действительно, что-то болит и он, действительно, чувствует себя плохо.

Таким образом, болезнь – это своего рода сигнал ребенка о том, что у него есть какая-то личная проблема, что внутри есть какое-то напряжение и дискомфорт. Физический недуг помогает ребенку облегчить внутреннее эмоциональное напряжение, «сказать» родителю (и вообще окружающим) о своем психологическом состоянии и тем самым «попросить» о помощи.

Заботиться о психологическом здоровье человека нужно с детства. А как заботиться, как найти все факторы, которые оказывают неблагоприятное воздействие на его развитие?

Рассматривая факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на здоровье (патогенные факторы), в аспекте охраны здоровья учащихся можно выделить две основные

группы: субъективные (его индивидуальные личностные особенности) и средовые (все, что окружает ребенка и факторы, связанные непосредственно с образовательным процессом)

К внутриличностным (субъективным) факторам относятся характер, темперамент, самооценка. К средовым факторам можно отнести неблагоприятные семейные условия и неблагоприятные условия, связанные с пребыванием ребенка в образовательной организации (образовательный процесс).

Можно выделить и ряд факторов, которые наносят вред здоровью всех граждан, в том числе и здоровью школьников:

1) Воздействие неблагоприятных для здоровья экологических факторов. Большая часть нашей страны – это зона экологического неблагополучия. А это определяет вред для здоровья людей. И чем слабее организм человека, а именно таков организм ребенка, тем тяжелее последствия для его здоровья от воздействия вредных факторов окружающей среды.

2) Воздействие неблагоприятных для здоровья антропогенных и техногенных факторов. Это воздействие электромагнитных полей, «транспортное переутомление», которое может привести к социально-психологическим стрессам.

Все чаще обсуждается негативное влияние школы на здоровье детей. Так от чего же ухудшается здоровье школьников? В первую очередь учебные перегрузки, распределение нагрузки по дням, нехватка двигательной активности, компьютеризация, некачественное питание, некачественное медицинское обслуживание, участие родителей учащихся в жизни школы, повышенный уровень тревожности, ухудшение психологического климата в классе коллективе, отсутствие учебной мотивации. Все это приводит к тому, что школа становится для детей постоянным источником стресса.

В целом можно сделать вывод, что психологическое здоровье формируется при взаимодействии внутренних и внешних факторов. Основным условием нормального психосоциального развития (помимо здоровой нервной системы) признается спокойная и доброжелательная обстановка, создаваемая благодаря постоянному присутствию родителей или учителей, которые внимательно относятся к эмоциональным потребностям ребенка.

Обследование проводилось на базе МБОУ СОШ №1 г. Черемхово. В исследовании приняли участие родители и школьники 2 класса, при непосредственной помощи и поддержке психолога школы. Для того, чтобы выявить общие знания об эмоциональном и психологическом здоровье детей младшего школьного возраста, родителям было предложено ответить на ряд вопросов.

Анализ данных анкетирования показал следующие результаты:

- 60% родителей, участвующих в опросе, отмечают, что дети болеют 2 раза в год и чаще осенью, 30% - болеют не более 1 раза и чаще весной, 10% детей болеют 3 и более раз в год осенью, весной и имеют хронические заболевания;

- 40% младших школьников со слов родителей неохотно идут в школу, 10% - охотно и 50% - когда как;

- относительно преобладающего эмоционального фона настроения ответы родителей распределились следующим образом: 50% считают, что в основном у ребенка он положительный, 30% отмечают мобильность настроения и 20% - утверждают, что эмоциональный фон всегда положительный. Данные опроса отражены в диаграмме на [рис.1](#).

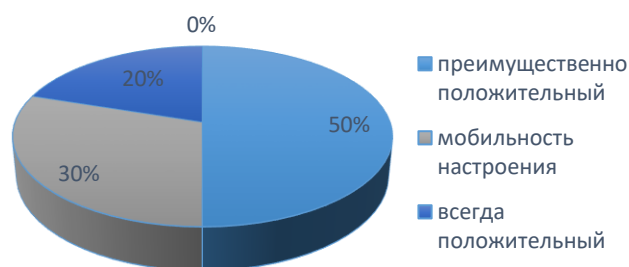


Рисунок 1 – Эмоциональный фон детей по результатам анкетирования родителей

- родители считают, что их дети часто (40% опрошенных) или всегда 60% (респондентов) делятся с ними школьными впечатлениями; при этом 40% родителей отмечают, что их дети иногда или часто жалуются на одноклассников и обижаются на них;
- домашнее задание учащиеся выполняют самостоятельно, пользуясь помощью родителей, капризничают в 40% семей;
- на вопрос: переживает ли ваш ребенок по поводу учебных неудач? - 40% опрошенных родителей ответили положительно, 50% - считают скорее «да», чем «нет»;
- относительно поведенческих реакций были получены следующие ответы: у 15% детей наблюдаются вспышки агрессии и капризность; 30% - имеет такие ситуативные проявления иногда, остальные родители характеризуют своих детей как спокойных, уравновешенных и доброжелательных;
- 80% младших школьников имеют дополнительную нагрузку, посещают кружки и секции.

Основываясь на данных опроса родителей можно предположить, что группе детей (до 30% от числа опрошенных) не комфортно в школе и они испытывают эмоциональное напряжение постоянно или периодически.

Также при непосредственной помощи психолога школы и колледжа были протестированы члены ученического коллектива. Для определения психологических параметров использовались проективные методики и метод незаконченных предложений. В процессе работы были получены следующие результаты:

- у 50% детей отмечается завышенная самооценка. Дети прилагают очень много сил, чтобы преуспеть в деятельности любого рода. Им нравится проявлять полную самостоятельность в решениях и выборе друзей. Они не уважают общественные правила;

- у 40% - адекватная. Дети энергичные, активные, находчивые и усидчивые. Они с удовольствием учатся, не испытывая отторжения к критике, они открыты к общению и обладают чувством юмора. Для поддержания дружбы им не приходится прикладывать значительных усилий;

- у 10% - заниженная самооценка. Они предпочитают легкие задачи и задания. Процесс учебы вызывает у них тревогу и волнение. У таких детей нет достижений, на основе которых они могут оценить себя более высоко, однако они стремятся не потерять хотя бы то самоуважение, которое у них есть. От всех окружающих они подсознательно ждут неприятностей. У них развивается негативная внутренняя позиция. Данные проективной методики «Лесенка» определения самооценки отражены на рис.2.

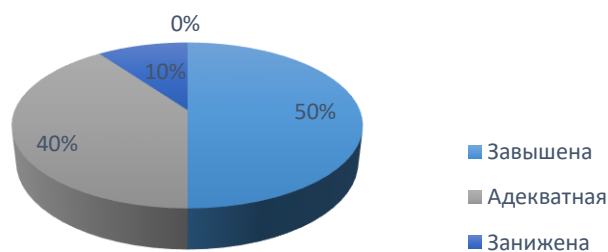


Рисунок 2 – Самооценка младших школьников, прошедших тестирование

- Относительно энергетического показателя по методике «Домики», можно отметить, что 60% детей имеют оптимальную работоспособность, дети отличаются бодростью, здоровой активностью, готовностью к энергозатратам, нагрузки соответствуют возможностям, образ жизни позволяет восстанавливать затраченную энергию. 40% тестированных детей показали компенсируемое состояние усталости. У них самовосстановление происходит за счет периодического снижения активности, необходимо оптимизация рабочего ритма, режима учебной деятельности и отдыха.

- рассматривая эмоциональный фон настроения, можно предположить, что у 70%, участвующих в тестировании, преобладают положительные эмоции, дети могут радоваться и печалиться в зависимости от ситуации. А у 30% опрошенных отмечается невысокий энергетический потенциал, преобладают отрицательные эмоции, неприятные переживания, неуверенность, тревожность (см рис.3);

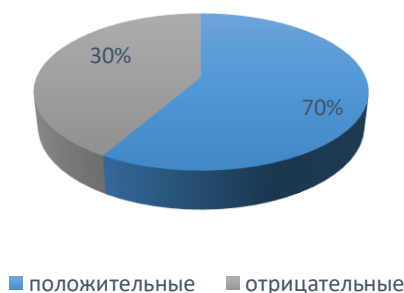


Рисунок 3 – Эмоциональный фон настроения детей, согласно опроса по методике «Домики»

- следующим этапом исследования была оценка сферы социальных эмоций. 30% детей имеют эмоции, которые недостаточно дифференцированы, 70% - эмоции дифференцируют и не имеют деформации в межличностных отношениях.

Эмоциональное отношение ребенка к школе, в данной группе респондентов распределилось следующим образом: положительное отношение к школе – 60%, амбивалентное и отрицательное по 20%

Анализируя проективную методику Рене Жиля, в которой определялось отношение детей к сверстникам и значимым взрослым, можно выделить группу детей, которые имеют трудности во взаимоотношениях как с детьми, так и со взрослыми (составила 20% от всего коллектива).

