Департамент здравоохранения правительства Еврейской автономной области
Областное государственное профессиональное
образовательное бюджетное учреждение
«Биробиджанский медицинский колледж»

Материалы
III Межрегиональной Студенческой научно-исследовательской конференции

«Медицина и молодёжь - 2022»

31 марта – 01 апреля 2022 г.



г. Биробиджан, 2022

Материалы конференции III Межрегиональной Студенческой научно-исследовательской конференции «Медицина и молодёжь - 2022»

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж», 2022.- 423 с.

Составитель, компьютерная верстка:
Куклева Т.В., начальник отдела методической работы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».
Орфография и пунктуация авторов сохранены.

В сборник включены материалы III Межрегиональной Студенческой научно-исследовательской конференции «Медицина и молодёжь - 2022», проведенной 31 марта – 01 апреля 2022 года в ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Печатается по решению научно-методического совета ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

ОГЛАВЛЕНИЕ

Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни

Роль медицинской сестры при дифференцированном отборе информации из сети интернет о пропаганде ЗОЖ **12**

Мытник Галина Сандровна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель АФЧ Кокшарова Н.У.

Отношение студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» к профилактике коронавирусной инфекции **20**

Гутник Полина Максимовна,
г. Биробиджан,
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Вторушина Л.Б.

Анализ факторов риска развития облитерирующего атеросклероза **31**

Шиловская Александра Антоновна
г.Владивосток, ВБМК«Владивостокский базовый медицинский колледж»
34.02.01. Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель — преподаватель хирургии Таранец Ольга Петровна

Грудное вскармливание в условиях ГБУ РС (Я) «Верхневилюйская ЦРБ» **44**

Иванова Ольга Святославовна
г. Якутск, ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж»
«Сестринское дело», 3курс
Научный руководитель – преподаватель педиатрии второй квалификационной категории Дмитриева В.А.

Влияние экзогенных факторов на активность α-амилазы слюны **59**

Долин Владислав Владимирович
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель анатомии Калинина О.В.

Всё о любви. Контрацепция и здоровье **72**

Сергиенкова Полина Юрьевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01. Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель дисциплины «Сестринский уход в акушерстве и гинекологии» Духовникова Евгения Андреевна

Роль фельдшера лечебного учреждения в профилактике и лечении гипертонической болезни **84**

Ильина Татьяна Александровна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель общепрофессиональных дисциплин Кокшаров М.А.

Анализ заболеваемости развития сахарного диабета 2 типа в Приморском крае, Российской Федерации и Дальнем Востоке **92**

Драгомерецкая Алина Романовна
г. Уссурийск, КГБ ПОУ «Уссурийский Медицинский колледж»
34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс
Научный руководитель – преподаватель терапии - Заверюха В.В.

Профессиональная деятельность медицинской сестры в выявлении факторов риска и профилактике атеросклероза и его осложнений **100**

Крупянко Александра Геннадьевна
г. Уссурийск, КГБ ПОУ «Уссурийский Медицинский колледж»
34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс
Научный руководитель – преподаватель терапии - Заверюха В.В.

Профилактика эмоционального выгорания среднего медицинского работника **106**

Крым Алена Сергеевна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель общепрофессиональных дисциплин Болтовская Е.В.

Профилактика язвенной болезни желудка в аспекте здорового образа жизни **117**

Ванчугова Алёна Владимировна
Забайкальский край, г. Балей, ГПОУ «ЧМК» Балейский филиал
ЛД20-01, 2 курс
Научный руководитель – Туранов Д.С.

Грудное вскармливание - это формирование здорового будущего ребёнка **121**

О.И.Матвеева, К.С. Мещенкова
ГПОУ «Читинский медицинский колледж»
Научный руководитель – преподаватель высшей квалификационной категории Е.А. Гвоздева

Роль фельдшера в повышении сексуальной образованности подростков **123**

Тарасова Диана Геннадьевна
г. Комсомольск-на-Амуре, КГБПОУ КФ «Хабаровский медицинский колледж» имени Г.С. Макарова
31.02.01 Лечебное дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель высшей квалификационной категории Роднова Е.В.

Анализ факторов риска возникновения рака молочной железы **133**

Бушуева Анастасия Владиславовна,
г. Владивосток, ВБМК «Владивостокский базовый медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель хирургии Таранец О.П.

Гигиенические знания студентов Биробиджанского медицинского колледжа в вопросах стоматологического здоровья **149**

Кутовая Светлана Владимировна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель хирургии, магистр Бастрыгина Т.В.

Диагностика, лечение и профилактика врожденных аномалий у новорожденных **152**

Коротченко Людмила Владимировна,
ГБПОУ «Медицинский колледж министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области»
31.02.01 Лечебное дело, III курс
Научный руководитель - Матвеева Елена Павловна,
канд. мед. наук, доцент

Обеспечение рационального питания школьника – одно из ведущих условий их правильного гармоничного развития **158**

Михайлова Анна Валерьевна,
г. Якутск, ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель – Федоров Павел Дмитриевич, преподаватель клинических дисциплин

Недетские проблемы нежного возраста **162**
(Анализ родов у юных беременных г. Магадана за 2018-2020гг.).

Липченкова Анастасия Олеговна,
ГБПОУ «Медицинский колледж министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области»
31.02.02 Акушерское дело, III курс
Научный руководитель - Матвеева Елена Павловна, канд. мед. наук, доцент

Сестринский уход за пациентами с COVID-19 средней, тяжелой формы и в критических случаях течения заболевания **166**

Алексеева Аделина Вадимовна
г. Якутск, ГБПОУ РС(Я) "Якутский медицинский колледж"
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель - преподаватель хирургии Портнягина Т.Н.

Анализ факторов риска развития облитерирующего атеросклероза **169**

Шиловская Александра Антоновна
г.Владивосток, ВБМК«Владивостокский базовый медицинский колледж»
34.02.01. Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель — преподаватель хирургии Таранец Ольга Петровна

Диагностика и профилактика рака шейки матки ассоциированного с вирусом папилломы человека **182**

Скрыбыкина Марина Афанасьевна
СД21-2
Г. ЯКУТСК ГБПОУ РС(Я)
«Якутский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело
научный руководитель – преподаватель ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж» Полятинская Галина Ивановна

Сахарный диабет второго типа, его профилактика **189**

Симонович Мария Юрьевна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
31.02.03 Лабораторная диагностика, 2 курс, группа 21-Д
Преподаватель Русских Татьяна Павловна

Роль медицинской сестры в профилактике наследственных заболеваний у детей и формировании здорового образа жизни **203**

Сырова Евгения Александровна
г. Комсомольск-на-Амуре, «Комсомольский-на-Амуре
филиал Хабаровский государственный медицинский колледж
имени Г. С. Макарова»
31.02.02 Акушерское дело, 2 курс
Научный руководитель - преподаватель педиатрии Домбровская Е.А.

Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике репродуктивного здоровья женщин **207**

Худько Ксения Михайловна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель профессиональных модулей Максименко Е.А.

Осторожно, снюс! **217**

Давыдова Екатерина Александровна
г. Комсомольск-на-Амуре,
КФ КГБ ПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова
31.02.02 Акушерское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель английского языка Заремская А.С.

Современные методы контрацепции **221**

Тоньшева Татьяна Владимировна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель основ профилактики Невмержицкая И.И.

Диагностика и лечение менингокковой инфекции **231**

Михеева Марина Андрияновна
г.Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель – Дорофеев Владимир Алексеевич

Гиподинамия и её последствия **239**

Помигуев Дмитрий Андреевич,
г. Биробиджан,
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель Гефен Л.И.

Социальные вопросы медицины

Психические расстройства среди подросткового населения г. Якутска **248**

Стручкова Уйгулана Ивановна
г. Якутск, ГБПОУ РС(Я) « Якутский медицинский колледж»
34.02.01.Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель терапии Новгородова М.П.

Волшебная сила улыбки **255**

Гольская Алина Владимировна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель - преподаватель психологии Н.В. Гольцова

Контрацепция как метод профилактики аборта **260**

Спицина Ирина Андреевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель терапии Горелова Н.П.

Мониторинг отношения к здоровью в студенческой среде **272**

Турыгина Татьяна Андреевна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель ПМ 07 «Выполнение работ по профессии младшая медицинская медсестра по уходу за больными» Клейман Наталья Викторовна

Проблемы рационального питания студенческой молодежи **286**

Чвойкина София Алексеевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело , 2 курс
Научный руководитель – преподаватель ЗЧО Мамедова Н.А.

Влияние энергетиков на здоровье человека **295**

Гречкин Сергей Константинович
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель анатомии Тюлькаев Н.Ю.

Анализ заболеваемости рака шейки матки в структуре онкологии женских половых органов **303**

Красовская Елизавета Вячеславовна
г.Уссурийск, КГБ ПОУ «Уссурийский медицинский колледж»
3.34.02.01 Сестринское дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель хирургии Ведерникова О.К.

Роль медицинской сестры при оказании помощи пациентам после мастэктомии **318**

Милинчук Карина Андреевна
г.Уссурийск, КГБ ПОУ «Уссурийский медицинский колледж»
3.34.02.01 Сестринское дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель СУ в хирургии
Ведерникова О.К

Стрессоустойчивость как важнейшие профессиональное качество будущей медицинской сестры **333**

Спицина Валентина Андреевна, г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель сестринского ухода за детьми Спичак Ю.Г.

Эмпатия как одно из основных качеств личности медицинских сестер **343**

Романова Ольга Олеговна
Г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель сестринского ухода в педиатрии Куклева Татьяна Валерьевна

Педикулез. Противопедикулезные мероприятия в ЛПУ стационарного типа **353**

Михеева Марина Андрияновна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, II курс
Научный руководитель работы: Даньшина Светлана Викторовна

Влияние общественных факторов на эпидемиологическую обстановку сибирской язвы **358**

Притечко Анастасия Владимировна
Забайкальский край, г. Балей, ГПОУ «ЧМК» Балейский филиал
ЛД20-01, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Туранов Д.С.

Шум как профессиональная вредность в работе зубного техника **361**

Манзаракшаев Аюша Мункуевич
Простакишин Максим Евгеньевич
Г. Чита, ГПОУ «Читинский медицинский колледж»
31.02.05. Стоматология ортопедическая III курс
Научный руководитель - преподаватель отделения Стоматология ортопедическая Богомолова С. С.

Влияние социальных факторов на здоровье человека **365**

Голованов Константин Александрович
г. Комсомольск-на-Амуре, КФ ХГМК
34.02.01 Сестринское дело 1 курс
Научный руководитель - преподаватель иностранных языков Эльтун Элеонора Владимировна

Проблема гиподинамии среди студенческой молодежи Биробиджанского медицинского колледжа **370**

Мазуркевич Любовь Андреевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель физической культуры
Андреев Андрей Пантелеевич

Употребление пива студентами Биробиджанского медицинского колледжа **383**

Лебёдка Полина Денисовна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный Руководитель – преподаватель Пищиц Б.М.

Эстетическая эндокринология. Гормональные средства в косметической практике **391**

Осадчук Диана Сергеевна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель фармакологии
Сергеева Наталья Игоревна

Исторический опыт как основа движения вперед

Память в граните **397**

Гончарук Петр
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научные руководители – преподаватели гуманитарных дисциплин
Л.А. Ишуткина, О.В. Чижова

Судьба государственного политического деятеля Якутии Н. Н. Окоемова **401**

Габышева Дайана Леонидовна
г. Якутск, ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель-Иванова Алена Михайловна

Музей Биробиджанского медицинского колледжа **406**

Гуляс Анна Евгеньевна , Кулыгина Анастасия Игоревна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель ПМ 04, 07 «Выполнение работ по профессии младшая медсестра по уходу за больными»
ОП 11, 12 «Технологии оказания медицинских услуг» - Бастрыгина П.Е.

Участие студентов в развитие волонтерского движения

Волонтёрское движение «Мы выбираем здоровый образ жизни» 418

Малкова Татьяна Николаевна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал
КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж имени Г.С.Макарова»
31.02.06 Стоматология профилактическая, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель стоматологических дисциплин
Дятала О.В.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Мытник Галина Сандровна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель АФЧ Кокшарова Н.У.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ОТБОРЕ ИНФОРМАЦИИ ИЗ СЕТИ ИНТЕРНЕТ О ПРОПАГАНДЕ ЗОЖ

Здоровье, согласно определению Всемирной организации здравоохранения, является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Физическое здоровье – естественное состояние человека, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем; оно зависит от двигательной системы, от правильного питания, от оптимального сочетания устной и физической работы.

Индивидуальное здоровье обуславливается сохранением и развитием биологических (размножение), физиологических (дыхание, питание, выделение, кровообращение), психофизиологических (восприятия, память, мышление), социальных (трудоспособность) функций при наибольшей продолжительной активной жизни.

В формировании ЗОЖ большую роль играет профилактика ятрогенных заболеваний. Речь идет о болезнях, порожденных неверным словом и неверными действиями медицинских работников. Сейчас мы стоим перед фактом массовой ракофобии, радиофобии, СПИДофобии, возникшими большей частью по вине пропагандистов здоровья. Действия медицинского персонала учат элементам ЗОЖ не меньше, чем слово. Средние медицинские работники должны не только словом, но и делом, поступками, всем своим поведением агитировать за то, что входит в понятие «здоровый образ жизни».

Надо отметить, что с развитием технологического прогресса, очень много информации по формированию ЗОЖ можно найти в сети Интернет. Но надо помнить, что не вся эта информация несет положительный результат. Порой она бывает глупой и, главное, опасной для здоровья.

Объект исследования – информация из сети Интернет о пропаганде ЗОЖ.

Предмет исследования – профессиональная компетентность медицинской сестры при дифференцированном отборе информации из сети Интернет о пропаганде ЗОЖ.

Цель исследования – проанализировать профессиональную деятельность медицинской сестры в правильном отборе информации о ЗОЖ из сети Интернет.

Задачи:

- Дать характеристику здоровью и ЗОЖ.
- Изучить роль медицинской сестры в формировании ЗОЖ у населения, нормативная база.

- Рассмотреть предлагаемую информацию о ЗОЖ в сети Интернет.
- Рассмотреть официальные сайты о ЗОЖ.
- Сделать выводы на основании проведенного исследования и разработать рекомендации.