Методика незаконченных предложений дала возможность предположить, что отношения с учителем в данной группе складывается позитивно, особенно остро отмечаются переживания в отношении обид, нанесенных одноклассниками, настораживает, что большинство родителей ругают детей за плохие оценки, и дети тяжело эмоционально это переносят.

Изучая психическое здоровье младших школьников, можно отметить следующие моменты: соматическое здоровье дает сбой тех детей, у которых понижен энергетический

потенциал и эмоциональный фон настроений. Дети очень тяжело переносят ссоры и обиды, которые возникают во взаимоотношениях со сверстниками. Родители побуждают детей к высоким результатам, формируют завышенную самооценку, стимулируя отрицательное отношение к учебе через негативное моральное воздействие на психику ребенка.

Во взаимодействии с психологической службой школы был проведен ряд уроков здоровья, на которых дети обучались приемам релаксации, снижению эмоционального напряжения, развивали эмоциональный и социальный интеллект. Для родителей были составлены рекомендации по сохранению психического здоровья детей, которые были озвучены на собрании вместе с результатами тестирования. Необходимо, чтобы родители знали, что нужно делать, чтобы не было психологических проблем.

Родителям следует соблюдать несколько рекомендаций, такие как:

1) Поверьте в уникальность своего ребенка, в то, что Ваш ребенок единственный в своем роде, не похож ни на одного соседского ребенка и не является точной копией вас самих. Поэтому не следует требовать от него реализации заданной Вами жизненной программы и достижения поставленных Вами целей. Предоставьте ему право прожить жизнь самому. Позвольте ребенку быть самим собой, со своими недостатками, слабостями и достоинствами. Принимайте его таким, какой он есть. Опирайтесь на сильные стороны ребенка;

2) Не стесняйтесь демонстрировать ему свою любовь, дайте ему понять, что будете любить его всегда и при любых обстоятельствах;

3) Не бойтесь залюбить ребенка, смотрите ему в глаза, обнимайте и целуйте его тогда, когда ему это хочется. В качестве поощрения чаще используйте ласку;

4) Не спешите прибегать к наказаниям. Постарайтесь воздействовать на ребенка просьбами. В случае неповиновения родителям нужно убедиться, что просьба соответствует возрасту и возможностям ребенка;

5) Не забывайте, что ключ к сердцу ребенка лежит через игру. Именно в игре можете передать те навыки и знания, понятия о жизненных ценностях, лучше понять друг друга;

6) Чаще разговариваете с ребенком, объясняете ему суть запретов и ограничений. Помогите ребенку вербально выражать свои чувства и переживания, научиться понимать свое поведение и поведение других людей;

7) Очень важно осознать, что стиль отношения взрослых к ребенку влияет не только на детское поведение, но и на психическое здоровье детей, так неуверенность ребенка в положительном отношении к себе взрослого или, наоборот, уверенность в негативной оценке его как личности провоцирует подавленную агрессивность.

Литература

1. <https://e-koncept.ru/>
2. <https://www.promedicina.clinic>
3. <https://core.ac.uk>
4. <http://www.psychodic.ru/>
5. <https://cyberleninka.ru>
6. <https://klex.ru/sr6>
7. <https://www.psychologies.ru/>
8. <https://stolicadetstva.com>
9. <https://mintrud.gov.ru/>
10. <https://www.rbc.ru/>
11. <http://detsad18.yaguo.ru/>

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В наше время среди всех кардиологических заболеваний, приводящих к внезапной смерти, лидирует ИБС, поэтому медики и ученые уделяют особое внимание этой патологии. Принято считать, что эта болезнь относится только к людям пожилого возраста, однако, медицинская практика показывает, что сегодня это заболевание можно встретить даже у ребёнка. В последние годы получены убедительные доказательства того, что атеросклеротический процесс, приводящий к ИБС, начинается в детском и подростковом возрасте и развивается на протяжении жизни под влиянием генетических и модифицируемых факторов риска. Проведенные длительные перспективные исследования показывают, что основные факторы риска нередко возникают в детстве и носят относительно стабильный характер, поскольку их наличие подтверждается при повторных исследованиях, проведенных уже во взрослом состоянии. В основу концепции возникновения атеросклеротического процесса, начиная с детского возраста, были положены морфологические данные, убедительно продемонстрировавшие, что в аорте детей, умерших от различных причин, уже в возрасте до 4 лет выявляются липидные пятна и полосы, в дальнейшем их количество увеличивается.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) у ребенка — патология, спровоцированная нарушением функционирования коронарной артерии, которая снабжает сердечную мышцу кислородом и обеспечивает приток крови. Чаще всего ишемия — итог атеросклероза, который характеризуется долгосрочным накоплением богатых холестерином бляшек в коронарных артериях. Рост атеросклеротических бляшек приводит к сужению просвета более чем на 95 %, вызывая снижение кровотока. Критическими периодами для дебюта ожирения являются первый год жизни, возраст 5-6 лет и период полового созревания. Существует точка зрения, согласно которой ожирение, возникшее в детском и подростковом возрасте, является метаболическим фундаментом ССЗ у взрослых. Распространённость избыточной МТ и ожирения среди мальчиков начинает увеличиваться быстрыми темпами уже в конце пубертатного периода (после 15 лет). Недостаточно активные дети и подростки подвержены повышенному риску развития избыточной МТ и ожирения; резистентности к инсулину, сниженной толерантности к глюкозе и сахарному диабету; гиперлипидемии; повышенному АД и артериальной гипертензии, а также к агрегации этих факторов риска ИБС. Необходимо отметить, что природа нарушений липидного обмена у детей полиэтиологична. К факторам, влияющим на процессы обмена холестерина и фосфолипидов, относятся наследственная предрасположенность. Так, наследственная отягощенность по ССЗ имела место в 60% случаев по отцовской линии и 34,5% случаев — по материнской. Курение выявлено у 10,4%, гиподинамия — у 83,6% и тенденция к артериальной гипертензии — у 33% детей. Дислипидемия, как основной ФР развития ССЗ, выявлена у 63,6% детей с положительным семейным анамнезом. На возникновение сердечно-сосудистых заболеваний у детей влияют и половозрастные показатели, средовые факторы (курение, психоэмоциональное перенапряжение), малоподвижный образ жизни, нарушения диеты, инфекции. Так, табакокурение (ТК) признали 44/154 детей пробандов 14-22 лет. ТК связано с собственным возрастом, отношение шансов (ОШ): 1,27 при 95% доверительном интервале (ДИ): 1,10-1,46 ($p=0,001$) и мужским полом, ОШ: 2,61 при 95% ДИ: 1,17-5,84 ($p=0,020$). Независимыми предикторами ТК оказались: собственное потребление алкоголя (ОШ

потребляющих против (vs.) не потребляющих: 5,77 при 95% ДИ: 1,82-18,3 ($p=0,003$) и холестерин липопротеидов низкой плотности (ОШ верхней, $>3,16$ vs. 2-х нижних терцилей, $\leq 3,16$ ммоль/л: 0,16 при 95% ДИ: 0,06-0,45 ($p=0,001$); ТК (ОШ с курящим родителем vs. с некурящим): 10,6 при 95% ДИ: 3,28-34,4 ($p=0,000$) супруга-родителя. О факте ТК сообщили 84/172 детей пробандов 23–38 лет. ТК независимо ассоциировалось только с более низким собственным, ОШ: 3,19 при 95% ДИ: 1,92-5,32 ($p=0,000$) и родительским, ОШ пробанда: 1,54 при 95% ДИ: 1,06-2,24 ($p=0,025$); ОШ супруга: 1,77 при 95% ДИ: 1,06-2,96 ($p=0,030$) образованием. У детей пробандов 14-22 лет единственным независимым родительским предиктором ТК оказалось ТК их супруга-родителя, что отражает доминирование материнской передачи в этом возрасте. У старших детей пробандов ТК независимо ассоциировалось только с более низким уровнем собственного и родительского образования – надежного маркера более низкого социально-экономического статуса.

Доказанная устойчивость факторов риска ССЗ у детей и подростков является основанием для начала проведения первичной профилактики уже в детском возрасте.

В зоне риска находятся дети и подростки в возрасте от 6 до 17 лет, у которых: наблюдается повышенный уровень холестерина в крови, часто “прыгает” давление в артериях, имеется лишний вес или вредные привычки, часто случаются эмоциональные встряски и имеется плохая наследственность.