Методы исследования:

- Теоретические методы (анализ, обобщение данных медицинских источников литературы);
- Статистический метод;
- Социологический метод (опрос, анкетирование);

ЗОЖ включает в себя следующие основные элементы: рациональный режим труда и отдыха, искоренение вредных привычек, оптимальный двигательный режим, личную гигиену, закаливание, рациональное питание и т.п.

Рациональный режим труда и отдыха - необходимый элемент здорового образа жизни любого человека. При правильном и строго соблюдаемом режиме вырабатывается четкий и необходимый ритм функционирования организма, что создает оптимальные условия для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здоровья.

Профилактика вредных привычек. Искоренение вредных привычек: курение, алкоголь, наркотики. Эти нарушители здоровья являются причиной многих заболеваний, резко сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье подрастающего поколения и на здоровье их будущих детей.

Следующей составляющей здорового образа жизни является *рациональное питание.* Когда о нем идет речь, следует помнить о двух основных законах, нарушение которых опасно для здоровья. Рациональное питание обеспечивает правильный рост и формирование организма, способствует сохранению здоровья, высокой работоспособности и продлению жизни.

Первым правилом в любой естественной системе питания должно быть: прием пищи только при ощущениях голода; отказ от приема пищи при болях, умственном и физическом недомогании, при лихорадке и повышенной температуре тела; отказ от приема пищи непосредственно перед сном, а также до и после серьезной работы, физической либо умственной.

Оптимальный двигательный режим - важнейшее условие здорового образа жизни. Его основу составляют систематические занятия физическими упражнениями и спортом, эффективно решающие задачи укрепления здоровья и развития физических способностей молодежи, сохранения здоровья и двигательных навыков, усиления профилактики неблагоприятных возрастных изменений. При этом физическая культура и спорт выступают как важнейшее средство воспитания. Общая двигательная активность включает утреннюю гимнастику, физкультурные тренировки, работы по самообслуживанию, ходьбу, работу на дачном участке и т. д.

Закаливание - мощное оздоровительное средство. Оно позволяет избежать многих болезней, продлить жизнь на долгие годы, сохранить высокую работоспособность. Закаливание оказывает общеукрепляющее действие на организм, повышает тонус нервной системы, улучшает кровообращение, нормализует обмен веществ.

Здоровье и окружающая среда. Немаловажное влияние оказывает на здоровье и состояние окружающей среды. Вмешательство человека в регулирование природных

процессов не всегда приводит к желаемым положительным результатам. Нарушение хотя бы одного из природных компонентов приводит в силу существующих между ними взаимосвязей к перестройке сложившейся структуры природно-территориальных компонентов. Загрязнение поверхности суши, гидросферы, атмосферы и Мирового океана, в свою очередь, сказывается на состоянии здоровья людей. Эффект «озоновой дыры» влияет на образование злокачественных опухолей, загрязнение атмосферы на состояние дыхательных путей, а загрязнение вод - на пищеварение, резко ухудшает общее состояние здоровья человечества, снижает продолжительность жизни. Здоровье, полученное от природы, на 50% зависит от условий, нас окружающих.

Важнейшими направлениями пропаганды ЗОЖ следует считать:

- пропаганду факторов, способствующих сохранению здоровья: личная гигиена, гигиена труда, отдыха, питания, физкультура, гигиена половой жизни, медико-социальная активность, гигиена окружающей среды и др.;
- пропаганду мер по профилактике факторов риска, пагубно влияющих на здоровье: избыточное потребление пищи при недостаточной физической нагрузке, злоупотребление спиртными напитками, употребление наркотиков, курение табака, соблюдение некоторых этнических обрядов и привычек и т.д.

Для пропаганды ЗОЖ используются различные формы пропаганды (см. рис 1).

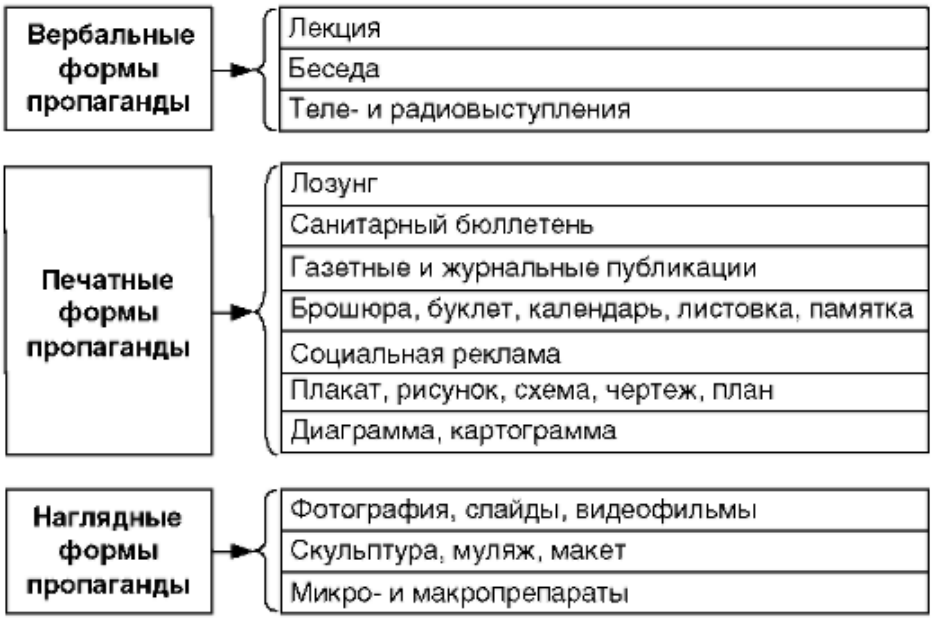


Рисунок 1. Формы пропаганды ЗОЖ

Пропаганда ЗОЖ является компонентом первичной и вторичной профилактики заболеваний. В первичной профилактике пропаганда ЗОЖ может быть направлена на изменение образа жизни, общественных норм поведения больших групп населения или на обеспечение профилактического обслуживания лиц, подвергающихся особому риску заболевания (стратегия повышенного риска). Во вторичной профилактике пропаганда ЗОЖ направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у тех, у кого она уже есть. Пропаганда ЗОЖ должна не мешать работе медперсонала, а повышать ее качественный уровень, не сводиться к формально проведенной беседе или вывешенному санбюллетеню, а осуществляться с использованием всех доступных методов воздействия. Координировать эту работу, на уровне среднего медицинского персонала призваны старшие и главные

медицинские сестры поликлиник и больниц, планировать – заведующие отделениями, а обеспечивать технически и методически – инструкторы по санитарному просвещению.

Долг средних медицинских работников – учить население не только гигиеническому поведению, направленному на сохранение собственного здоровья, но и взятию на себя ответственности за здоровье других, участию в создании и усовершенствовании укрепляющих здоровье условий жизни и труда, полноценному выполнению людьми их разнообразных социальных функций.

Роль среднего медицинского персонала в пропаганде формирования здорового образа жизни среди населения является одной из самых главных составляющих в работе среднего медицинского персонала первичного звена здравоохранения.

Особенно восприимчивы к пропаганде ЗОЖ беременные, больные с острыми заболеваниями и больные с хроническими заболеваниями в период их обострения. Это и следует учитывать при разъяснении населению вопросов вторичной профилактики. Здесь нельзя ограничиваться одноразовой беседой. Каждая из названных групп требует системного обучения по вопросам ЗОЖ либо в «школе беременных», либо в «школе здоровья», либо в «курсе очно-заочного обучения» для диспансерных групп больных. Гигиеническое воспитание диспансеризируемых должно осуществляться не только в стенах поликлиники, но и при проведении медицинской сестрой патронажной работы на участке.

В последние годы Интернет стал самым популярным источником информации. Это вполне закономерно, поскольку поиск данных в Сети удобен, прост и занимает гораздо меньше времени, чем поход в библиотеку, чтение архивов газет или даже просмотр телевизора. В связи с постоянным развитием Интернет-технологий, в обществе сформировалось позитивное общественное мнение о полезности Интернета, а расширение его технических возможностей и аудитории, повлекло за собой появление множества информационных сервисов и ресурсов. Поиск информации через Интернет стал прерогативой не только рядовых пользователей, но и государственных служащих, бизнесменов и коммерческих организаций. Ведь своевременное получение информации способно приносить немалую прибыль и ощутимую пользу. Коммуникация с клиентами и потребителями, доступная реклама перед потенциальной аудиторией, все это открыло массу возможностей как для потребителей, так и для распространителей информации.

В ходе исследования мы выяснили, как совершенствуется профилактическая работа в регионе. Так, разработан и запущен инновационный профилактический портал. Используется разработанный компьютерный модуль с оценкой уровня знания в отношении инфицирования ВИЧ. За отчетный период обследовано на ВИЧ-инфекцию 356795 человек, что на 17% больше, чем в первом полугодии 2015 года. Осуществляется лабораторный мониторинг у больных ВИЧ-инфекцией: обследовано 3619 больных. Специфическая терапия ВИЧ-инфекции проведена 2294 пациентам. Из средств федерального бюджета закуплено тест-систем и антиретровирусных препаратов на сумму 54026,5 тыс. руб., на профилактические мероприятия выделено 3979,7 тыс. руб.

В 55 территориях области проведено более 334 акций движения за здоровый образ жизни «Тихий Дон – здоровье в каждый дом!»; 7 выездных мероприятий в рамках проекта «Твое здоровье в твоих руках - Просветись!»; 9 мероприятий в рамках проектов «Доноры Доны», «Танцуй ради жизни», «Всё, что тебя касается», волонтерские акции «Здоровое начало» и «Молодежь против наркотиков», «Красивые люди».

Всего за первое полугодие 2016 года организовано 350 мероприятий, направленных на формирование ЗОЖ.

В области продолжают работать 14 взрослых и 6 детских центров здоровья. За отчетный период обследовано 25775 человек, из них признаны здоровыми 7264 человека (28,2%). Все обратившиеся прошли обучение основам ЗОЖ и профилактике наиболее распространённых заболеваний. Детям до 17 лет назначены индивидуальные планы по ЗОЖ, нуждающимся выданы направления в амбулаторно-поликлинические отделения.

В Интернете множество сайтов с изданиями журналов о ЗОЖ, авторские сайты, где учат тому, как правильно вести здоровый образ жизни. По нашему мнению не следует доверять всей информации из сети Интернет, так как лучше следовать общепринятым стандартам в области формирования ЗОЖ. На сайтах можно найти не правдивую, искаженную от реальности информацию, которая не подойдет всем тем, кто ее читает. В идеале программа ЗОЖ организовывается не только самим человеком, но при наличии у него патологии той или иной системы, она подбирается индивидуально, а прочитав, какую-то информацию в Интернете, можно себе только навредить.

Доверять всему, что написано в Сети было бы слишком глупо и наивно, ведь Интернет является зоной свободного доступа, и абсолютно каждый может принимать участие в его наполнении. Медицинская сестра обязана разъяснять данный момент своим пациентам, учить осуществлять контроль за достоверностью информации, полученной в результате поиска.

Рассмотрим традиционные способы проверки полученных через Интернет данных:

1. Проверка фактического материала

Факт выдумать невозможно, ибо его достоверность строго установлена. Любые фактические и статистические данные имеют источник. Проверка точности фактов и приведенных чисел с большой долей вероятности покажет, на какие данные опирается сайт. Идеальным будет наличие ссылок на авторитетные источники вроде агентств сбора статистики или научные институты. Если эта информация не является точной или не соответствует действительности, то и остальной материал также не будет заслуживать доверия.

2. Поиск других источников информации

Сравнение – один из самых эффективных способов поиска истины. Редко одна и та же недостоверная информация публикуется на нескольких сайтах сразу. Поэтому, если одни и те же данные встречаются в Интернете на совершенно разных ресурсах, то им можно доверять. При этом стоит уделить внимание первоначальному источнику информации. К сожалению, не редки случаи, когда все сайты ссылаются на один и тот же недостоверный источник.

3. Установление использования материала другими источниками

Перепечатка и копирование данных с одного сайта другими сайтами является хорошим знаком, поскольку это означает, что этому источнику доверяют. Чем больше ссылок на исходный материал мы найдем в Интернете, тем выше его авторитет в глазах других ресурсов. Несомненно, это говорит в пользу приведенной информации.

4. Выяснение рейтинга и авторитета сайта

Самый простой и действенный способ убедится в правдивости полученной информации, это ознакомится с репутацией сайта, на котором она размещена. Известные

ресурсы обычно заслуживают доверия, поскольку трепетно относятся к своему рейтингу и не станут разменивать его на сомнительные сенсации. Узнать о популярности сайта можно с помощью специальных рейтинговых систем, например через топ «Рамблера» и «Яндекса». Также можно просто вбить название ресурса в любой поисковик и почитать отзывы о нем. Хорошим знаком является наличие у ресурса свидетельства о регистрации СМИ. Онлайн-СМИ несут особую ответственность за любую опубликованную информацию, поэтому стараются избегать непроверенных данных. Кроме того, проверенные данные публикуют официальные сайты, являющиеся первоисточниками.

5. Получение информации об авторе материала

Для того чтобы понять, стоит ли доверять какой-либо статье, можно поискать информацию о статусе и компетентности ее автора. Не лишним будет ознакомиться с другими его работами, комментариями и отзывами читателей. Если автор статьи имеет хороший журналистский опыт, почетную должность или научную степень, шансы на правдивость его доводов прилично возрастают. Кроме того, в Интернете могут быть его блоги, страницы социальной сети и прочая информация, которая поможет составить мнение об авторе.

Не менее важен грамотный подход к самому процессу поиска информации. Подавляющее большинство людей использует популярные поисковые сервисы, такие как Google, Yandex, Rambler и Mail. Любая поисковая система ищет в своей базе данных из миллиарда страниц те, что соответствуют заданным параметрам. Поскольку поиск ведется в индексе, многие результаты могут быть устаревшими. Всем известен пример, когда страница уже не существует, а поисковик все еще ее находит и восстанавливает. При этом многие свежие сайты в поисковый результат не попадают. Поэтому если мы не может найти что-либо в одной поисковой системе, имеет смысл поискать в другой.

Правда в том, что сценарии для каждой передачи пишутся заранее. Например, по заказу производителей мясных продуктов (и некоторых других структур), придуманная информация о «пользе» мяса вносится во многие программы. Редакторы заранее готовят тексты, вопросы и комментарии для ведущих, а «врачи» и «авторитетные эксперты» (любители мясных продуктов), приглашённые принять участие в таких передачах, подтверждают факты о пользе мяса. Зрители в студии хлопают или создают «недовольный шум» по сигналу администратора (если не будут хлопать, то не получат деньги за участие в съёмке) – этого всего не показывают в видео.