Ишемическая болезнь сердца характеризуется хроническим течением и чаще диагностируется у лиц мужского пола. Если главным признаком патологии у взрослых является возникновение приступа сильной боли за грудиной, которая иррадирует в левую половину туловища, захватывая плечевой пояс, то в детском возрасте ИБС чаще проникает бессимптомно, либо проявляя себя повышенным АД, нарушением сердцебиения, головокружением и редко - ноющими болями о области сердца, кратковременными и самостоятельно проходящими. Проявления ИБС обычно заявляют о себе после психоэмоциональной или физической нагрузки. Иногда острому приступу ишемии предшествуют учащенное сердцебиение, усталость, одышка и плохое самочувствие.

Наблюдаются и такие симптомы как: замедленное или учащенное дыхание, одышка, нитевидный пульс или тахикардия, снижение систолического и пульсового давления, бледность кожных покровов, вплоть до появления цианоза, снижение общей температуры тела, приступы головокружения, потеря сознания.

Одним из наиболее информативных способов прижизненной диагностики атеросклеротического поражения сосудистой стенки является ультразвуковой доплерографический метод. По данным крупного популяционного исследования Muscatine Study утолщение комплекса интима-медиа у лиц молодого возраста тесно связано с выраженностью кальцификации коронарных артерий, уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности и систолической АГ. У детей с ожирением толщина интима-медиа коррелирует с уровнем адипонектина, инсулинорезистентности.

Схема лечения пациента разрабатывается исключительно после того, как тот пройдет полную диагностику, в которую входят: прослушивание шумов сердца, ЭКГ, биохимический анализ крови (позволяет выявить уровень глюкозы и холестерина), коронарография (максимально достоверный способ выявления всех особенностей закупорки коронарных артерий) и стресс-тест (определяет функциональные резервы сердечной мышцы, выявляет развитие ишемии).

Детям и людям преклонного возраста операции на сердце проводят только в критических случаях. Именно поэтому в случае с ишемической болезнью сердца наиболее актуальной является лекарственная терапия.

Врач назначает пациенту лекарственную терапию, используя при этом комплексный подход. Например, статины (класс лекарственных средств, которые часто используются для снижения уровня холестерина в крови) приводят в порядок холестерин, стабилизируют его уровень в детской крови. Антикоагулянты (химические вещества и лекарственные средства, угнетающие активность гемостаза) борются со свёртываемостью крови, которая в

подобных ситуациях является крайне нежелательной. Бета-блокаторы (группа фармакологических препаратов, при введении которых в организм человека происходит блокирование бета-адренорецепторов). Для того чтобы ликвидировать болевые ощущения, врачи назначают детям обезболивающие лекарственные препараты, а чтобы снизить уровень артериального давления, пациенту назначают препараты, которые расширяют сосуды.

Оперативное вмешательство позволяет восстановить коронарные вены или создать новый путь для кровотока. Чаще всего применяют: аортокоронарное шунтирование — соединение коронарных артерий с аортой при помощи аутотрансплантатов (вены с конечностей), которое отличается высокой эффективностью и низким уровнем осложнений. Также применяют и ангиопластику — миниинвазивную манипуляцию, устраняющую закупоривание сосуда, которая заключается в установке стента в зоне сужения для предупреждения повторной обтурации. Эндovasкулярная коронароангиопластика, комбинированная операция, включающая совмещение стентирования с баллонной дилатацией. Проводится через бедренную артерию под местной анестезией.

Реабилитация при ишемической болезни сердца у детей проводится в несколько этапов.

На первом этапе контролируют гемодинамику и стабильность клинического состояния. В послебольничный период необходимы регулярные осмотры кардиолога раз в 3 месяца и выполнение всех рекомендаций, таких как: организация правильного режима труда и отдыха, расчет допустимых физических нагрузок, нормализация веса. Медикаментозная терапия направлена на улучшение реологических свойств крови, снижение уровня холестерина в сосудистом русле, нормализацию артериального давления, устранение приступов стенокардии. Главная задача — успешно восстановить здоровье и трудоспособность в психологическом, физическом и социальном аспекте.

В реабилитационный период рекомендовано в течение 5 – 6 месяцев исключить посещение воспитательно-образовательных учреждений, сократить физические нагрузки, придерживаться диеты (исключение из привычного меню излишне жирной пищи, а также продуктов, содержащих легко усваиваемые углеводы (кондитерские изделия). Необходимо изменение пищевых привычек ребёнка, контроль за Индексом Массы Тела ребёнка. Родители должны обеспечить ребёнку полноценный отдых и ежедневные прогулки на свежем воздухе не менее 2 часов в день. Требуется постановка пациента на диспансерный учёт 3 группы, а также осмотры педиатра и детского кардиолога не менее одного раза в 3 месяца. Также необходимо исключение психоэмоциональных перегрузок, строгий режим дня с полноценным сном, поддержание оптимальной массы тела ребёнка, занятия физкультурой, в том числе и лечебной, ежедневный контроль АД и здоровое питание.

Подводя итоги, можно утверждать о том, что ишемическая болезнь сердца в детском и подростковом возрасте является одним из наиболее опасных заболеваний, которое в детстве в большинстве случаев проявляется атеросклеротическими изменениями, аномалиями или спазмом коронарных сосудов. Необходимо помнить, что несвоевременная профилактика и медицинская помощь приводит к летальному исходу из-за таких осложнений и последствий как острая сердечная недостаточность, постинфарктный кардиосклероз, аритмия, кардиогенный шок. Поэтому необходимо с раннего возраста обращать внимание на профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возможного атеросклеротического заболевания и повышенного содержания холестерина в крови. Детям из группы риска по наследованию ИБС необходимо не реже 1-го раза в год посещать кардиолога, поскольку своевременное выявление ишемической болезни сердца позволяет предотвратить риск развития заболевания, увеличить продолжительность и улучшить качество жизни.

Литература

1. Александров А.А. Прогностическое значение повышенного артериального давления у детей и подростков (32-летнее проспективное наблюдение) / А.А.Александров, В.Б. Розанов, Х.С. Пугоева, Е.И. Иванова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – Т.17(4).- С. 12-18.
2. Бойцов, С.А. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации / С.А. Бойцов, Н.В. Погосова, М.Г. Бубнова, О.М. Драпкина, и др.// Российский кардиологический журнал. – 2018. – №6. – С. 7–122.
3. Галимова Л.Ф. Диагностика семейной гиперхолестеринемии у детей: каскадный скрининг от теории к практике / Л.Ф. Галимова, Д.И. Садыкова, Е.С. Сластикина, Н.Э.Усова //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. - Т.19(3).- С. 2348.
4. Галявич А.С. О новой классификации ишемической болезни сердца/ А.С.Галявич// Российский кардиологический журнал. – 2020.-Т.25(2).- С. 3727.
5. Коннов М.В. Собственные и родительские предикторы курения табака у детей лиц с ранней ишемической болезнью сердца /М.В.Коннов, В.И.Сергиенко //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – Т.19(5). - С. 2359.
6. Муратов А.А. Исследование кардиоваскулярных факторов риска у детей с наследственной отягощенностью/ А.А.Муратов, М.К. Кошукеева, К.А. Айтбаев, Э.С. Майназарова, А.Д. Алымкулова, Ж.Т. Исакова //Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2020. – Т.19(1).- С. 56-61.
7. Толпыгина, С.Н. Изучение динамики частоты приема основных классов лекарственных препаратов, показанных при лечении пациентов с хронической ишемической болезнью сердца, с 2004 по 2014 г. Данные регистра прогноз ИБС / С.Н. Толпыгина, С.Ю. Марцевич // Клиницист. – 2016. – 1. – С. 29–35.
8. Большая Медицинская Энциклопедия (БМЭ), под редакцией Петровского Б.В., 3-е издание, онлайн версия - URL: https://бмэ.опр/index.php/ИШЕМИЧЕСКАЯ_БОЛЕЗНЬ_СЕРДЦА (Дата обращения: 08.01.2021). – Текст: электронный.
9. Кардиопатия у детей - функциональная, вторичная и врождённая формы| CARDIOGRAF. COM, онлайн версия-URL: <https://cardiograf.com/bolezni/porazhenie-myshtsy/kardiopatiya-u-detej.html> (Дата обращения: 08.01.2021). – Текст: электронный.
10. Лечение ишемической болезни сердца у детей | Хадасса, онлайн версия- URL: <https://hadassah-clinic.ru/lechenie-ishemicheskoy-bolezni-serdca-u-detej/> (Дата обращения: 09.01.2021). – Текст: электронный.

ВОЛОНТЕРСТВО И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ: ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А. В Иванова

Научный руководитель: преподаватель Л.М. Морозова
Областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение «Братский медицинский колледж»
г. Братск

ВОЛОНТЁРСТВО ДВИЖЕНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Волонтерство – это деятельность, которая направлена на предоставление безвозмездных услуг человеку или группе людей, не являющихся родственниками волонтера, без расчета на денежное вознаграждение. Эта формулировка наиболее точно определяет значение волонтерской деятельности.