На наш взгляд, самое точное определение происходящего – это пропаганда вредной информации. Это происходит уже много десятков лет (ещё с советских времён). Именно так создаётся «общественное мнение», и большинство людей живёт по такому разрушительному сценарию. А потом люди удивляются тем проблемам со здоровьем, которые у них возникают из-за нездорового питания. Ну а фармацевтическая индустрия радуется новым клиентам и увеличению продаж таблеток-препаратов и числа платных операций. Вот так на людях зарабатывают деньги.

Такое происходит не только с темой растительного питания, но и с темой естественно-природных методов оздоровления (лечение травами, камнями и звуком и т.д.), которые часто подвергают осуждению в разнообразных телешоу и передачах. Так же заранее придумываются истории «пострадавших», пишется сценарий (со словами ведущего), нанимаются актёры (которые по сценарию играют роль «пострадавших») и массовка для

зрительного зала, приглашаются «эксперты» и создаётся нужная картинка. А если в студию приглашают сторонника естественных оздоровительных методов или практика растительного питания, то его либо ругают, либо провоцируют на конфликт, либо то правдивое, что он говорит, вырезают из эфира.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- Необходимо четко представлять себе, что мы ищем. Правильно сформулированный запрос сэкономит много времени и усилий, а также позволит найти именно то, что нужно.

- Стоит доверять официальным сайтам и их пресс-релизам. Также заслуживают доверия информационные агентства, научные институты и их исследования. За опубликованные данные несут ответственность онлайн-СМИ. Отдельную категорию составляют материалы, перепечатанные из реальных источников, но доступные в Интернете. Например, учебники и энциклопедические данные. При этом нужно настороженно относиться к таким ресурсам, как Википедия. Информация, опубликованная в ней, вполне может оказаться недостоверной, поскольку доступ к редактированию статей имеет любой желающий. Это может быть, как опытный профессор, так и обыкновенный школьник. Википедия хороша для расширения кругозора и составления списка литературы к тому или иному исследованию, однако ссылаться на нее в серьезной работе весьма опасно.

- Тоже самое можно сказать и о блогах. Блоггеры, которых называют «гражданскими журналистами», порой располагают очень интересной информацией, которую нельзя найти даже в СМИ. Но при этом часто никто кроме автора блога не может подтвердить достоверность опубликованной информации. Поэтому использовать блоггерские данные нужно осторожно, проверяя их особенно тщательно. Конечно, речь не идет о президентском блоге или «официальных» блогах компаний. Руководствуясь правилами элементарной логики, подготовленный пользователь сумеет отличить правду от лжи. Однако даже самый искушенный человек может оказаться обманутым. Засилье многочисленных красиво оформленных сайтов мошенников и желтой прессы способно ввести в заблуждение кого угодно. Крайне важно проверять все важные данные, найденные в Интернете, поскольку последствия использования недостоверной информации могут быть весьма печальными.

Цель данной работы можно считать достигнутой, так как были в полной мере рассмотрены поставленные для этого задачи:

1. Вначале были рассмотрены важные составляющие здоровья и ЗОЖ, что важно для понимания сути работы.

2. Была доказана важная роль медицинской сестры в формировании ЗОЖ у населения, причем работа с населением – одна из важных сфер деятельности, которая лежит именно на плечах средних медицинских работников. Так же была рассмотрена многочисленная нормативная база, посвященная ЗОЖ.

3. Главный вопрос работы – это разнообразные сайты о ЗОЖ, причем имеют место именно официальные сайты. Официальных сайтов не так уж и много, наоборот, много не официальных сайтов и соответственно не проверенной информации, которая может принести вред для здоровья населения, а среди проверенных сайтов выделяются основные, которые широко освещаются как по телевидению, так и в сети интернет.

4. Были рассмотрены вопросы о предлагаемой информации о ЗОЖ в сети Интернет, и как указано выше, в большем проценте случаев информация из сети интернет не имеет

проверенных источников, она может быть написана совершенно любым человеком и не ради помощи населению, поэтому надо с опаской относиться к разной информации.

5. Нами было проведено исследование (анкетирование) пациентов по вопросам ЗОЖ и использования сайтов ЗОЖ. Оказалось, большое количество людей интересуются вопросами ЗОЖ в интернет источниках, но не все пользуются официальными сайтами и проверяют достоверность источников.

6. Мы выяснили, что раньше информация о ЗОЖ исходила в основном из санитарно-просветительной информации больниц, так имели место школы здоровья, были широко развиты дни здоровья, где можно было так же узнать информацию о ЗОЖ. Сейчас все становиться доступным, но при помощи информационных средств. Считаем, что необходимо возвратиться к опыту прошлых поколений, и больше развивать прямую работу с пациентами, а не оставлять все на информацию из сети Интернет. Для этого надо уделять большое внимание образовательной сфере среднего медицинского персонала, так же оснащенности ЛПУ разными уголками для пациентов, выпуску брошюр, методических пособий понятных для населения, развивать работу в школах здоровья и расширять направления данных школ по разным заболеваниям.

Библиографический список

1. Болотов, Б.А. Здоровье человека в нездоровом мире. 2-е изд. / Б.А. Болотов. - СПб.: Питер, 2013. - 512 с.
2. Вайнер, Э. Н. Валеология / Э.Н. Вайнер, Е.В. Волынская. – М.: Флинта, 2012. - 310 с.
3. Вишняков, Н.И. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник / Н.И. Вишняков. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 840 с.
4. Воропаева, Л. А. Опыт сестринской деятельности в центре здоровья / Л. А. Воропаева, А. В. Аверин, А. В. Голенков // Главная медицинская сестра. - 2013. - № 2. - С. 10-21.
5. Достоверность информации в интернете [Электронный источник] Режим доступа: - http://www.eltuicia.ru/dostovernost-informacii-v-internete.html
6. Здоровье и ЗОЖ [Электронный источник] Режим доступа: - http://bgd community.livejournal.com/13630.html
7. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина. - М.: Медицина, 2012. - 416 с.
8. Минздрав РФ [Электронный источник] Режим доступа: - https://www.rosminzdrav.ru/ministry
9. Миняев, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. 6-е изд. / В.А. Миняев. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. - 656 с.

Гутник Полина Максимовна,
г. Биробиджан,
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Вторушина Л.Б.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ОГПОБУ «БИРОБИДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» К ПРОФИЛАКТИКЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Коронавирусная инфекция — это группа острых инфекционных заболеваний, вызываемых различными серотипами коронавирусов. Характеризуется синдромом общей инфекционной интоксикации и синдромом поражения респираторного тракта, в основном верхних и средних его отделов — носа, глотки, гортани, трахеи и бронхов. При некоторых вариантах вируса, таких как MERS-CoV, SARS-CoV, SARS-CoV-2, в 20 % случаев развивается тяжёлый острый респираторный синдром с высокой летальностью.

Актуальность темы исследования очевидна: пандемия коронавируса стала фундаментальным вызовом для современного общества, которая за очень короткий промежуток времени изменила жизнь миллионов людей во всем мире. Профилактика коронавирусной инфекции имеет огромную роль для дальнейшей стабилизации и уменьшения роста заражения и распространения этой инфекции.

Объект исследования: Меры профилактики заражения коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Предмет исследования: Коронавирусная инфекция (COVID-19).

Цель исследования: исследовать реализацию мер профилактики заражения коронавирусной инфекцией (COVID-19) студентами ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Задачи исследования:

- Изучить литературные и интернет источники с информацией об этиологии, патогенезе, патоморфологии, эпидемиологической характеристике, профилактических мероприятиях, вакцинации при коронавирусной инфекции (COVID-19);
- Провести анкетирование;
- Сделать выводы.

Гипотеза: Студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» реализуют меры профилактики заражения коронавирусной инфекцией (COVID-19), что значительно снижает риск возможного заражения коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Метод исследования: Анонимный анкетный опрос.

Содержание анкеты позволило установить: какие меры профилактики коронавирусной инфекцией (COVID-19) знают студенты, какими мерами пользуются сами, как студенты относятся к вакцинации.

В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»).

Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2. Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. В настоящее время продолжается интенсивное изучение клинических и эпидемиологических особенностей заболевания, разработка новых средств его профилактики и лечения.

Коронавирусы (Coronaviridae) – это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать как животных (их естественных хозяев), так и человека.

У людей коронавирусы могут вызвать целый ряд заболеваний – от легких форм острой респираторной инфекции (ОРВИ) до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС или SARS).

До 2002 г. коронавирусы рассматривались в качестве агентов, вызывающих нетяжелые заболевания верхних дыхательных путей (с крайне редкими летальными исходами). В период с 2002 по 2004 гг. коронавирус SARS-CoV из рода Betacoronavirus (резервуар – летучие мыши, промежуточный резервуар – циветты) впервые стал причиной развития эпидемии так называемой атипичной пневмонии (ТОРС) и подтвержденной причиной смерти 774 человек в 37 странах мира. В настоящий момент SARS-CoV-2продолжает циркулировать и вызывать новые случаи заболевания. SARS-CoV-2 – оболочечный вирус с одноцепочечной РНК позитивной полярности, относящийся к семейству Coronaviridae, роду Betacoronavirus, подроду Sarbecovirus.

На сегодняшний день, варианты альфа- (линия PANGO B.1.1.7, впервые обнаружена в Великобритании в сентябре 2020), бета- (линия PANGO B.1.351, впервые обнаружена в ЮАР в мае 2020), гамма- (линия PANGO P.1, вперые обнаружена в Бразилии в ноябре 2020) и дельта- (линия PANGO B.1.617.2., впервые обнаружена в Индии в октябре 2020) отнесены к вариантам VOC.

«Омикрон»-штамм практически вытеснил все основные разновидности COVID-19 в мире. При этом симптомы болезни, считавшиеся раньше «классическими», уступили место новым.

При комнатной температуре (20-25 °С) SARS-CoV-2 способен сохранять жизнеспособность на различных объектах окружающей среды в высушенном виде до 3 суток, в жидкой среде – до 7 суток.

Вирус остается стабильным в широком диапазоне значений pH (до 6 дней при значении pH от 5 до 9 и до 2 дней при pH4 и pH11). При температуре +4 °С стабильность вируса сохраняется более 14 дней. При нагревании до 37 °С полная инактивация вируса происходит в течение 1 дня, при 56 °С - в течение 45 минут, при 70 °С – в течение 5 минут. Вирус чувствителен к ультрафиолетовому облучению дозой не менее 25 мДж/см2 и действию различных дезинфицирующих средств в рабочей концентрации.

Почти все страны мира серьезно пострадали от пандемии COVID-19, однако эпидемическая ситуация в разных странах крайне неоднородная. Высокий уровень заболеваемости и летальности отмечается в тех странах, где изоляционноограничительные мероприятия были введены с запозданием или в неполном объеме (Италия, Испания, США, Великобритания).

Напротив, в странах, в которых противоэпидемические мероприятия были введены своевременно и в полном объеме (Сингапур, Южная Корея, Тайвань, Япония), наблюдается низкий уровень заболеваемости и летальности от COVID-19.

Входные ворота возбудителя – эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника.

Источником инфекции является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания, и бессимптомный носитель SARS-CoV-2.

Наибольшую опасность для окружающих представляет больной человек в последние два дня инкубационного периода и первые дни болезни.

Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактным путями. Ведущим путем передачи SARS-CoV-2 является воздушно-капельный, который реализуется при кашле, чихании и разговоре на близком (менее 2 метров) расстоянии. Возможен контактный путь передачи, который реализуется во время рукопожатий и других видах непосредственного контакта с инфицированным человеком, а также через поверхности и предметы, контаминированные вирусом.

Установлена роль COVID-19 как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи. Медицинские работники подвергаются самому высокому риску инфицирования, поскольку в процессе выполнения профессиональных обязанностей имеют длительный аэрозольный контакт. Риск реализации воздушно-капельного, пылевого и контактного путей передачи возбудителя повышается в условиях несоблюдения требований санитарно-противоэпидемического режима, правил эпидемиологической безопасности, в том числе использования средств индивидуальной защиты.

Все профилактические мероприятия можно разделить на неспецифические и специфические.

Неспецифическая профилактика covid-19 представляет собой мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции:

• ранняя диагностика и активное выявление инфицированных, в том числе с бессимптомными формами;

• соблюдение режима самоизоляции;

• соблюдение дистанции от 1,5 до 2 метров;

• использование мер социального разобщения (временное прекращение работы предприятий общественного питания, розничной торговли (за исключением торговли товаров первой необходимости), переход на удаленный режим работы, перевод на дистанционное обучение образовательных организаций;

• соблюдение правил личной гигиены (мыть руки с мылом, использовать одноразовые салфетки при чихании и кашле, прикасаться к лицу только чистыми салфетками или вымытыми руками);

• использование средств индивидуальной защиты органов дыхания в зависимости от степени риска инфицирования (лицевой щиток, одноразовая медицинская маска, респиратор, изолирующая полумаска, полнолицевая маска);

• проведение дезинфекционных мероприятий;

• орошение слизистой оболочки полости носа изотоническим раствором хлорида натрия;

• использование лекарственных средств для местного применения, обладающих

барьерными функциями;

• своевременное обращение пациента в медицинские организации в случае появления симптомов ОРИ;

• другие мероприятия соответствии с нормативными и методическими документами по борьбе с новой коронавирусной инфекцией.

Специфическая профилактика включает в себя вакцинацию при коронавирусной инфекции (COVID-19).

С самого начала эпидемии разработка вакцины стала приоритетной задачей всех развитых стран. По последним данным ВОЗ больше 60 вакцин во всем мире уже проходят клинические испытания. Еще более 170 исследуются на животных. Главную – финальную – фазу испытаний уже прошли или проходят 22 препарата. Три из них – российского производства.

Показаниями к прививке от коронавируса являются:

- Лица, не болевшие COVID-19 и не привитые ранее.

Повторную вакцинацию проводят через 6 месяцев после перенесенного заболевания или через 6 месяцев после вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19*

Противопоказаниями к прививке от коронавируса являются:

— Гиперчувствительность к какому-либо компоненту вакцины или вакцины, содержащей аналогичные компоненты;

— Тяжелые аллергические реакции в анамнезе;

— Острые инфекционные и неинфекционные заболевания;

— Обострение хронических заболеваний (вакцинацию проводят через 2 — 4 недели после выздоровления или ремиссии);

— Беременность и период грудного вскармливания;

— Возраст до 18 лет.