Деятельность благотворительных организаций нуждается в поддержке добровольцев. Для организации добровольческой деятельности, с одной стороны, создаются вакансии добровольцев в благотворительных организациях, с другой стороны - формируется круг поддерживающих организаций и сам добровольческий корпус участников благотворительной деятельности, согласных принимать участие в бесплатном труде во благо нуждающихся. Такой бесплатный труд является разновидностью меценатства. Деятельность добровольцев направлена в первую очередь на помощь остро нуждающимся слоям населения, не имеющим возможности помогать себе самим (старость, беспризорность, инвалидность, стихийные бедствия, социальные катаклизмы).

Проблемы волонтерства в России

В последнее время волонтерская деятельность в РФ набирает новые обороты. Но, несмотря на положительные тенденции, существуют проблемы, которые препятствуют развитию волонтерства. Так, сложившееся экономическое положение страны затрудняет использование бесплатного труда. Еще в советское время волонтерство имело добровольно-принудительную форму. Участие в общественных работах было обязательным для всех. Такой подход нарушил принцип добровольности. По этой причине большинство россиян негативно относятся к подобным видам деятельности и не спешат записываться в волонтеры РФ. На сегодняшний день волонтерство держится на молодых инициативных людях, в сознании которых появляются мысли о поддержке и помощи нуждающимся

Студенты – волонтеры.

Аксиосфера личности будущего медика представляет собой интегральную систему ценностных связей и отношений к профессиональному миру медицинских работников (здоровому образу жизни людей), себе как представителю профессии и обществу в целом. Она включает такие ценности как: человек, здоровье, жизнь, профессиональные знания, профессиональные практические умения и навыки, сострадание, милосердие. Обогащение аксиосферы личности будущего врача происходит в процессе деятельности, т.е. в процессе его приобщения к профессиональным и общечеловеческим ценностям посредством участия студентов в социально и профессионально значимых практиках. Одной из таких социально-ориентированных практик является волонтерское движение. Мы рассматриваем волонтерство как сознательную, добровольную и, что немаловажно, неоплачиваемую деятельность на благо других людей. Согласно Всеобщей Декларации Добровольчества, волонтерство способствует:

- сохранению и укреплению общечеловеческих ценностей;

- реализации прав и обязанностей людей посредством личностного роста через осознание человеческого потенциала;
- совместной работе над созданием инновационных решений в построении общей судьбы.

Не вызывает сомнения тот факт, что данная социальная практика помогает студентам не только выстраивать определенные отношения в социальной и профессионально-ориентированной среде, приобретать практические навыки, но и развивать моральные и духовные качества, чувствуя свою необходимость. Работая в качестве волонтеров в учреждениях здравоохранения, студенты познают мир будущей профессии, приобщаясь к ее ценностям и присваивая их в качестве лично значимых. Деятельность студентов-волонтеров в лечебных учреждениях оказывает безусловное влияние и на саму личность будущего врача, способствуя ее ценностному самоопределению в профессии. Осознав и присвоив ценности будущей профессии, студент проецирует себя в будущее, конструируя потенциальные проекты своего профессионального будущего. Участие студентов медицинского колледжа в волонтерском движении помогает им получить и освоить жизненный опыт, необходимый при определении стратегии своей жизнедеятельности.

Особенности студенческого волонтерства:

- взгляд на других людей «изнутри»;
- возможность показать иностранцам особенности собственной страны и культуры;

- воспоминания и впечатления — эмоциональная подзарядка на весь год вперед;
- знакомства, которые могут перерасти в долгую дружбу;
- освоение новых видов деятельности, в том числе творческой;
- приобщение к местной культуре без туристических гидов;
- участие в проектах значимых для общества.

Основными целями студенческого волонтерства являются:

- оказание услуг тем, кто в них нуждается;
- социальная поддержка отдельным категориям людей;
- помощь личностному и профессиональному развитию личности, а также ее самореализации и социализации;
- просвещение, информирование населения и интеграции института волонтерства в общественную среду;
- реабилитация людей с ограниченными физическими возможностями и социально незащищенных категорий населения.

Студенты-волонтеры включаются в работу волонтерской деятельности по разным причинам:

- для приобретения опыта взаимодействия с разными людьми;
- для выявления причин возникновения проблемных и трудных ситуаций – в одних случаях по вине самого человека, в других – из-за стечения негативных случайностей и факторов;
- для знакомства и изучения особенностей различных жизненных ситуаций;
- для установления деловых связей и личных контактов;
- для развития специальных умений и навыков.

Направления волонтерской деятельности

- профилактика СПИДа
- пропаганда здорового образа жизни
- охрана природы и сохранение чистоты окружающей среды;
- профилактика и борьба с курением, алкогольной и наркотической зависимостью;

- оказание помощи престарелым, инвалидам, детям-сиротам, малоимущим, мигрантам, беженцам, бездомным и другим людям, которые нуждаются в материальной и моральной поддержке;
- благоустройство улиц, домов, зеленых участков;
- помощь животным, поддержание заповедников и зоопарков;
- помощь в организации благотворительных концертов и разных фестивалей;
- оказание помощи органам правопорядка, медикам, спасателям; например, проведение опроса населения или поиски заблудившегося в незнакомой местности человека;
- техническая поддержка.

Как волонтерство помогает студентам-медикам?

В качестве индивидуального достижения студента учитывается волонтерская деятельность в определенном объеме, что подтверждается установленным документом. При этом студент может проявить себя в любом направлении медицинского добровольчества: помогать в больницах, заниматься профилактикой заболеваний, обучением первой помощи, популяризацией донорства, пропагандой ЗОЖ, проводить профориентацию школьников в медицину.

Волонтерская деятельность выпускников медицинских учреждений учитывается при поступлении в ординатуру, в ВУЗ с 2018 года, объявленного в России Годом добровольца. Соответствующие рекомендации для образовательных организаций высшего профессионального образования готовит Федеральный центр поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Минздрава России.

Литература

1. <https://fb.ru/article/178807/volonterskaya-deyatelnost-napravleniya-volonterskoy-deyatelnosti-v-rossii> (дата обращения 12.04.2021г)
2. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=22540> (дата обращения 12.04.2021г)
3. https://studopedia.ru/4_172569_obshchestvennie-organizatsii-volonterskie-dvizheniya.html(дата обращения 12.04.2021г)
4. <http://kdm26.ru/news/kak-volonterstvo-pomogaet-studentam-medikam>(дата обращения 12.04.2021г)
5. <https://studfile.net/preview/5758897/page:4/> (дата обращения 12.04.2021г)

С. А. Заяц, М. А. Федина

Научный руководитель: преподаватель Ж. Э. Усольцева

Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение

«Кузбасский медицинский колледж»

ВОЛОНТЁРСТВО И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ: ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Мы считаем, что данная тема очень актуальна и действительно полезна, ведь с каждым годом интерес волонтерского движения все больше возрастает и набирает обороты. Формируются всё новые и новые волонтерские движения и организации, направленные на профилактику заболеваний, организацию досуга, экологическую защиту, медицинскую помощь и, конечно, на оказание помощи, прежде всего, незащищенным слоям населения, нуждающимся во внимании и постоянном уходе. Всё это очень важно и нужно, особенно в современном мире.

Если мы расскажем о том, насколько интересной и полезной может быть волонтерская деятельность, то мы сможем привлечь и заинтересовать молодое поколение.

Волонтер – это человек, который добровольно оказывает безвозмездную помощь людям, нуждающимся в особой поддержке и социальной защите, некоммерческим организациям, государству. Слово «волонтер» пришло из латинского языка – voluntarius означает «доброволец», «желающий».

Звание "Волонтер" нужно заслужить, не стоит начинать заниматься этим только для личной выгоды. Ведь само понятие означает помощь людям на безвозмездной основе.

Обязанности волонтера:

1. Волонтер обязан соблюдать законодательство Российской Федерации.
2. Волонтер не имеет права вести политическую и/или религиозную пропаганду на мероприятиях, в которых принимает участие.
3. Волонтер обязан уважительно относиться к окружающим.
4. Волонтер обязан согласовывать все свои действия в рамках реализации мероприятия с координатором, ответственным за это мероприятие.
5. Волонтер не имеет права распространять конфиденциальную информацию, которая стала известна ему в ходе подготовки и проведения мероприятия.
6. Волонтер обязан предоставлять отчет о своей деятельности (особенно финансовой, если для выполнения задания были затрачены материальные средства) [1].