Российские вакцины от коронавирусной инфекции (COVID-19)

На сегодня в России зарегистрированы следующие вакцины

- **«Спутник V» («Гам-КОВИД-Вак», Центр имени Гамалеи)**
- **«ЭпиВакКорона» (разработана в новосибирском научном центре «Вектор» Роспотребнадзора)**
- **«КовиВак» (от Центра имени Чумакова)**

Все они подразумевают двухступенчатое введение – чтобы добиться надежной защиты, необходимо введение дополнительной, так называемой - бустерной дозы.

Ни один препарат от коронавируса не содержит живой вирус, а значит, заразиться от прививки нет ни малейшей возможности.

Вакцина от коронавируса "Спутник Лайт"

Для появления иммунитета достаточно одного укола "Спутником Лайт".

Иностранные вакцины от коронавирусной инфекции (COVID-19)

BioNTech и Pfizer

Вакцина, разработанная американской компанией Pfizer и ее немецким партнером BioNTech, была зарегистрирована в Евросоюзе первой.

Moderna

Вакцина американского производства.

AstraZeneca

Векторная вакцина британско-шведского производства.

CoronaVac

Инактивированная вакцина китайской биофармацевтической компании Sinovac Biotech.

Janssen Pharmaceutica/Johnson & Johnson

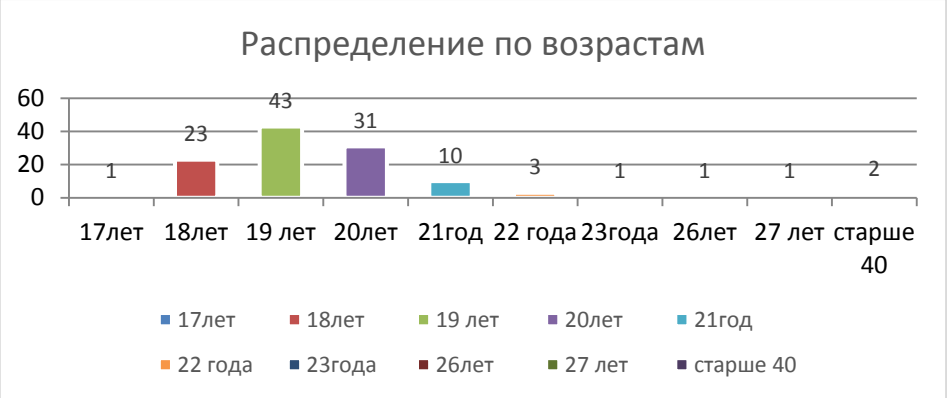
Еще одна американская аденовирусная векторная вакцина.

В ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» проведено анкетирование с целью определить знания студентов о путях передачи заражения коронавирусной инфекции, мерах профилактики заражения коронавирусной инфекцией, а также узнать отношение студентов к мерам профилактики (в частности, к вакцинации).

В анкетировании приняли участие 116 студентов.

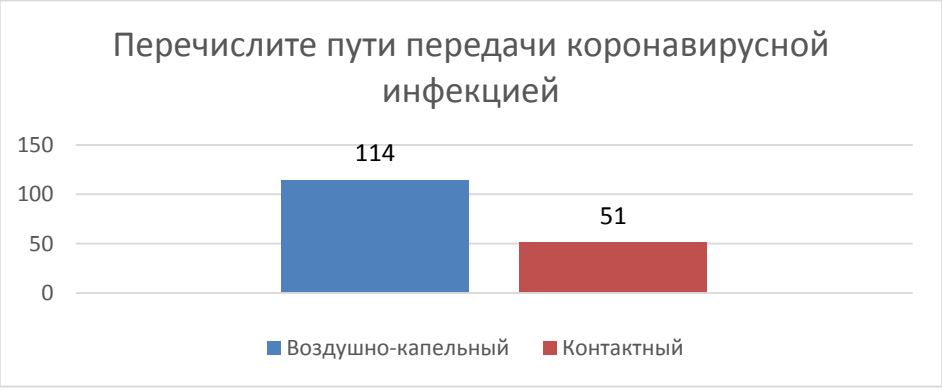
По возрастам распределение следующее: 17 лет (1 студент), 18 лет (23 студента), 19 лет (43 студента), 20 лет (31 студент), 21 год (10 студентов), 22 года (3 студента), 23 года (1 студент), 26 лет (1 студент), 27 лет (1 студент), 41 год (1 студент), 47 лет (1 студент).

Диаграмма № 1



На вопрос «Перечислите пути передачи коронавирусной инфекции», 114 студентов ответили «Воздушно-капельный путь», 51 студент ответили «Контактный путь».

Диаграмма №2



Таким образом все наши студенты знают основные пути передачи коронавирусной инфекции.

На вопрос «Какие меры профилактики данной инфекции вы знаете?»

90 студентов ответили «Ношение масок», 77 студентов ответили «Обработка рук», 3 студента ответили «Кварцевание», 39 студентов ответили «Изоляция, дистанция», 48 студентов ответили «Вакцинация», 1 студент ответил «Прием противовирусных препаратов», 2 студента ответили «Витамины», 2 студента ответили «ЗОЖ», 4 студента воздержались от ответа.

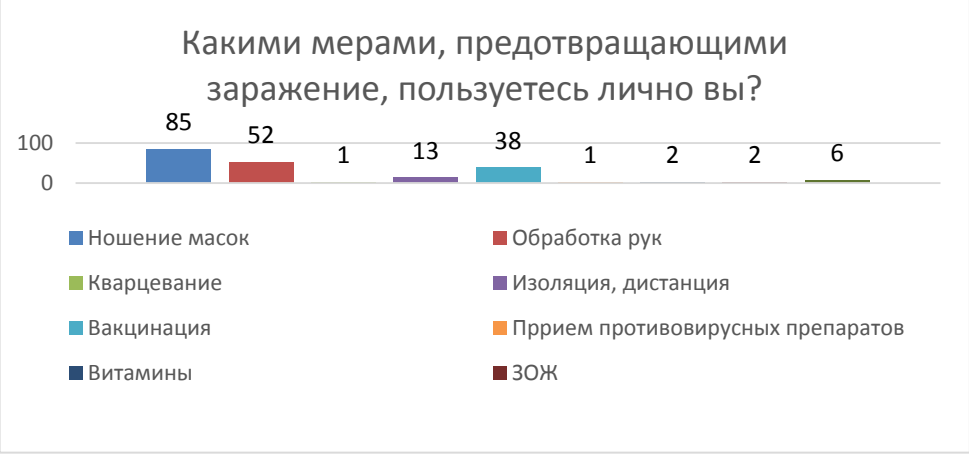
Диаграмма№3



По результатам опроса стало понятно, что все студенты знают какие профилактические меры должны быть приняты, чтобы избежать заражения.

На вопрос «Какими мерами, предотвращающими заражение, пользуетесь лично вы?» 85 студентов ответили «Ношение масок», 52 студента ответили «Обработка рук», 1 студент ответил «Кварцевание», 13 студентов ответили «Изоляция, дистанция», 38 студентов ответили «Вакцинация», 1 студент ответил «Прием противовирусных препаратов», 2 студента ответили «Витамины», 2 студента ответили «ЗОЖ», 6 студентов ответили «Не пользуюсь».

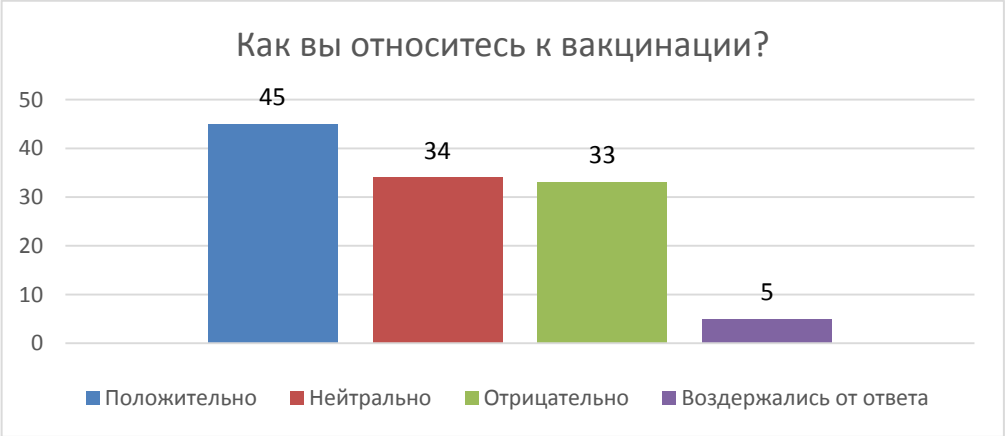
Диаграмма №4



Обращает на себя внимание, что из 116 участников опроса(каждый из которых знает разнообразные методы защиты) только 85 регулярно носят маски в общественных местах, 6 человек утверждают что не используют никаких методов неспецифической профилактики.

На вопрос «Как вы относитесь к вакцинации?» 45 студентов ответили «Положительно», 34 студента ответили «Нейтрально», 33 студента ответили «Отрицательно», 5 студентов «Воздержались от ответа».

Диаграмма №5



Еще один вопрос вызывает споры среди наших студентов — это отношение к вакцинации. Несмотря на медицинское образование 33 (35%) опрошенных относятся к вакцинации отрицательно, а 5(4%) воздержались от ответа.

На вопрос «Какие вакцины вы знаете?» 102 студента ответили «Спутник», 55 студентов ответили «Эпивак», 34 студента ответили «Ковивак», 22 студента ответили «Лайт».

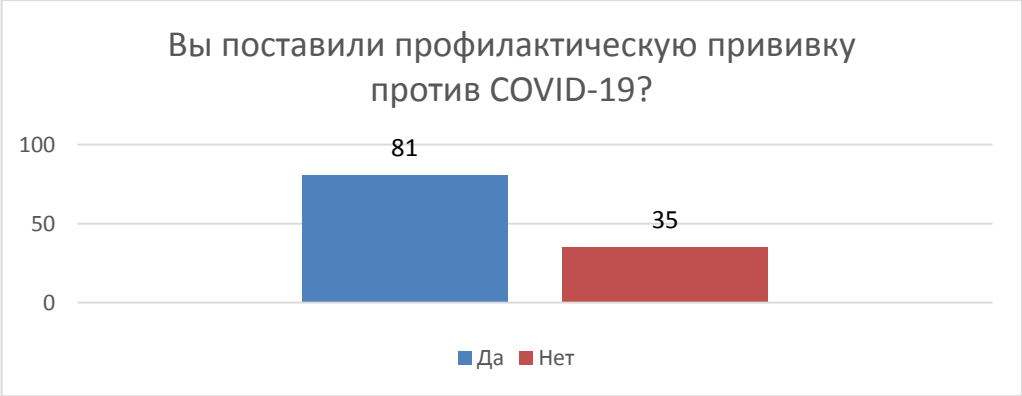
Диаграмма №6



Все студенты знают о вакцинах, применяемых в РФ.

На вопрос «Вы поставили профилактическую прививку против COVID-19?» 81 студент ответил «Да», 35 студентов ответило «Нет».

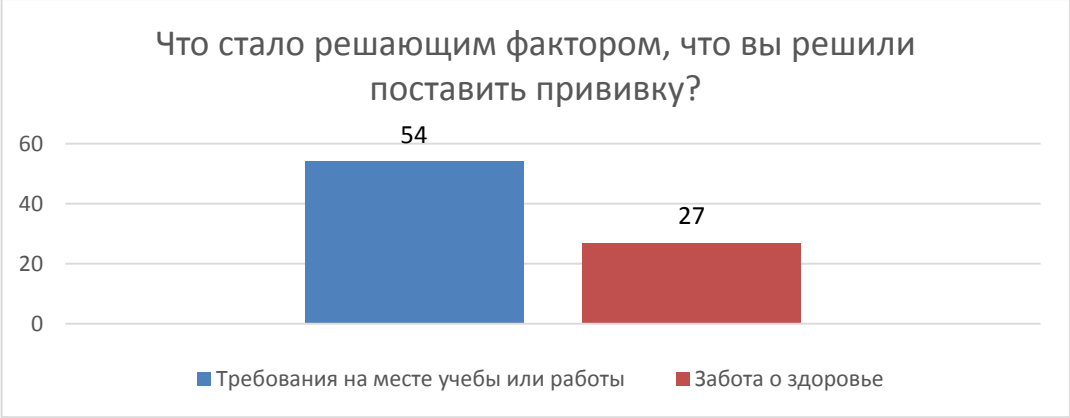
Диаграмма №7



В октябре 2021 года, когда проводилось наше исследование 35 (30%) были не вакцинированы.

На вопрос «Что стало решающим фактором, что вы решили поставить прививку?» 54 студента ответили «Требования на месте учебы или работы», 27 студентов ответили «Забота о здоровье».

Диаграмма №8



Среди прошедших вакцинацию (81человек) 66,7% сделали ее с учетом требований для посещения лечебных учреждений во время практики и занятий , а у 33,3 % главным фактором стала забота о своем здоровье и здоровье близких людей.

На вопрос «Какой вакциной и где вы поставили прививку?» 77 студентов ответили «Спутник», 2 студента ответили «Эпивак», 2 студента ответили «Ковивак».

Диаграмма № 9



Большинство студентов привились самой широко распространённой вакциной «Спутник V» («Гам-КОВИД-Вак», Центр имени Гамалеи).

На вопрос «После постановки прививки были ли у вас поствакцинальные осложнения?» 63 студента ответили «Температура», 57 студентов ответили «Слабость», 46 студентов ответили «Ломота в суставах», 20 студентов ответили «Наличие местной гиперемии и боли», 12 студентов ответили «Не было»

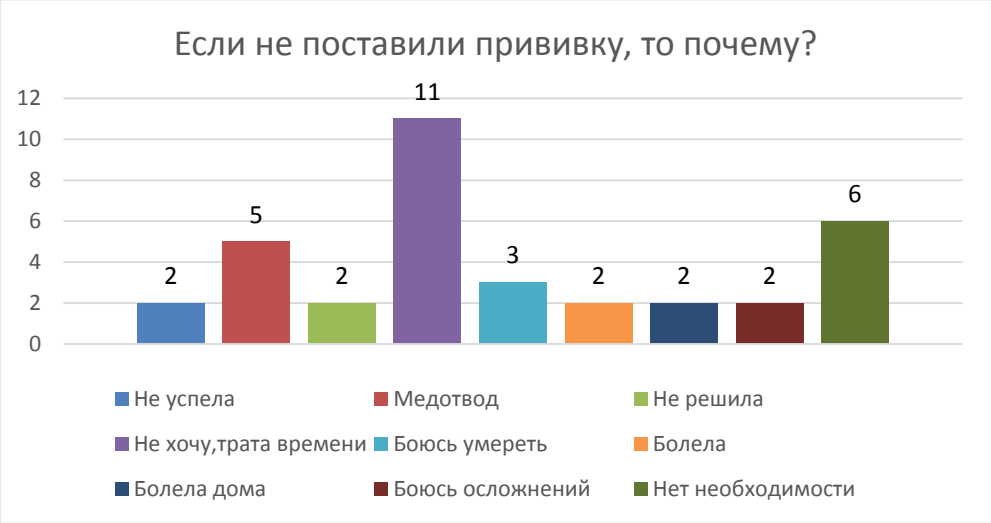
Диаграмма №10



Возникшие осложнения после прививки, указаны на диаграмме. У Большинства это повышение температуры тела, ломота в теле , прошедшие в течение двух дней.

На вопрос «Если не поставили прививку, то почему?» 2 студента ответили «Не успела», 5 студентов ответили «Медотвод», 2 студента ответили «Не решила», 11 студентов ответили «Не хочу, трата времени», 3 студента ответили «Боюсь умереть», 2 студента ответили «Болела», 2 студента ответили «Болела дома», 2 студента ответили «Боюсь осложнений», 6 студентов ответили «Нет необходимости».

Диаграмма №11



Отказ от постановки вакцины студенты мотивировали следующим образом: у 5 медотвод,2 болели, еще 2 считают, что болели (без подтверждения), а 11 (31%) просто отказались.

Таким образом, из исследования видно, что студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» не только ознакомлены с самыми разными мерами профилактики заражения коронавирусной инфекцией, но и большинство сами пользуются ими.

Первая часть нашего исследования была проведена в октябре 2021года. По результатам тестирования была проведена работа по информированию отдельных студентов о показаниях и противопоказаниях к вакцинации против COVID-19.

11 ноября 2021 года Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (главный государственный санитарный врач) выпустил постановление №125 О проведении иммунизации против новой коронавирусной инфекции в ЕАО.

Принятое решение требовало от медицинских работников (включая студентов) для допуска к работе наличие кода о вакцинации, перенесенном заболевании или медицинском отводе. Подавляющее число студентов вакцинировались, тем самым защитив свое здоровье и здоровье окружающих.

Таким образом проводя специфические и неспецифические профилактические мероприятия удалость избежать распространения коронавирусной инфекции в колледже. Единичные случаи заболевания коронавирусной инфекцией студентов были связаны с заболеваниями родственников (семья). Выявленные проблемы позволили организовать разъяснительные мероприятия среди студентов о необходимости соблюдения мер личной профилактики и необходимости вакцинации.

Поставленные задачи решены, гипотеза о том, что студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» реализуют меры профилактики заражения коронавирусной инфекцией (COVID-19), что значительно снижает риск возможного заражения коронавирусной инфекцией (COVID-19) подтверждена, цель курсовой работы достигнута.

Библиографический список

1. https://xn--80aesfpebagmfblc0a.xn--p1ai/
2. https://covid19.rosminzdrav.ru/
3. https://yandex.ru/covid19/stat
4. https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D1%8B
5. https://ria.ru/category_koronavirus-v-rossii/
6. https://www.rospotrebnadzor.ru/about/info/news_time/news_details.php?ELEMENT_ID=13566
7. https://www.rbc.ru/tags/?tag=%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81
8. https://probolezny.ru/koronavirusnaya-infekciya/
9. https://koronavirus-today.ru/
10. https://chitgma.ru/medlibrary/novosti-biblioteki/nauchnye-stati-o-covid-19
11. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021). Министерство Здравоохранения Российской Федерации.

Приложение А

Анкетирование
«Профилактика коронавирусной инфекции»

Возраст

1. Перечислите пути передачи коронавирусной инфекции
_____
_____
2. Какие меры профилактики данной инфекции вы знаете?
_____
_____
3. Какими мерами, предотвращающими заражение, пользуетесь лично вы?
_____
_____
4. Как вы относитесь к вакцинации?
_____
_____
5. Какие вакцины вы знаете?
_____
_____
6. Вы поставили профилактическую прививку против COVID-19?
Да
Нет
7. Что стало решающим фактором, что вы решили поставить прививку?
_____
_____
8. Какой вакциной и где вы поставили прививку?
_____
_____
9. После постановки прививки были ли у вас поствакцинальные осложнения?
Температура
Слабость
Ломота в суставах
Наличие местой гиперемии и боли
Другое_____
Не было
10. Если не поставили прививку, то почему?
_____
_____

Шиловская Александра Антоновна
г.Владивосток, ВБМК«Владивостокский базовый медицинский колледж»
34.02.01. Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель — преподаватель хирургии
Таранец Ольга Петровна

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Актуальность работы определяется тем, что заболевания артерий нижних конечностей (ЗАНК) являются постоянно растущей проблемой здоровья населения земного шара, от которой страдают миллионы людей во всем мире и сопряжены с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений и летальных исходов.

Облитерирующий атеросклероз (ОА) нижних конечностей- широко распространенное заболевание кровеносных сосудов, при котором из-за стеноза или полной окклюзии артерий нарушается артериальный кровоток в пораженной конечности.

В Российской Федерации хроническими заболеваниями артерий нижних конечностей страдают около 3 миллионов человек. Мужчины болеют чаще, чем женщины, в среднем соотношение 10:1.

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей определяются прежде всего, их частотой. По данным эпидемиологических исследований, на долю заболевания приходится более 20% всех видов сердечно-сосудистой патологии, т.е. они встречаются у 2-3% всего населения. Число этих больных увеличивается с возрастом, составляя на 6-7-м десятилетии жизни уже 5-7%. Возможности реабилитации при этом заболевании ограничены. Лечение таких больных является в настоящее время основной задачей ангиологии. (О. Наставшева).

Статистика атеросклероза весьма неутешительна. Уже после 30-35 лет атеросклерозом заболевает 75% мужчин и 38% женщин. В возрасте 55-60 лет эти цифры приближаются почти к 100%. Однако, смертность от атеросклероза составляет в среднем 58%, хотя в некоторых странах она достигает 69%. (И.И. Ветров).

Ежегодно в России выполняется около 10000 оперативных вмешательств при поражении артерий нижних конечностей. В специальной литературе постоянно анализируются социально-экономические аспекты данной проблемы.

Актуальность проводимого исследования обусловлена тем, тем, что облитерирующий атеросклероз приводит к инвалидизации, поэтому надо как можно раньше выявить факторы риска и проводить профилактику.

Облитерирующий процесс, однажды возникнув, не имеет тенденции к обратному развитию, и исходом этого процесса является инвалидизация или даже ампутация конечности.

Цель работы: проанализировать факторы риска возникновения облитерирующего атеросклероза.

В работе представлены следующие задачи:

1. Изучить научно- методическую и учебную литературу по теме исследования.
2. Изучить и проанализировать основные факторы риска развития облитерирующего атеросклероза

3. Провести анализ частоты встречаемости факторов риска

Гипотеза- выявление факторов риска облитерирующего атеросклероза позволяет увеличить уровень выявляемости на ранних стадиях данного заболевания.

Объект исследования работы- факторы риска атеросклероза

Предмет исследования- деятельность медицинской сестры в выявлении факторов риска

В данной работе использованы следующие методы исследования:

- теоретический;

- сравнительный.

Итог исследования практической части – это анализ факторов риска развития облитерирующего атеросклероза среди группы лиц.

1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

1.1 Этиология и патогенез ОА

Облитерирующий атеросклероз (артериосклероз) нижних конечностей – хроническое заболевание, сопровождающееся окклюзионно-стенотическим поражением периферических артерий крупного и среднего калибра вследствие отложения в их стенке липидов и проявляющееся недостаточностью артериального кровообращения в конечностях различной степени выраженности.

В основе поражения артерий нижних конечностей при атеросклерозе лежат общие причины и патогенетические механизмы развития данного заболевания в целом, одним из местных проявлений которого оно является.

Вместе с тем окончательно характер и особенности процессов, происходящих в стенке артериальных сосудов при данном заболевании, не выяснены. В настоящее время различают четыре основных механизма, способных вызвать типичные для атеросклероза поражения сосудов: дислипидемию, нарушение состояния сосудистой стенки, изменение функционирования клеточного рецепторного аппарата, генетический (наследственный) фактор.

Одним основным звеном патогенеза атеросклероза является повреждение клеточных, соединительнотканных и других структур артериальной стенки различной этиологии.

Первая теория патогенеза атеросклероза, получившая в литературе название холестериновой, была сформулирована Н.Н. Аничковым в 1915 г. Суть ее сам автор выразил словами: «без холестерина не может быть атеросклероза». Продолжая свои исследования, Н.Н. Аничков выдвинул комбинационную теорию происхождения атеросклероза, согласно которой холестерин рассматривается как фактор, непосредственно реализующий атеросклеротические изменения артерий.

Способствуют отложению холестерина следующие явления:

1) нарушения липидного обмена и его регуляции (конституциональные, эндокринные и др.);

2) алиментарный фактор (избыток холестерина в пище);

3) «механические» влияния (главным образом гемодинамические) на стенки сосудов;

4) первичные изменения артерий (дистрофические, возрастные и др.).

Пусковым фактором для возникновения атерогенной бляшки служит повреждение клеток эндотелия, а роль нарушений липидного обмена сводится к способствующим

атерогенезу условиям. Известно, что ряд вирусов (Коксаки, Эпштейна-Барр, простого герпеса, цитомегаловирусной инфекции и др.) может поражать клетки сосудистого эндотелия, нарушая в них липидный обмен и создавая условия для формирования атеросклеротической бляшки. Повреждения внутренней оболочки сосудов могут индуцировать перекиси липидов, которые ингибируют в эндотелиальных клетках артерий фермент простациклин-синтетазу.

В результате развиваются локальная недостаточность простациклина (вазодилататор) и относительное преобладание его функционального антагониста тромбоксана, проявляющего вазоконстрикторные свойства. Это приводит к адгезии тромбоцитов на поверхности эндотелия, способствующей повреждению клеток последнего и развитию бляшки.

Нарушению липидного обмена в патогенезе атеросклероза отводится ведущая роль.

Согласно второму механизму развития атеросклероза, в поражении артерий существенная роль принадлежит морфологическим и функциональным нарушениям клеток интимы и гладких мышечных клеток субэндотелия, предрасполагающих к внутристеночному отложению липидов. При атеросклерозе находят гетерогенность эндотелия, появление крупных многоядерных клеток, увеличение гладких мышечных клеток субэндотелия с формированием вокруг них слизистой капсулы, содержащей коллаген и фибронектин. Одновременно в стенке артериальных сосудов обнаруживаются стволовые клетки крови и макрофаги. Вместе с тем рядом исследователей эти изменения рассматриваются как проявление ответной реакции организма на действие неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды.

В нашей стране под руководством академика А.Н. Климова активно развивается аутоиммунная теория патогенеза атеросклероза, согласно которой этот патологический процесс инициируют аутоиммунные комплексы, содержащие липопротеины в качестве антигена.

Аутоиммунные комплексы характеризуются следующими особенностями:

- вызывают повреждение эндотелия и тем самым ускоряют проникновение липопротеинов крови в сосудистую стенку;
- продлевают циркуляцию липопротеинов в крови;
- задерживают окисление и экскрецию холестерина с желчью, т.е. способствуют развитию гиперлипопротеинемии;
- проявляют цитотоксическое действие, откладываясь и фиксируясь в стенке артерий.

Роль наследственного фактора в развитии атеросклероза подтверждается существованием различных форм семейных гиперхолестеринемий: уровень холестерина в сыворотке крови больных превышает 13 ммоль/л. Возникновение этих нарушений связывается с отсутствием в гепатоцитах достаточного количества рецепторов ЛПНП из-за мутации генов.

Итак, если говорить обобщенно, то ОАСНК развивается так:

Внутренняя стенка здоровых сосудов гладкая и ровная. Это позволяет крови течь в просвете сосуда без каких-либо затруднений. При атеросклерозе внутренняя стенка артерии становится неровной и утолщённой за счет отложений холестерина (холестериновые бляшки). Этот патологический процесс и называется атеросклерозом. При дальнейшем развитии заболевания происходит сужение или полная закупорка артерий, что приводит к

значительному уменьшению поступления крови к ногам. Следствием этого является появление болей в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающаяся хромота), онемение, зябкость в стопах. При прогрессировании заболевания боли в ногах становятся постоянными. В конечном счете появляются трофических язвы и некрозы в области стопы. Если не предпринято никаких лечебных мер, то следующей стадией заболевания может стать гангрена (омертвение) конечности.

1.2 Классификация

По степени регионарной гипоксии:

I – функциональная компенсация;

II – декомпенсация при физической нагрузке;

III – декомпенсация в покое;

IV – некротическая, (деструктивная, гангренозная).

По течению:

- острое (злокачественное, генерализованное, встречающееся обычно у молодых);

- подострое (волнообразное);

-хроническое (в течение многих лет с длительным периодом компенсации регионарного кровообращения без выраженных обострений).

И.М. Ганджа предложил классификацию атеросклероза с выделением следующих трех стадий.

I стадия - нейрометаболическая, характеризующаяся общим или сердечно-сосудистым неврозом, изменениями липидного обмена (повышением содержания холестерина и беталипопротеидов), уменьшением продукции глюкокортикоидов надпочечниками, некоторым увеличением активности альдостерона, снижением продукции дегидроэпиандростерона, воздействием гормонов на функциональное состояние печени, приводящим к изменениям в свертывающей и противосвертывающей системах крови и к изменению мукополисахаридов сосудистых стенок с повышением их проницаемости. В этой стадии патологический процесс обратим, и поэтому лечебно-профилактические мероприятия наиболее эффективны.

II стадия - органическая, когда помимо отложения холестерина в сосудистую стенку в последней начинает развиваться фиброзная ткань. Однако даже при наличии указанных изменений в части случаев процесс может протекать скрыто, бессимптомно.