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бесплатная помощь, как их называли ранее, а именно волонтеры появились ещё очень давно. Первое упоминание о помощи другим людям было найдено в Греции, это были Айболиты того времени, разъезжавшие по всей стране и помогавшие своим согражданам во время нашествий различных болезней. В восточном полушарии появлялись первые следы филантропии, а в России того времени популярна была помощь «убогим и сирым». Именно в таких вещах и проявлялись образы древних волонтеров. Слово волонтер появилась в письменности, на латыни «voluntarius» означающий два слова человек добро. На русском пространстве данное слово пошло от Французского языка «volontaire», означающего человека который добровольно пошел на службу в армию.

В далёком 1792 году происходила французская революция, и в числе военных среди армии были только наемные воска. Однако после принятия закона о Французской коммуне армия распалась. И уже в ближайшем будущем Франции потребовались новые силы для контроля своих границ, к которым приближались войска из Австрии. Однако граждане не хотели становиться частью другой страны, вследствие чего большая часть мужского населения Франции начала записываться добровольно. И как раз в этот период слово начали говорить достаточно часто. Всех мужчин, которые надели военную форму начали называть волонтерами. В то время из-за резкого наплыва помощи, власть расщедрилась и дала право всем волонтерам выбрать себе начальника самим.

Данная методика создания армии чисто из добровольцев понравилась очень многим странам, в особенности часто ее начали использовать в таких странах, как Испания, Австро-Венгрии, Испании, а также во многих других, потому что другого способа наполнения войск кроме как добровольно, у этих стран не было. Однако уже во второй части Девятнадцатого века данный способ утратил свою актуальность.

На нашей родине понятие волонтер хорошо прижилось только к началу семнадцатого века. Однако люди в начале не могли хорошо выговаривать это слово, из-за чего в некоторых местах волонтеров называли волунтерами или волентирами. Самой первой в современном понимании волонтерской активностью можно назвать проект восстановления различных построек после Первой мировой, которым занялись совместными усилиями Немецкая, а также Французская молодежь. Ребята за свои труды не

брали ни одной копейки, однако им оплачивали питанием, медицинской страховкой, а также жильем. Данная методика использования волонтеров активна и по нынешние дни [2].

ПЕРСПЕКТИВЫ ВОЛОНТЁРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Если говорить о перспективах, то волонтерство дает множество возможностей, в частности для самореализации и развития, например:

1. Определить образ самореализации в жизни;
2. Есть доступ к информации о возможностях обучения и трудоустройства;
3. Расширяются личные связи;
4. Развитие навыков коммуникации;
5. Проведение различных мероприятий;
6. Привлечение к общественной деятельности;
7. Пропаганда здорового общества жизни [3].

Всё это и ещё множество других возможностей можно получить, став волонтером. Лично нам это помогло стать более уверенными в себе, так же мы узнаём много нового, знакомимся с интересными, творческими людьми. Это ведь так интересно и потрясающе, нам очень хочется продолжать занимать этим и развиваться в этой сфере.

ПРОБЛЕМЫ ВОЛОНТЁРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Проблемы волонтерства заключаются в том, что:

1. Очень малое количество человек заинтересованы в данном движении;
2. Недостаточное информирование населения о деятельности волонтерского движения;
3. Сложность привлечения подростков к добровольному труду;

Также молодое поколение рассчитывает в короткий промежуток времени получить результат добровольческой деятельности, им важен очевидный результат, но все делается не так быстро как могло показаться на первый взгляд. Поэтому идет снижение заинтересованности молодежи в волонтерской сфере, так как зачастую ожидания не сходятся с реальностью и у большинства опускаются руки.

DANCE4LIFE

Dance4Life является организацией, которая работает по всему миру для сохранения репродуктивного здоровья молодежи, профилактики ВИЧ и защиты репродуктивных прав молодежи.

Dance4Life использует молодёжную культуру: музыку, танцы, социальные сети, сотрудничество с известными людьми для донесения информации до молодёжи о важности сохранения здоровья.

Являясь членами данного волонтерского движения, нам бы очень хотелось рассказать вам о нём как можно больше. Данная организация является всемирной и реализуется в 12 странах мира и 6 регионах России (Нижегородская область, Ростовская область, Кемеровская область, Республика Удмуртия, Республика Бурятия, Свердловская область).

Как было сказано ранее, проект Dance4life посвящен профилактике распространения ВИЧ - инфекции. А вы знаете, что такое ВИЧ? Что такое СПИД? Какая между ними разница?

Если ваш ответ «Да, то это прекрасно, а если же ответ отрицательный, мы готовы прямо сейчас, хоть немного, посвятить в эту тему.

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) – это вирус, который атакует иммунную систему организма. А если точнее, он воздействует на определенные иммунные клетки и

убивает их. Чем дольше и активнее длится этот процесс, тем слабее становится иммунитет – со временем он просто не в состоянии справиться даже с инфекциями, которые для обычного человека относительно безопасны.

СПИД – это конечная стадия ВИЧ, которая характеризуется сильно сниженным иммунитетом. Важно не путать два этих понятия. С момента инфицирования ВИЧ болезнь до стадии СПИДа без лечения может развиваться в течение 9-11 лет (в среднем). При постановке диагноза СПИД без лечения продолжительность жизни короткая – в среднем до 19 месяцев.

Если вовремя начать лечение, то на стадии ВИЧ можно прожить очень долгую жизнь – продолжительность жизни таких пациентов благодаря современному лечению составляет 20-50 лет. И хоть при стадии СПИД ситуация гораздо сложнее, но многие пациенты при должном лечении и крепком организме могут прожить более 10 лет.

Очевидно, что прием терапии – важнейший фактор для лечения ВИЧ и полноценной долгой жизни. Более того, именно лечение позволяет значительно снизить вирусную нагрузку и сделать зараженного человека неопасным для партнера, а также членов семьи.

Основные пути заражения ВИЧ:

1. Незащищенный секс с зараженным человеком (самый распространенный путь передачи ВИЧ). Заразиться можно как после однократного контакта, так и после нескольких;

2. Использование иглы для введения наркотиков после зараженного человека. Либо другие варианты ситуаций, при которых происходит контакт крови здорового человека с кровью зараженного;

3. Передача от матери к плоду во время родов или от матери ребенку во время вскармливания. Важная ремарка: если женщина лечится и находится под контролем врачей, у нее есть все шансы родить здорового малыша;

4. Переливание инфицированной крови. В современных клиниках и больницах это уже исключено, поскольку все материалы проходят очень серьезную проверку.

Также выделяют так называемые группы риска – это люди, которые больше других подвержены заражению ВИЧ:

1. люди, ведущие беспорядочную половую жизнь;
2. гомосексуалисты;
3. наркоманы, которые колют инъекции;
4. люди с партнером, зараженным вирусом.

Такие люди должны постоянно сдавать анализ. В ряде случаев им рекомендованы профилактические препараты (только по рекомендации врача).

Говоря о том, как можно заразиться ВИЧ, следует уточнить, в каких случаях это невозможно:

- во время бытовых контактов;
- при использовании посуды инфицированного;
- при укусе насекомого;
- при поцелуе.

Контакт с ВИЧ-зараженным на бытовом уровне (в семье, на работе, в другом формате общения) абсолютно безопасен и не несет никакой угрозы для окружающих [4].

Хотелось бы сказать, что в Dance4Life может вступить каждый желающий, готовый разнообразить свой досуг, которому не интересно просто сидеть дома, а наоборот хочется активно заниматься общественной деятельностью.

Мы хотим пожелать вам всегда оставаться здоровыми, что бы никакие болезни, тем более ВИЧ инфекция, никогда бы вас не коснулись.

Спасибо за внимание!

Литература

1. <https://nsportal.ru/ap/library/drugoe/2019/07/17/problemy-i-perspektivy-volontyorskogo-dvizheniya-glazami-rebyonka>
15.04.2021 «Обязанности волонтера» [1]
2. <https://www.istmira.com/novosti-istorii/14131-istorija-volonterstva-kratko.html>
10.04.2021 «Краткая история волонтерства» [2]
3. https://studbooks.net/631062/sotsiologiya/perspektivy_volonterskogo_dvizheniya
15.04.2021 «Перспективы волонтерства» [3]
4. <https://www.medicina.ru/patsientam/zabolevanija/vich/>
15.04.2021 «ВИЧ и СПИД» [4]

Д. Н. Сергеева
Научный руководитель: педагог-организатор А.В.Рубцов
Частное образовательное учреждение профессионального образования «Саянский
техникум СТЭМИ»
г. Саяногорск

ВОЛОНТЕРЫ СТЭМИ

Волонтер – профессия или призвание? Волонтерство – это искреннее желание помогать людям. Направления волонтерской деятельности разнообразны: помощь пожилым, инвалидам, бездомным, детям-сиротам, культурное волонтерство (помощь музеям, кинематографическим площадкам, библиотекам), животным, добровольная помощь зоопаркам и заповедникам, забота об экологии и многое другое.