III стадия - стадия исхода: характеризуется остаточными необратимыми изменениями в органах.

Согласно классификации, А. В. Покровского, в основе выделения четырех стадий недостаточности артериального кровоснабжения конечностей лежит появление боли в зависимости от дистанции ходьбы со скоростью 4-5 км/ч:

I стадия: появление боли в конечности при ходьбе на расстоянии более 1 км;

II стадия:

а) появление боли при ходьбе на расстоянии более 200 м;

б) появление боли при дистанции ходьбы до 200 м;

III стадия: появление боли в конечностях в покое или при ходьбе менее, чем на 25 м;

IV стадия: наличие язвенно-некротических изменений в тканях

1.3 Клиническая картина

В начальных стадиях заболевания клинические проявления скудны. Это, как правило, признаки общеневротического характера, а также нейрососудистые нарушения. В дальнейшем более явственно проявляются такие признаки невроза, как неуравновешенность, раздражительность, нарушение сна, быстрая утомляемость, ослабление внимания, головокружение и головные боли, снижение памяти. При резко выраженном общем атеросклерозе появляются поседение или облысение, атрофия и снижение тонуса кожных покровов. Поверхностные артерии становятся извитыми, отчетливо просматриваются под кожей, при пальпации определяется их уплотнение, ригидность.

Процесс в сосудах при облитерирующем атеросклерозе развивается медленно, благодаря чему смягчается тяжесть недостаточности кровообращения. Для атеросклероза характерно постепенное развитие симптомов. На первое место выступает симптом перемежающейся хромоты. Именно боли, возникающие при движении, заставляют больного обратиться к врачу.

Клиническая картина зависит от стадии заболевания:

Стадия 1- функциональной компенсации. Больные отмечают зябкость, судороги и парестезии в нижних конечностях, иногда покалывание и жжение в кончиках пальцев, повышенную утомляемость, усталость. При охлаждении конечности приобретают бледную окраску, становятся холодными на ощупь. Боль в икроножных мышцах появляется при ходьбе на расстоянии более 1 км.

Стадия 2- субкомпенсации. Интенсивность перемежающейся хромоты нарастает. Она возникает уже после преодоления расстояния более 200 м (2а стадия) или до 200 м (2б стадия). Кожа стоп и голеней теряет присущую ей эластичность, становится сухой, шелушащейся, на подошвенной поверхности выявляется гиперкератоз. Замедляется рост ногтей, они утолщаются, становятся ломкими, тусклыми, приобретают матовую или бурую окраску. Нарушается и рост на пораженной конечности, что приводит к появлению участков облысения. Начинает развиваться атрофия подкожной жировой клетчатки и мелких мышц стопы.

Стадия 3- декомпенсации. В пораженной конечности появляются боли в покое, ходьба становится возможной лишь на расстоянии 25-20 м. Окраска кожных покровов резко меняется в зависимости от положения пораженной конечности: при подъеме ее кожа бледнеет, при опускании появляется покраснение кожи, она истончается и становится легкоранимой. Незначительные травмы вследствие потертостей, ушибов, стрижки ногтей приводят к образованию трещин и поверхностных болезненных язв. Прогрессирует атрофия мышц голени и стопы.

Стадия 4- деструктивных изменений. Боли в стопе и пальцах становятся постоянными и невыносимыми. Образующиеся язвы обычно располагаются в дистальных отделах конечностей, чаще на пальцах. Края и дно их покрыты грязно-серым налетом, грануляции отсутствуют, вокруг них имеется воспалительная инфильтрация; присоединяется отек стопы и голени. Развивающаяся гангрена пальцев и стоп чаще протекает по типу влажной гангрены.

2 ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОА:

Механизмы развития атеросклероза крайне сложны и в полном объеме еще не изучены. Так, в развитии заболевания принимает участие большое количество различных факторов. Но существует и определенная общность всех данных факторов: дело в том, что

все они провоцируют нарушение обмена жиров, что, в свою очередь, влечет за собой повреждение стенок артериальных сосудов.

В ходе возникновения и формирования атеросклероза важная роль отводится следующим факторам:

- немодифицируемые (неизменяемые): возраст; пол; наследственность.

- модифицируемые (изменяемые): дислипидемии, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, гиподинамия, нерациональное питание, гипергомоцистеинемия, воспаление.

Немодифицируемые (неизменяемы) ФР:

- Возраст: мужчины> 40 лет, женщины> 50 лет или с ранней менопаузой.

- Пол: мужской (до 55 лет заболеваемость ИБС, церебральным и периферическим атеросклерозом среди мужчин в 3–4 раза выше, чем среди женщин. В более старшей возрастной группе (старше 65–70 лет) заболеваемость выравнивается). Более позднее развитие атеросклероза у женщин объясняют защитным эффектом эстрогенов.

- Наследственность: раннее начало ИБС у ближайших родственников: острый инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия у мужчин в возрасте <55 лет, у женщин <65 лет.

Модифицируемые (изменяемые) ФР:

- Артериальная гипертония: АД ≥ 140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов. Кроме того, известно, что АГ ассоциируется с нарушением функции эндотелия, которое сопровождается увеличением местной выработки вазоконстрикторных факторов (эндотелиин, ангиотензин II и др.) и уменьшением синтеза простациклина, брадикинина и окиси азота.

Эти изменения могут иметь решающее значение в повреждении эндотелиальной стенки и пропитывании липидами интимы крупных сосудов.

Высокое АД оказывает повреждающее действие на сосуды.

- Курение (вне зависимости от количества) Курение ассоциируется с дисфункцией эндотелия, являющейся пусковым фактором развития и прогрессирования атеросклероза. Кроме того, курение оказывает обратимое протромботическое влияние, повышая уровень фибриногена в крови и адгезию тромбоцитов, приводит к снижению уровня ЛПВП и повышению тонуса сосудистой стенки.

- Абдоминальное ожирение: объем талии (у мужчин> 94 см, у женщин> 80 см) или ИМТ ≥ 30 кг/м2. Избыточная масса тела способствует увеличению смертности от различных заболеваний, но в первую очередь от осложнений атеросклероза.

- Сахарный диабет 1 или 2 типа.

- Нерациональное питание. При хроническом употреблении в пищу продуктов с высоким содержанием насыщенных жирных кислот и ХС (преимущественно животный жир) в гепатоцитах накапливается избыточное количество ХС и по принципу отрицательной обратной связи в клетке снижается синтез специфических ЛПНП-рецепторов и, соответственно, уменьшается захват и поглощение гепатоцитами атерогенных ЛПНП.

- Воспаление. Получено много доказательств наличия воспаления в очаге атеросклеротического поражения: присутствие в нем большого количества макрофагов, активированных Т-лимфоцитов, тучных клеток, тромбоцитов и т.д., продукция этими клетками различных цитокинов.

- Различные травмы конечностей, обморожения, перенесенные операции на них в прошлом.

3 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ВЛАДИВОСТОКА

Рассмотрев основные факторы риска возникновения ОА, перейдем к анализу частоты встречаемости.

В ходе проведенного исследования было опрошено 40 человек. Анкетирование было проведено на базе поликлиники №9 г. Владивостока. Из них 50%- мужчины (20 человек) в возрасте от 20 до 80 лет и 50%- женщины (20 человек) в возрасте от 20 до 80 лет. Участникам анкетирования было предложено ответить на вопросы, связанные с их здоровьем и образом жизни, чтобы суметь проанализировать их факторы риска.

Первый модифицируемый фактор ОА- артериальная гипертония.

На вопрос «Страдаете ли вы высоким давлением?» ответило все 40 человек. Из всех опрошенных мужского пола чаще и больше страдают АГ в возрасте 40 лет и старше. Женщины же, в ходе опроса, начинают сталкиваться с этой проблемой в возрасте от 50 лет.

На диаграмме рисунка 1 показано, в какой возрастной категории страдают этой проблемой больше всего.

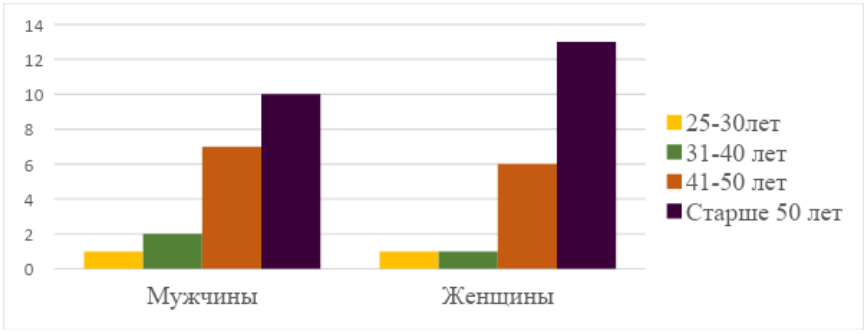


Рисунок 1- Возрастная категория людей, страдающая артериальной гипертонией

Следующий фактор риска – курение.

Участники анкетирования ответили на вопрос о курении. Из ответов стало ясно, что среди опрошенных 26 людей курят (65%) из всех участников анкетирования) и 14 человек- не курят (35%).

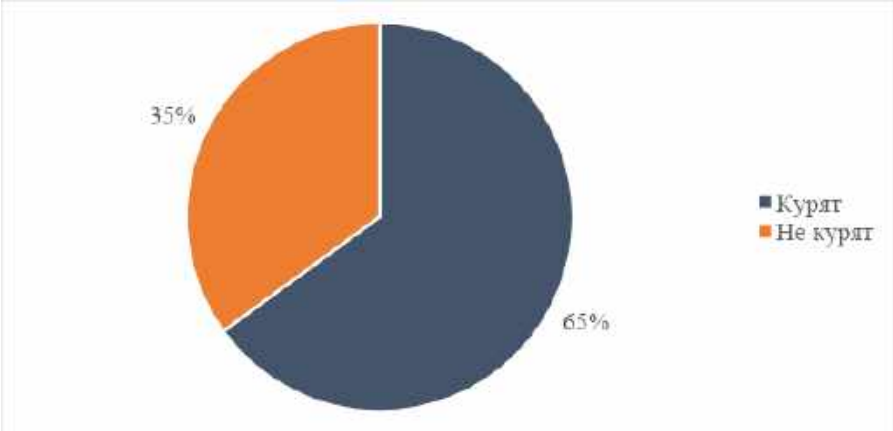


Рисунок 2- Распределение опрошенных с фактором риска «курение»

Из диаграммы становится ясно, что злоупотребляют сигаретами больше всего мужчины. Нужно помнить, что такой фактор риска, как пол, один из главнейших факторов в развитии ОА. В курсовой работе было уже сказано, что именно мужчины более подвержены этому заболеванию, чем женщины.

Перейдем к следующему фактору – абдоминальное ожирение.

Таблица 2- Среднее значение ИМТ у опрошенных

ИМТ (в среднем)				
Возраст	25-30лет	31-40 лет	41-50 лет	старше 50 лет
Мужчины	30	30	31	30
Женщины	26	27	30	30

Ниже на диаграмме рисунка 3 показано среднее значение ИМТ у опрошенных людей.

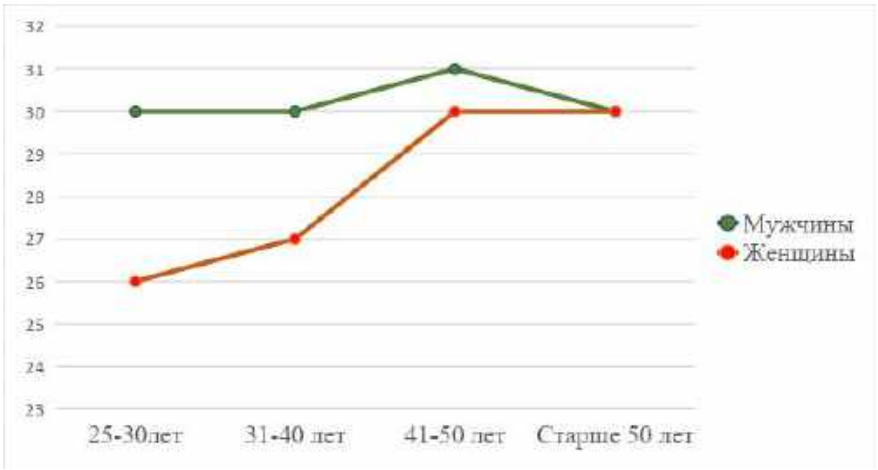


Рисунок 3- Среднее значение ИМТ у опрошенных

В ходе анкетирования у опрошенных был выявлен такой фактор риска, как ожирение. Почти все, ответив на вопрос об ИМТ, указали, что их показатели превышают норму. В среднем он составил: у женщин 26 и более (это говорит об избыточной массе тела), у мужчин от 30 и выше (является признаком ожирения).

Четвертый модифицируемый фактор ОА- сахарный диабет 1 и 2 типа.

Ответив на вопрос «страдаете ли вы сахарным диабетом», выяснилось, что у 6 людей (что составляет 15%) из 40 опрошенных присутствует диабет 1 или 2 типа.

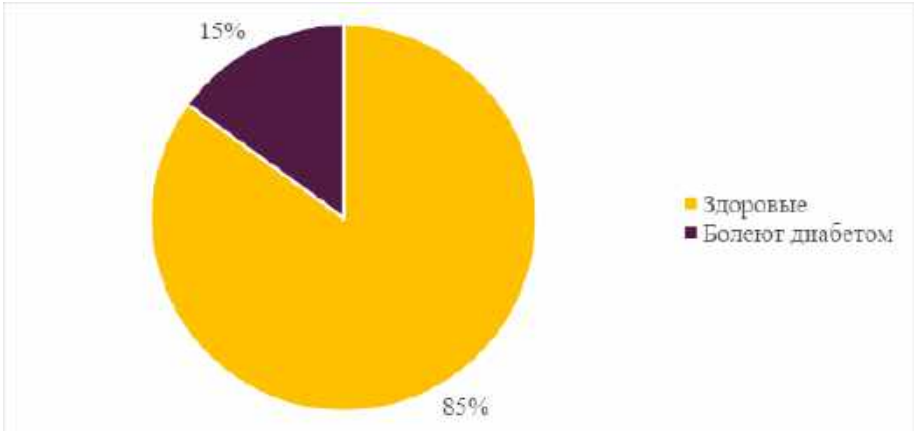


Рисунок 4- Присутствие сахарного диабета в анамнезе опрошенных

Далее рассмотрим пятый фактор риска: нерационально питание.