Очень большое внимание каждая образовательная организация уделяет воспитанию духовно-нравственных ценностей обучающихся. Одной из форм воспитания является вовлечение студентов в волонтерское движение. Включаясь в волонтерскую деятельность, студенты могут почувствовать себя нужными, способными творить, нести добро, переживать свое живое участие в строительстве социальной жизни. И это толкает их к более активной работе над собой, активности во всех сферах жизнедеятельности, становится источником саморазвития. Ведь одним из смыслов волонтерской деятельности является развитие личности самого волонтера.

Волонтерский отряд в нашем техникуме – это то место, где в совместных делах студенты приобретают позитивный опыт социального взросления и социальной ответственности. Волонтерский отряд техникума был организован в 2017 году под руководством зам.директора по воспитательной работе. Основной постоянный состав волонтерского отряда составляет более 10 человек. Но в каждое проводимое мероприятие (акцию) мы вовлекаем большее количество студентов нашего техникума.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно сотни миллионов людей страдают от заражения различными инфекциями из-за несоблюдения гигиены рук. Такое простое действие, как мытье рук с водой и мылом, особенно после посещения туалета и перед едой, позволяет снизить уровень кишечных заболеваний более чем на 40%, а респираторных инфекций – почти на 25%.

Осенью 2018 года, в рамках акции «Чистые руки» студенты 2-го курса специальности «Сестринское дело» под руководством заместителя директора техникума по воспитательной работе и педагога - организатора техникума подготовили театрализованную сказку для дошкольников, посвященную Всемирному дню чистых рук, с которой побывали в дошкольных образовательных учреждениях города Саяногорска. Сказочные персонажи совершили необыкновенное путешествие на планету Здоровья, где рассказали дошкольникам о том, что нужно обязательно мыть руки перед приемом пищи, а также нужно мыть овощи и фрукты перед употреблением.



Пропагандистская акция «День чистых рук», посвященная Всемирному дню чистых рук

Каждый год, начиная с 2017 года, волонтеры СТЭМИ принимают участие в информационно-познавательном мероприятии «Розовая ленточка», в рамках Всероссийского проекта «Сохраним здоровье мамы», под девизом: «Матери России - основа мира и благополучия». Главная задача этого мероприятия – призвать, как можно большее число женщин пройти профилактическое обследование молочной железы, а также рассказать, насколько важно вовремя обнаружить заболевания груди, чтобы успешно их лечить. Во время проведения мероприятия волонтеры техникума раздают несколько сотен информационных листовок о профилактике рака молочной железы и методах самообследования.



Волонтеры СТЭМИ принимают участие в информационно-познавательном мероприятии «Розовая ленточка»

В 2019 году в муниципальном образовании город Саяногорск прошла новая экологическая акция «Чистый. Зеленый. Твой». Студенты и работники Саянского техникума СТЭМИ активно присоединились к экологической акции и очистили территории от бытового мусора в округе техникума. Более 50 студентов 1-2-х курсов дружно вышли на уборку и очистили с газонов прошлогоднюю траву и листву, обрезали сухие кустарники и деревья, а также в районе бывшего банка собрали более 100 мешков бытового мусора.



Волонтеры СТЭМИ принимают участие в городской экологической акции «Чистый Зеленый Твой»

Так же в Саяногорске весной 2019 года проходил благотворительный волонтерский квест «Город друзей», организованный Центром социальных программ компании РУСАЛ. Более 50 волонтеров города помогли социальным учреждениям обновить рисунки на асфальте, покрасить пандусы и малые архитектурные формы. Под девизами: «Помогать просто!» волонтеры дружно приступили к работе. Команда техникума «Волонтеры СТЭМИ» уже не в первый раз присоединяется к различным добровольческим акциям города и в этот раз с удовольствием приняла участие в квесте.

Добровольцы СТЭМИ творчески подошли к этому делу и обновили рисунки на асфальте возле центрального входа детского дома «Ласточка», тем самым создали позитивное настроение детям, оставшимся без попечительства родителей, а для таких ребят - это дело благородное!

Каждый год в канун великого праздника нашей страны, Дня Победы, волонтеры Саянского техникума СТЭМИ присоединяются к всероссийским акциям «Георгиевская ленточка» и «Свеча памяти». С 2005 года по всей стране, в канун Дня Победы, стало доброй традицией повязывать Георгиевскую ленточку гражданам Российской Федерации, которая объединила миллионы людей не только в России, но и за рубежом. Активисты СТЭМИ накануне великого праздника страны раздают георгиевские ленты, всем жителям города Саяногорска, рассказывая об истории создания ленты и о том, как и где, рекомендуется её носить, также поздравляют горожан с наступающим праздником Победы в



Волонтеры СТЭМИ участвуют в благотворительном волонтерском квесте «Город друзей»



Волонтеры СТЭМИ принимают участие во Всероссийской акции «Георгиевская ленточка»



Волонтеры СТЭМИ на Дне Енисея – 2019, г. Саяногорск

Великой Отечественной войне. А вечером, 9 мая на центральной площади города волонтеры СТЭМИ оказывают помощь в проведении Всероссийской акции «Свеча памяти».

В течение последних двух лет волонтеры техникума СТЭМИ активно участвуют в экологической акции «День Енисея», проводимой по инициативе компании РУСАЛ и Русского географического общества. В ходе, которой, волонтеры, представители общественных организаций, а также жители и гости города убирают прибрежную территорию реки Енисей в районе спасательной станции г.Саяногорска от мусора, тем самым делая город чище.



Волонтеры-медики Саянского техникума СТЭМИ, Саяногорская межрайонная больница 2020 г.

Волонтеры СТЭМИ активно сотрудничают с Центром социальных программ РУСАЛа г.Саяногорск и в ноябре 2019 года приняли участие в организации и проведении социально-культурного проекта «РУСАЛ ФЕСТИВАЛ #НАУКА», который прошел в г.Саяногорске. Волонтеры выступали в роли «Путеводителей по науке», работая в тематических зонах развития науки – от создания орудий труда древнего человека до технологий погружения в виртуальную реальность.

Пандемия COVID-19 стала огромным вызовом всему человечеству: государство, организации различных отраслей промышленности, ученые, врачи и простые люди объединились для победы над эпидемией. Особо значимыми в это время стали благотворительные и волонтерские организации.

Волонтеров, наравне с врачами, можно смело назвать настоящими героями прошедшего 2020 года и уже наступившего 2021 года. Студенты нашего техникума не остались в стороне, не смотря на эпидемиологическую ситуацию в стране и в регионе, они приняли активное участие во Всероссийском общественном движении «Волонтеры-медики», за что были награждены благодарственными письмами Министерства здравоохранения Республики Хакасия.

В рамках реализации всероссийской акции взаимопомощи «Мы Вместе» «Волонтеры СТЭМИ» помогали сотрудникам Роспотребнадзора муниципального образования город Саяногорск в обработке информации, в оформлении протоколов, в заполнении документов, которых с ростом заболевших коронавирусной инфекцией становилось все больше и больше. Проект «Мы вместе» был инициирован на федеральном уровне Ассоциацией волонтерских центров, Всероссийским общественным движением «Волонтеры-медики», а также Общероссийским народным фронтом.



Волонтеры СТЭМИ помогают медицинским работникам СМБ к подготовке к открытию «Медицинского центра помощи и спасения внебольничной пневмонией»

В октябре 2020 года студенты первого курса техникума СТЭМИ внесли личный вклад в подготовку к открытию «Медицинского центра помощи и спасения внебольничной пневмонией», построенного благодаря компании РУСАЛ.

Волонтерское движение в Саянском техникуме СТЭМИ развивается, в волонтерский отряд приходят новые неравнодушные ребята. Мероприятия данной направленности прописаны в Программе развития системы воспитания и социализации ЧОУ ПО СТЭМИ на

2020-2025г.г.

Техникум тесно сотрудничает с Центром социальных программ РУСАЛа, Саяногорским отделением ВОО «Боевое Братство», лечебными учреждениями и различными структурами и организациями муниципального образования город Саяногорск. Волонтерский отряд СТЭМИ в дальнейшем планирует свою деятельность на благо техникума и города.

Быть волонтером — это означает уделять часть своего времени социально значимым проектам, цель которых направлена на улучшение нашей жизни. Эта деятельность добровольная и сегодня является стилем жизни современного человека. Давайте делать добро вместе!

Литература

- 1.«Социальное волонтерство. Теория и практика»
https://danilovcy.ru/2016/06/sotsialnoe-volonterstvo-teoriya-i-praktika-vylozhena-v-otkrytom-dostupe/?gclid=Cj0KCQjwse-DBhC7ARIsAI8YcWLdhAyjHZcsUilizbLc0Y9iPkKaZ37LT2wmKi2KIBt-1RRAV3uDU9QaAuPMEALw_wcB
2. Федеральный закон «О благотворительной деятельности и добровольчестве (Волонтерстве)» от 11.08.1995г. №135-ФЗ
3. Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19.05.1995г. №82-ФЗ
4. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам добровольчества (волонтерства)» от 05.02.2018 № 15-ФЗ

А. Е. Куропаткина
Научный руководитель: преподаватель Ж. Э. Усольцева
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение
«Кузбасский медицинский колледж»
город Белово

ВОЛОНТЕРСТВО И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ: ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Волонтерство – это добровольная, бескорыстная деятельность человека, которая выбирается сознательно и не имеющая коммерческой деятельности.