Большинство опрошенных ответили на вопрос «Какая пища преобладает?», что в их рационе преобладает жирная пища (26 человек). Всего 14 человек ответило, что в рационе употребляют больше овощей.

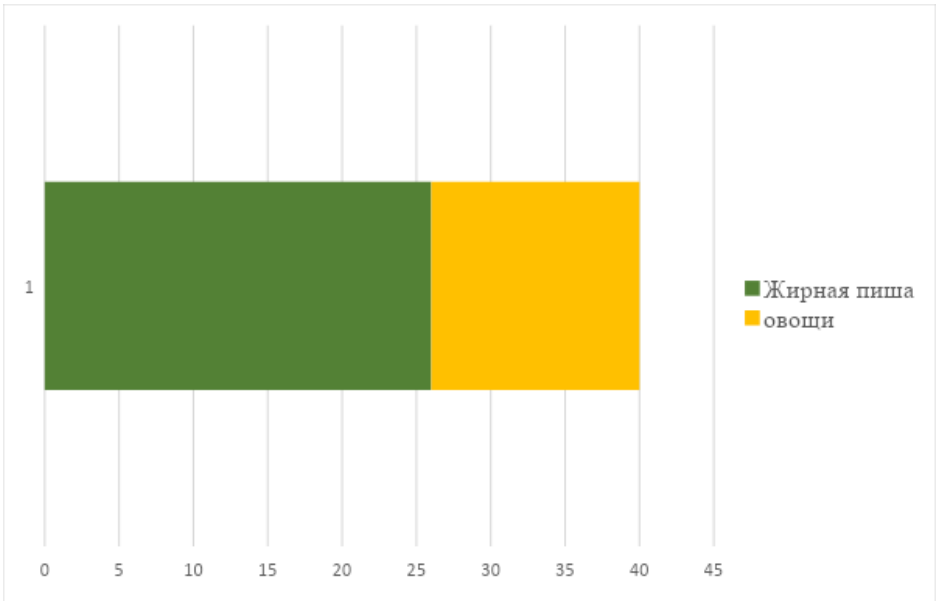


Рисунок 5- Рацион питания анкетируемых

Из полученных данных можно сделать вывод, что большое количество людей не следит за своим рационом питания. Преобладание жирной пищи в рационе плохо сказывается на состоянии здоровья. Нужно помнить, что несбалансированное питание приводит к в высокому ИМТ. А это также один из основных факторов риска ОА, описанных в данной курсовой выше.

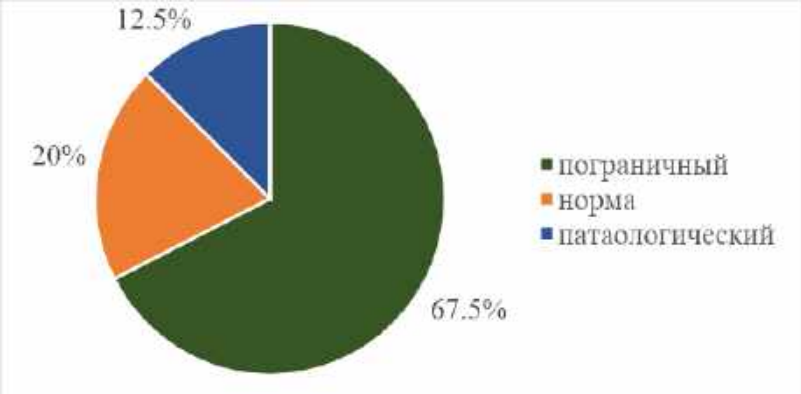


Рисунок 6-Нарушение липидного обмена

Также благодаря анкетированию было выявлено, что у опрошенных людей в анализе крови общий холестерин в пограничном состоянии у 27 человек (67,5%), в норме он у 7 человек (20%), а патологический показатель у 5 человек (12,5%).

Далее рассмотрим фактор риска – травмы или обморожения конечностей.

На вопрос «Были ли у вас в прошлом травмы или обморожения нижних конечностей?» ответили все. В ходе анкетирования выяснилось, что 31 человек (77,5%) в прошлом получали различные травмы (Рисунок 6). Из них 7 человек –обморожение и 24 человека- переломы и вывихи. Это показано на диаграмме рисунка 7.

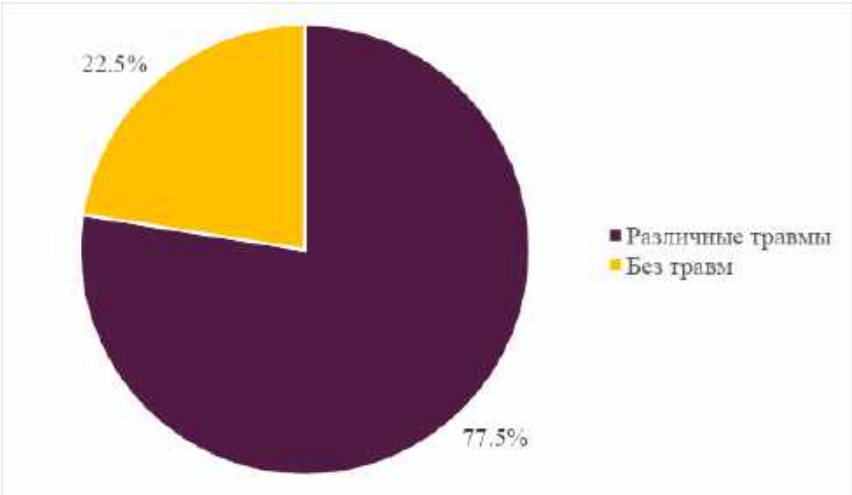


Рисунок 7- Наличие или присутствие различных травм нижних конечностей в анамнезе анкетируемых

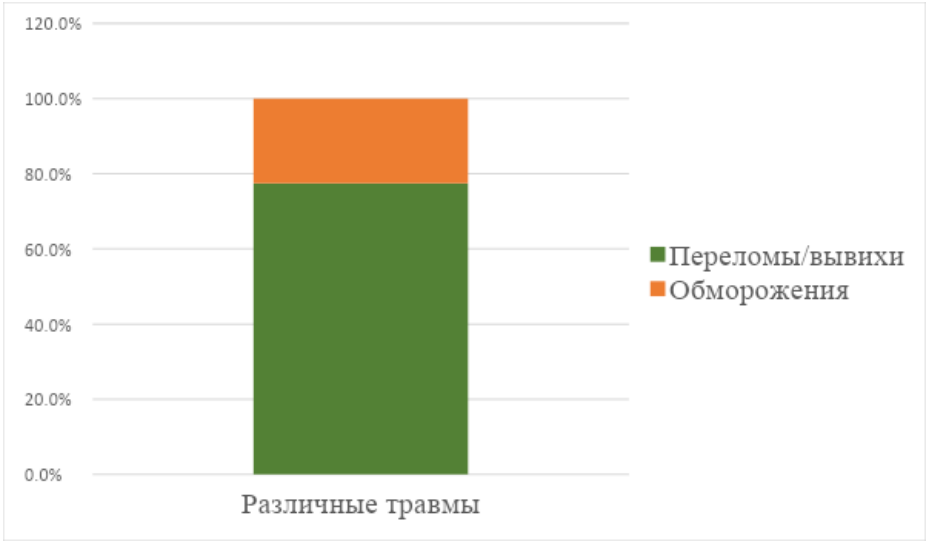


Рисунок 8- Виды травм у анкетируемых

Отсюда можно сделать вывод, что у опрошенных в анамнезе больше всего были такие травмы как- переломы, вывихи (77,4%), обморожений меньше (22,4%).

Перейдем к немодифицируемому фактору риска ОА- пол.

Как говорилось выше, на анкету ответило 20 мужчин и 20 женщин. Именно среди мужчин, были выявлены первые признаки развития ОА, такие как: промежуточная хромота, боли в ногах, небольшие потери чувствительности в нижних конечностях.

На вопрос «Есть ли у вас боль в ногах?» Ответили все 20 мужчин (100%). И у всех присутствует данный признак.

На следующий вопрос «Появляется ли боль в ногах и хромота, когда пройдете 200 – 500 метров?» Из этих опрошенных ответили, что есть- 11 человек (55% среди всех мужчин). Что говорит уже о 1 стадии ОА.

У женщин, на эти вопросы были такие ответы: Присутствие болей в ногах – 6 человек (30%). Из этих 6 человек -4 жалуются на боли хромоту, когда пройдут 200-500 метров.

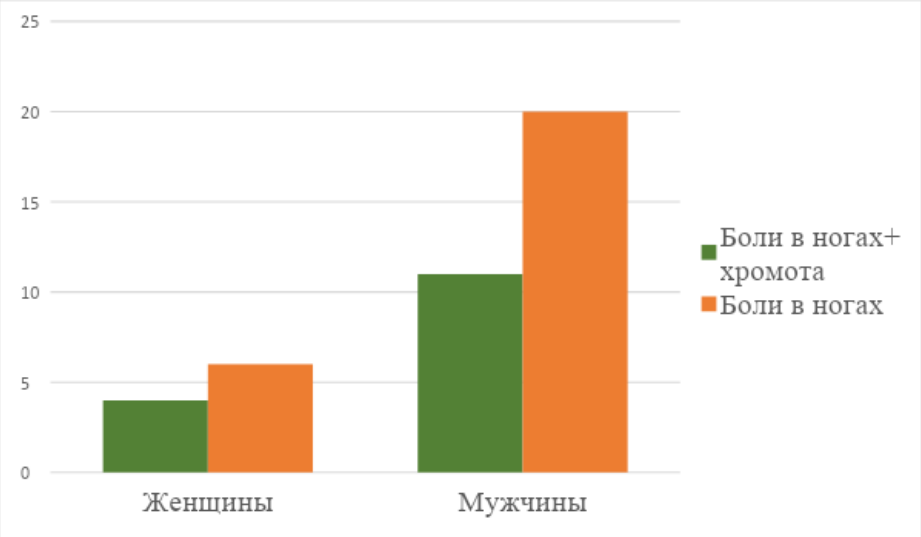


Рисунок 9- Первые признаки развития ОА среди мужчин и женщин

Из полученных данных выяснили, что в большей степени именно мужчины уже имеют признаки ОА.

Далее, рассмотрим еще один немодифицируемый фактор риска- возраст.

Из тех мужчин и женщин, кто раннее ответил «Да» на вопросы «Есть ли у вас боль в ногах?», «Появляется ли боль в ногах и хромота, когда пройдете 200 – 500 метров?», рассмотрим их возраст.

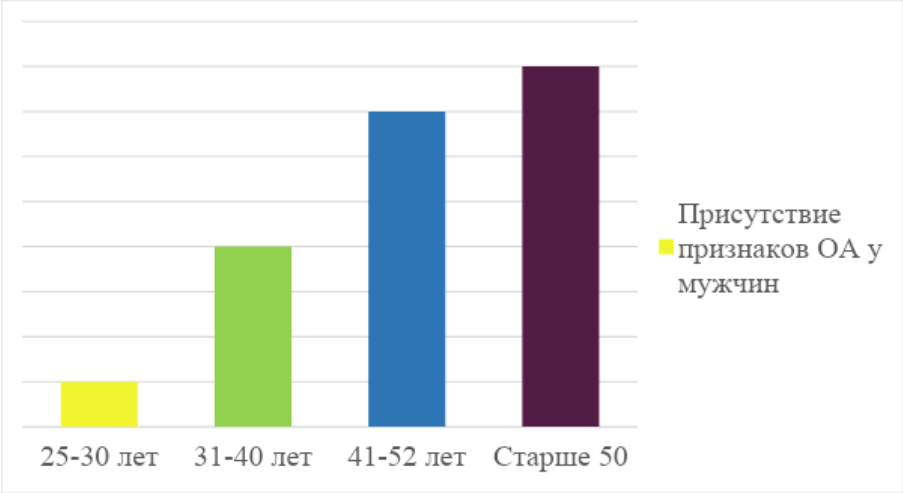


Рисунок 10- Возрастная категория мужчин с признаками ОА

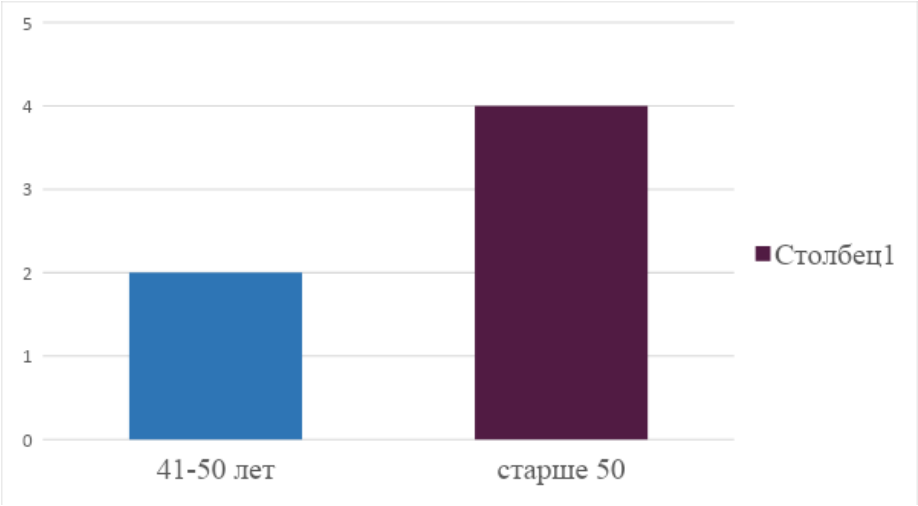


Рисунок 11-Возрастная категория женщин с признаками ОА

У женщин другая ситуация. Среди них, начальными проявлениями ОА страдают с возраста 41-50 лет (2 человека), 50 лет и старше- 4 человека.

Из полученных данных получаем, что возраст мужчин с начальными появлениями заболевания в среднем начинается от 31-40 лет, а женщин в более позднем возрасте- 41-50 лет.

Таким образом, можно прийти к выводу, что все проанализируемые факторы риска ОА имеют важную роль в развитии этого заболевания. Людям, которые уже имеют это заболевание и которые предрасположены к нему, т.е. имеют все возможные факторы, следует

следовать рекомендациям по устранению этих рисков и профилактике их осложнений, что планируется в дальнейшем рассмотреть в дипломной работе.