Волонтеры - это люди, которые добровольно тратят свои силы и своё свободное время на помощь другим людям.

Так же можно подобрать синоним к слову «Волонтерство» - это «Добровольчество».

Добровольчество - это способ найти общий язык с окружающими нас людьми, применить на практике свои моральные принципы, получать новые навыки, найти много

новых интересных знакомых, почувствовать себя нужным и полезным, знать, что ты можешь что-то совершить.

Вокруг нас много людей с ограниченными возможностями, одиноких пожилых людей, дети-сироты. И волонтеры могут сделать то, что сделает эти людей чуточку счастливее. Для этого не нужно много времени, не нужно быть психологом, врачом. Нужно лишь желание сделать наш мир лучше.

До недавнего времени статус добровольческой деятельности в законодательстве не был четко определен. Это усложняло взаимодействие волонтеров. Однако, все изменилось, когда вступил в силу новый закон о благотворительности и добровольчестве.

Конституция РФ даёт возможности для развития добровольчества:

Поправки в Конституцию закрепляют обязанность государства развивать добровольчество, формировать социальную политику при непосредственном участии НКО.

Текст поправки в статью 114 звучит так: «Правительство Российской Федерации... осуществляет меры по поддержке институтов гражданского общества, в том числе некоммерческих организаций, обеспечивает их участие в выработке и проведении государственной политики; осуществляет меры по поддержке добровольческой (волонтерской) деятельности [1].

Я тоже являюсь волонтером. Добровольчеством я стала заниматься не так давно. С января 2021 года, но за этот короткий промежуток, я поняла, что хочу заниматься этим в дальнейшем и всё свое свободное время посвящать этому занятию. И сейчас я стараюсь быть активной, принимать участие в большом количестве мероприятий и акций.

Заниматься этим меня подталкивал огромный интерес, что это такое и как это все проходит. Также у меня желание помогать людям, наверное всем хочется, чтобы его занятие несло добро.

За всё время, что я являюсь волонтером, ни разу не сталкивалась с какими-либо трудностями, но думаю, что одной из проблем является нахождение общего языка с людьми и недостаток времени. И сейчас еще не все люди понимают, что добровольцы - это люди, которые помогают другим без какого-либо замысла и корыстных целей. Именно из-за этого не каждый человек может понять и принять помощь добровольца.

Пообщавшись с волонтерами, которые уже долго занимаются добровольчеством и проведя небольшой опрос, хотелось бы выделить недостатки и преимущества волонтерства.

Итак, преимущества волонтерства – это:

1. Самореализация и самосовершенствование;
2. Возможности личностного роста, значимости;
3. Получение опыта работы в разных сферах;
4. Работа с пожилыми людьми, ведь это учит находить общий язык со старшим поколением, перенимать их опыт в процессе общения;
5. Возможность обзавестись определенными связями;
6. Выход из зоны комфорта;
7. Новые знакомства;
8. Преимущества при поступлении в ВУЗЫ и СУЗЫ, при поступлении на работу;
9. Применить на практике свои моральные и религиозные принципы;
10. Перемена обстановки, путешествия;
11. Честность;
12. Любопытство;
13. Самопознание;
14. Терпимость;
15. Вера в то, что этот мир можно сделать добрее, светлее, чище. [2]

Однозначно, волонтерская деятельность - это путь к успеху. Оно открывает многие двери и горизонты. Ты, прежде всего, развиваешься как личность, заводишь новые

знакомства и получаешь опыт общения, но еще ты делаешь добро просто так, все возвращается бумерангом и помогает тебе в дальнейшем.

В общем, у волонтерства очень много достоинств, которых всех и не перечислить. Но, к сожалению, существуют и недостатки.

Недостатки добровольчества:

1. Постоянное «давление» других людей;
2. Большая ответственность;
3. Высокие ожидания;
4. Сложность совмещать с учебой / работой;
5. Недоверие и недовольство со стороны людей;

Но многие ребята ответили, что у волонтерства нет недостатков. Как вы могли заметить, что недостатков очень мало, по сравнению с преимуществами.

У добровольческой деятельности существует множество направлений, занимаясь которыми ты приобретаешь различные навыки и умения. Например: социальное волонтерство, событийное, эковолонтерство, донорство, медиаволонтерство, медицинское волонтерство, патриотическое, корпоративное, волонтерство общественной безопасности и в чрезвычайных ситуациях, поисково-спасательное волонтерство, онлайн-волонтерство.

Но ни один вид волонтерства не возможен без таких качеств как:

1. Коммуникативность;
2. Толерантность;
3. Ответственность;
4. Альтруизм;
5. Быстрота принятия решений;
6. Быстрота обучаемости;
7. Сострадательность;
8. Бесстрашие;
9. Отзывчивость;
10. Доброта;
11. Открытость;
12. Пунктуальность;
13. Красноречие;
14. Стрессоустойчивость;
15. Наблюдательность.

По опросам, волонтеры хотят помогать людям, животным и природе. Однако, есть еще несколько мотиваций:

1. Чувство солидарности;
2. Путешествия, развитие кругозора;
3. Стремление к самореализации;
4. Карьерный рост, образование.

Мотивацию можно разделить на два вида: материальную и нематериальную.

К материальной относятся: бесплатная возможность путешествовать, жилье, питание, новые знакомства, которые помогут в развитии бизнеса и построении карьеры.

К нематериальной относится: помощь людям, животным, влияние на экологическую ситуацию, новые знакомства.

Многие задаются вопросом, как стать волонтером и с чего начать. На самом деле, есть 4 шага:

1. Определиться, уверены ли вы, что действительно ходите стать волонтерами. Здесь стоит отметить, что волонтер действует по своей воле; не получает денег за свою деятельность; несет ответственность за то, что он делает; волонтерская помощь регулярная и долгосрочная.

2. Выбрать направление, которое тебе интересно. Для этого можно ответить на вопросы: Что конкретно я хочу делать? Кому и как я хочу помогать? В какой сфере пригодятся навыки, которые у меня уже есть?

3. Определиться с типом организации (Волонтерские центры, Государственные органы, Общественные организации, Тематические организации, Заповедники, Благотворительные фонды).

Хотелось бы отметить, что у нас в городе есть Беловский городской волонтерский штаб (БГВШ) во главе с Алексеем Заднепровским.

Беловский городской волонтерский штаб - это добровольное объединение волонтерских организаций, расположенных на территории города.

БГВШ работает с 2002 года, за этот период прошло большое количество добровольцев, некоторые теперь сами руководят своими общественными проектами, некоммерческими организациями.

За 19 лет, некоторые события стали «традиционными», к подготовке подходят с особым трепетом. К таким мероприятиям относят:

1. Чемпионат и первенство Кемеровской области по спорту лиц с поражением опорно-двигательного аппарата «Бочча». Это мероприятие всегда заряжает энергией и ты понимаешь, что всё невозможное - возможно.

2. Масленица. Есть возможность, встретить первые весенние деньки вместе со всем городом. Проводить различные игры, соревнования – в этом не обойтись без помощи волонтеров.

3. Школа волонтеров. На данном мероприятии выступают лучшие спикеры Кемеровской области. Беловский городской волонтерский штаб является автором 3 социальных проектов, участвует в них и побеждает в различных грантовых конкурсах. В 2019 году прошли все конкурсные испытания и стали лучшим волонтерским отрядом Кемеровской области и Кузбасса.

Добровольцы БГВШ ведут активную позицию. В период изоляции они помогали пожилым людям, доставляя продовольственные товары. Мне хотелось бы отметить, что в период с 01.02.2021 по 26.02.2021 года «Волонтерами вакцинации» роздано 3102 информационные листовки о вакцинации. В данный период времени волонтеры также раздают листовки о вакцинации, и о благоустройстве территории. Также проводятся различные акции, игры и помощь в организации и проведении мероприятий.

Лично я принимала участие от БГВШ 4 раза, но это проведенное время мне очень понравилось. Потому что все ребята, очень приветливы, общительны, активны. Это как настоящая семья, которую никто, по моему мнению, не хотел бы покидать.

Чтобы стать отличным волонтером, важно руководствоваться принципами, которые были выработаны волонтерским движением за долгие годы деятельности. Вот они:

1. Не навреди;
2. Действуй от имени организации;
3. Будь ответственным;
4. Помогай умениями, а не деньгами;
5. Трезво оценивай возможности;
6. Не занимайся тем, чего не умеешь;
7. Работай в команде;
8. Соблюдай правила. [2]

У каждого начинающего волонтера есть опасения, связанные с этой деятельностью. Разберем 5 самых распространенных страхов волонтера: не умение общаться с детьми, стариками, различные болезни; не имея специального образования; мало свободного времени; нет нужных навыков; боязнь, что будет тяжело морально.

Хочется внести некую ясность: в общении с подопечными важно помнить, что главное – это быть искренним, открытым, доброжелательным, внимательно слушать, вдумчиво отвечать; важно помнить, что волонтеры во взаимодействии с пациентами,

детьми, пожилыми людьми не занимаются медицинским уходом; вы можете составить удобный для себя график и выбрать подходящую локацию, главное, чтобы у вас была возможность регулярно уделять внимание своим подопечным; основные навыки волонтера – это вовлеченность и доброжелательное общение; важно понимать, что подопечных не надо жалеть. Лучше общаться с ними, играть, поддерживать, рассказывать истории и улыбаться им.

Очень важно, чтобы волонтеру нравилась его деятельность. Поэтому вот несколько пунктов начинающему волонтеру:

1. Найдите свою сферу деятельности;
2. Честно оценивать свои силы, чтобы не перегореть;
3. Найти своё конкретное дело, которое вас радует и приносит пользу окружающим;
4. Нужно, чтобы волонтерство было регулярным;
5. Радуйтесь тому, что делаете, и не заставляйте себя, если дело перестало приносить радость.

Вывод: волонтером может стать любой человек, который хочет изменить весь этот мир к лучшему, у которого доброе сердце, есть милосердие и сострадание.

Хотелось бы отметить, что волонтерство в наше время очень нужная деятельность. Потому что пожилые люди, люди с ограниченными возможностями, дети из детских домов очень нуждаются в нашей помощи. Ведь не у каждого человека есть тот, кто о тебе будет беспокоиться.

Так же не нужно забывать о братьях наших меньших. Это животные, которые тоже нуждаются в нашей помощи.

Я мечтаю изменить наше общество. Сделать его намного добрее, равнодушнее и культурнее.

Хотелось бы дать небольшую памятку по правилам деятельности волонтера:

1. Если ты волонтер, забудь лень и равнодушие к проблемам окружающих!
2. Будь генератором идей!
3. Уважай мнение других!
4. Критикуешь - предлагай, предлагаешь - выполняй!
5. Обещаешь - сделай!
6. Не умеешь - научись!
7. Будь настойчив в достижении целей!
8. Веди здоровый образ жизни. Твой образ жизни - пример для подражания [2]!

Литература

1. Внесение понятия волонтерства в Конституцию РФ закрепит статус волонтеров URL: <https://www.kirovreg.ru/news/detail>. (дата обращения 12.04.2021). Текст: электронный.

2. «Правила деятельности волонтера» URL: <https://yandex.ru/images/search> (дата обращения 10.04.2021). Текст: электронный.

Содержание

ЦИФРОВИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ.....	3
А.Р. Антонюк, Д.Д. Шалабаева ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ 3D ВИЗУАЛИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ.....	3
З. Е. Матвеева ЧТО ТАКОЕ МЕДИЦИНСКИЕ РОБОТЫ И ЗАЧЕМ ОНИ НУЖНЫ.....	6
Д. В. Пекша ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ.....	11
Е. С. Шайпак 3D-МОДЕЛИРОВАНИЕ В МЕДИЦИНЕ.....	13
ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	16
С. А. Якубовская ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	16
В. А. Казанцев ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА КОМПЬЮТЕРНОГО СТРЕССА.....	19
А.А. Черникова ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	23
И. А. Ракитина ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	27
Е. П. Шушакова СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ.....	29
Е. С. Шапранко ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВРЕДНЫХ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ.....	34
А. А. Вересникова ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН.....	36
Д. А. Флягина ВЛИЯНИЯ ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВ0 НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА.....	41
А. М. Вагина ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	44
С. А. Дубинская СТРЕСС КАК НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ БИОСОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР.....	47
Н. М. Майер МИОПИЯ - НЕ ВСЁ ПОТЕРЯНО.....	50
А. В. Сарыглар ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	54
А. Н. Арбузова РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТЕХНИКУМА.....	59
Т. С. Сосенкова, М.Д. Соболева ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА КАК ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА.....	63
А. А. Семенова ВАКЦИНАЦИЯ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА ОТ COVID-19. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ И ПРОБЛЕМЫ.....	67
Г. А. Леонова ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МАЙОНЕЗОВ.....	71
А. В. Бячкова ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В КОРРЕКЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	76
Д. А. Бочарников ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ «ФЛЮОРОЗ» В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	80
М. Д. Коробейникова БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....	85
Е. А. Бушмакин ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО-	

ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	89
Е. В. Брагина ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА.....	92
П. И. БубырЬ ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	99
Л. В. Чильчигашева ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА.....	104
Е. Е. Зайкова ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.....	107
К. Р. Ибраева АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.....	109
Ю. И. Ловцова ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	111
Я. Д. Валиулина ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	116
МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ.....	122
Е. А. Робканова ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ.....	122
Н. С. Толстоухова АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ БРАТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.....	124
А. А. Скворцова САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	128
А. М. Вагина ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	130
А. А. Рогозина МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ.....	133
Г. Ю. Чернов МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ.....	135
Я. В. Береснева ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ФЕЛЬДШЕРА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ.....	140
В. А. Пономарчук, О. А. Погодаева ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВ.....	143
А. О. Дубровина МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РАССКАЗАХ М.А. БУЛГАКОВА.....	147
Е. А. Ткачёва ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ОРГАНИЗМ.....	152
В. С. Щербина АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА.....	154
А. В. Логинова САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ КАК СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ.....	160
Н. С. Михалева МЕДИКО – САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА ПРИМЕРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	161
А. В. Денисюк, П. С. Кравцов УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ КБМК ИМ. В. М. КРУТОВСКОГО В МЕДИКО-САНИТАРНОМ ПРОСВЕЩЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ.	165
Е. Г. Доронина ИНФОРМИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ СТАРШИХ КЛАССОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ –ИНФЕКЦИЕЙ.....	169
Н. А. Дружинина АЛЕКСАНДР НЕВСКИЙ ИСТОРИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ НАРОДА.....	171
В. В. Калинова ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПОДРОСТКАМИ ПСИХОАКТИВНЫХ И НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ.....	173
Е. В. Каргина, Р. О. Эминова ВКЛАД Н.М. МАКСИМОВИЧА-АМБОДИКА В СТАНОВЛЕНИЕ РОССИЙСКОГО АКУШЕРСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	175
Е. В. Каргина ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ КАК ОСНОВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ.....	178
А. О. Худяшова РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ	

АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ.....	181
Д. А. Шорникова ИЗМЕНЕНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В РЯДУ ПОКОЛЕНИЙ.....	185
К. Е. Липпе ХОДУНКИ В ЖИЗНИ РЕБЕНКА.....	188
А. Ю. Власенко МИОМА МАТКИ. ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА.....	192

ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ..... 196

В. А. Кожина ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА САМОЧУВСТВИЕ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ.....	196
И. А. Ракитина ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ.....	198
К. А. Петровская СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ.....	203
А. А. Скворцова РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ.....	206
В. Р. Вайкшнорайте ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ.....	208
К. Р. Бабаева ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ.....	211
П. А. Говорухина МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ К ЗОЖ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ.....	216
В. Р. Кашапова, Н. Г. Мутаирова ПРОФИЛАКТИКА ЦИФРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ....	219
Е. А. Ткачёва ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ.....	222
Е. С. Ткаченко АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СФОРМИРОВАННОСТИ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ.....	225
Т. Л. Косарева ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНОВ, МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА.....	227
А. А. Скворцова ВЛИЯНИЕ ТЕАТРА НА КОММУНИКАТИВНУЮ КУЛЬТУРУ СТУДЕНТОВ.....	232
Д. В. Лукичев РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	234
И. М. Гиладчев АНАЛИЗ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ОТНОШЕНИЯ МОЛОДЁЖИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ.....	240
О. В. Писцов ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ - ЭЛЕМЕНТ ЗОЖ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ.....	243
О. Д. Литвин ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	246
В. А. Букреев ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	252

ВОЛОНТЕРСТВО И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ: ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ..... 256

А. В. Иванова ВОЛОНТЁРСТВО ДВИЖЕНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	256
С. А. Заяц, М. А. Федина ВОЛОНТЁРСТВО И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ: ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	258
Д. Н. Сергеева ВОЛОНТЕРЫ СТЭМИ.....	262
А. Е. Куропаткина ВОЛОНТЕРСТВО И ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ: ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	266