Заключение

Итак, в ходе проделанной работы были расширены знания, касающиеся облитерирующего атеросклероза нижних конечностей.

Кроме того, в результате работы со статистическими данными анкетирования можно сделать общий вывод о том, что в настоящее время, влияние модифицируемых и немодифицируемых факторов на развитие облитерирующего атеросклероза очень высока.

Облитерирующий атеросклероз - тяжелое хроническое заболевание сосудов нижних конечностей. Его главной особенностью является неуклонно прогрессирующее течение, приводящее к развитию все более тяжелых стадий артериальной недостаточности, критической ишемии, гангрене и ампутации.

В результате проделанной работы при анкетировании пациентов было выявлено, что мужчины более подвержены развитию атеросклероза, чем женщины. Первые признаки данной патологии могут проявляться уже с 45 лет, а у женщин - с 55 лет.

Основными факторами риска облитерирующего атеросклероза, на которые можно повлиять, являются: курение (65% опрошенных курят), ожирение (практически все опрошенные пациенты страдают уже как минимум 1 степенью ожирения или имеют избыточную массу тела), травматизация конечностей (77,5% опрошенных имеют в анамнезе различные травмы и обморожения в прошлом), артериальная гипертония.

Кроме того, можно сделать вывод также, что частота встречаемости всех факторов риска очень высока. Из всех 40 опрошенных есть минимум 3 фактора способствующих развитию облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. Практически все они имеют представление о заболевании и об его исходе, но пренебрегают профилактикой. Не устраняют все возможные модифицируемые факторы риска. Что было выявлено в исследовательской части.

Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей является не только основной причиной усугубляющей потери физической активности среди лиц старших возрастных групп, но и в качестве важнейшего фактора трудопотерь, поэтому необходимо укреплять понимание угрозы дальнейшего роста сосудистых заболеваний и предпринимать меры по устранении их факторов риска. Вышесказанное определило цель и задачи данного исследования.

Библиографический список

1. Атеросклероз. Учебно-методическое пособие для студентов. / Под редакцией профессора В.С. Василенко, доцента Ю.Б. Семеновой. – СПб.: СПбГПМУ, 2018. – 40 с.
2. Пономарев Э.А. Хирургические заболевания сосудов. [Текст]: учебное издание/ С.С. Маскин/под ред. С.С. Маскина-Волгоград: ВолгГМУ 2017-120 с.
3. Покровский А. В. Консервативное лечение пациентов с перемежающейся хромотой // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2014. — № 1. — С. 173–180.
4. Савельев В. С. и др. Критическая ишемия нижних конечностей: определение понятия и гемодинамическая характеристика // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1996. — № 3. — С. 84–90.

5. Стяжкина С. Н., Рустамов М. А., Баязитов Р. Р., Закирова А. А. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей // Проблемы науки №11 (12), 2016

6. Система поддержки принятия врачебных решений. Хирургия: Клинические протоколы лечения / Составители: А. В. Шабунин, А. Н. Алимов, В. В. Бедин [и др.]. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 96 с.

7. Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. Российское общество хирургов. Российское кардиологическое общество. Российская ассоциация эндокринологов. Национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей. — М., 2019. — 89 с.

8. Влияние факторов риска на развитие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно Ясенецкого кафедра общей хирургии. Подрезенко Е.С., Дунаевская С.С. 2017 [Электронный ресурс]. URLhttps://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-faktorov-riska-na-razvitie-obliteriruyuschego-ateroskleroza-sosudov-nizhnih-konechnostey/viewer

9. Заболеваемость облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей среди работников предприятия атомной промышленности. Научная статья. Азизова Т.В., Кузнецова К.В.,Банникова М.В. и др. [Электронный ресурс]. URL:https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-obliteriruyuschim-aterosklerozom-arteriy-nizhnih-konechnostey-sredi-rabotnikov-predpriyatiya-atomnoy-promyshlennosti/viewer

10. Aboyans V. et al. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal // Eur. HeartJ. England. — 2018. — Vol. 39, № 9. — P. 763–816.

Иванова Ольга Святославовна
г. Якутск, ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж»
«Сестринское дело», 3курс
Научный руководитель – преподаватель педиатрии второй квалификационной категории Дмитриева В.А.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ГБУ РС(Я) «ВЕРХНЕВИЛЮЙСКАЯ ЦРБ»

В настоящее время достаточно нерешенных вопросов о различных видах вскармливания детей первого года жизни. Но важность и необходимость грудного вскармливания неоспорима.

В последние десятилетия в параллель с интенсивным поиском учения о естественном вскармливании, идёт усиленный поиск путей отказа от него. Как в экономически развитых странах Европы, так и в России отмечается катастрофическое снижение частоты кормления

грудью. С новыми познаниями о составе женского молока, происходило изучение продуктов искусственного питания, и как следствие и усовершенствование заменителей грудного молока. Существует множество причин, почему женщины решают уходить от грудного вскармливания, переводя детей на смешанное и искусственное вскармливание. Сюда относится: не знание правил грудного вскармливания; отсроченное первое прикладывание новорожденного к груди, связанное с раздельным пребыванием матери и ребенка; попытки дозирования объёмов высосанного молока; кормление строго по часам, а не по требованию, также кормление с использованием бутылочек с сосками с водой, раствором глюкозы, смесями – очень часто без веских на то причин и оснований. Но еще есть более глобальные причины, такие как, аномалии соска у женщины, проблема гипервозбудимости и срыгивания у новорожденных. Такие женщины, не получившие помощь в роддоме, уйдя домой, прекращают кормить грудью.

В последние десятилетия большую роль в этом вопросе сыграла агрессивная и широкомасштабная реклама заменителей грудного молока. А ведь изображения одинокого младенца отсутствовала в нашей культуре до начала XX века, ребёнка всегда изображали на руках у матери. А уже с начала нового столетия, рекламная индустрия начала вводить в оборот, красивые снаружи, но далеко неверные понятия об искусственном вскармливании. Абсолютная доступность смесей способствовала переводу детей с грудного вскармливания на смешанное, а затем и на искусственное. В 1981 году ВОЗ принял Кодекс маркетинга заменителей грудного молока, где прописан международный свод правил, касающийся запрета рекламы смесей для детей первого года жизни. На данный момент во многих странах – членах ВОЗ внесен запрет распространяющийся на рекламу смеси для детей первого года жизни. В нашей стране такой документ, к сожалению, до сих пор не принят.

Все это обуславливает актуальность выбранной нами темы для исследования.

Согласно требованиям ВОЗ, младенец должен питаться исключительно материнским молоком до 6 месяцев, а до года на 60 – 80%. По данным Минздрава России этот показатель очень низкий, в последние 10 лет лишь 40% женщин продолжают кормить грудью ребёнка до 6 месяцев. Но после проведенных научных исследований, приведено множество фактов, говорящих о пользе грудного молока. Например, грудное молоко улучшает работу сердца, кишечника и почти всех других органов, уменьшает риск ослабляющих заболеваний, таких как диабет, снижает риск развития аллергии, ОРВИ, ушных инфекций. А также приведен ряд факторов, доказывающих вред искусственных смесей для здоровья ребёнка и отложенных последствиях уже во взрослом возрасте. А также доказанной связи рака яичников и молочной железы у женщин, не кормивших грудью.

Актуальность: при высоком развитии технологий производства искусственных смесей, повсеместной их рекламе, и в противовес, минимальной информации о пользе естественного вскармливания для ребенка и матери, появилась необходимость в подготовке организма беременной женщины к лактации и дальнейшем ее сохранении. В последнее время исследования, проводимые врачами-педиатрами показали, что заменить женское молоко без ущерба для новорожденного, а в дальнейшем грудного ребенка невозможно.

Цель работы: Изучить и оценить проблемы грудного вскармливания в условиях ГБУ РС(Я) «Верхневилюйская ЦРБ».

Задачи исследования.

1. Провести теоретический обзор научной литературы о грудном вскармливании.
2. Проанализировать результаты анкетирования по грудному вскармливанию в условиях ГБУ РС(Я) «Верхневилюйская ЦРБ».
3. Провести оценку кормления грудью среди молодых мам, для выявления проблем со вскармливанием.

Объект исследования: Грудное вскармливание.

Предмет исследования: Характер знаний об успешном вскармливании.

Гипотеза: грудное вскармливание обеспечивает гармоничное развитие ребенка: улучшаются показатели его физического, психического и умственного развития

Теоретические аспекты вопросов грудного вскармливания

1.1. Строение молочной железы и основные правила ухода за грудью во время лактации.

Грудь является как украшением женщины, так и средством для вскармливания потомства. Молочная железа может подвергаться разным заболеваниям и доставлять проблемы, поэтому важно следить за состоянием её здоровья. Всё больше будущих мам, заботящихся о своей внешности и сохранении груди, считают, что, если отказаться от естественного вскармливания, изменений груди не произойдет, в этом вопросе знания по анатомии женской груди помогут быть компетентным в этом деликатном вопросе.

Молочная железа - это парный орган, располагающийся симметрично на передней поверхности грудной клетки протяженностью от III до VI ребра доходя медиально до края грудины, а латерально – до средней подмышечной линии, относится к железам внутренней секреции, функция - выделение специфического секрета (молока). Сама по себе молочная железа шарообразной формы, которая в процессе созревания принимает форму полусферы, такое строение хорошо сохраняет тепло, особенно во время продуцирования молока. Форма может варьироваться. В центре женской груди находится сосок (papilla mammae), кожа на этом участке нежная, на его верхушке открываются главные млечные ходы. Сосок окружен гиперпигментированным участком кожи (у нерожавших женщин он розовато-кремового цвета, у рожавших более темного), овальной или округлой формы – ареолой (areola mammae), в этой области находятся продольные и циркулярные мышечные волокна, при сокращении которых сосок напрягается, тем самым облегчается выход молока при кормлении ребенка. Его форма может быть конической и цилиндрической. Но может быть плоский или втянутый сосок. И это обстоятельство сильно осложняет грудное вскармливание. Молочная железа состоит в основном из жировой, фиброзной и железистой ткани. Железистая ткань крепится к мышцам грудной клетки соединительной тканью, а между ее долями находится жировая ткань. Она представлена 10–20 конусообразными долями, они радиально сходятся к соску своими верхушками. Выводные протоки долек соединяются в млечный ход, направляемый к соску, который оканчивается отдельными и небольшими отверстиями на верхушке соска. В млечных протоках находятся ампулярные расширения, служащие во время лактации резервуарами для женского молока, выделяемого в перерывах между кормлениями. Развитость и размеры женской груди не взаимосвязаны, это зависит от количества жировой и железистой тканей. Так, например, когда железистой ткани много, происходит выработка молока и чем больше его она сможет продуцировать,

тем она развитее. Жировой тканью представлена большая часть молочной железы. Количество этой ткани варьируется и зависит от комплекции женщины, её общего состояния – менструального цикла, беременности, периода грудного вскармливания, менопаузы. Важную роль играют гормоны: прогестерон, эстроген, пролактин. Преимущество тканей зависит главным образом от питания и образа жизни женщины, возможно увеличение и уменьшение груди. Кровоснабжение осуществляется благодаря ветвям межреберных артерий и ветвей внутренней, а также внешней грудной артерии. Венозный отток следует параллельно артериальному, сосуды сливаются в подключичную и подмышечную вены, переходя в полую вену. Лимфоотток от ткани молочной железы осуществляется несколькими путями, основной - подмышечный путь (более 90%). Второй путь – грудинный (парастернальный), не менее важный, по этому каналу направляется лимфа из глубоких отделов грудной железы. Также есть другие пути оттока лимфы: глубокие шейные лимфатические узлы, лимфатические сосуды, идущие в 8 брюшную полость, подключичные и надключичные лимфатические узлы, окологрудные (парамаммарные), поверхностные паховые лимфатические узлы.

Основные правила ухода за грудью во время лактации:

1. Соблюдение гигиены груди и сосков, но не нужно переусердствовать в этом деле, достаточно обмывать грудь два раза в день чистой теплой, а затем прохладной водой, иногда с жидким мылом.

2. Просушивать грудь нужно аккуратными, промокательными движениями сухим полотенцем или бумажной салфеткой.

3. Важно выбрать комфортный и безопасный бюстгальтер, который не будет натирать соски и сдавливать грудь.

4. Применение специальных подкладок для бюстгальтера.

5. Регулярное и правильное прикладывание малыша к груди, по требованию.

6. Важно следить за комфортным состоянием сосков, чтобы не было натираний, нагрубаний.

7. Не применять различные крема без видимых на то причин, лучше для профилактики слегка смазывать соски грудным молоком до или после кормления.

8. Ежедневный легкий массаж груди, лимфодренажный массаж.

9. Правильное сцеживание молока. Для безболезненного и легкого сцеживания грудного молока, лучше использовать ручной способ, а также чередовать грудь при кормлении ребёнка.

10. Воздушные ванны и закаливание – это прекрасные методы для сохранения здоровья женской груди и налаживания лактации.

11. Регулярно в домашних условиях самостоятельно осматривать молочные железы не предмет комочков, узелков, различных образований.

1.2. Состав женского молока

Материнское молоко – лекарство для ребёнка. «Сделайте пищу вашим лекарством», — писал Гиппократ. Эти слова первого доктора медицины не были написаны о материнском молоке, но они идеально подходят для этого случая. Несмотря на тот факт, что грудное молоко является профилактическим средством для некоторых заболеваний, оно может также являться эффективным лекарством для ребенка уже заболевшего. Человеческое молоко содержит противовоспалительные компоненты и иммунные факторы, позволяющие

исцелить кишечник лучше, нежели применяя раздражающее его искусственное питание. Другим целебным свойством материнского молока является наличие в каждой капле молока миллиона белых кровяных телец, благодаря которым его называют «белой кровью». Давно замечено, что материнское молоко помогает излечивать наружные инфекции, такие как конъюнктивиты, протирать глазки или капнуть материнское молоки из пипетки.

Иммунная система матери с питанием — еще один путь, по которому поступает защита для младенца. Обычно если младенец доступен какой-то инфекции, то и мать ей доступна. Но в первые шесть-девять месяцев жизни возможности младенца к выработке антител для борьбы с инфекцией ограничены. И тогда материнский организм вырабатывает необходимые антитела для ребенка, эти антитела поступают в ее молоко и защищают младенца.

Способности материнского организма поистине чудесны и безграничны. Грудное молоко представляет собой самую полезную для грудных детей пищу. В нем содержатся все необходимые для детского организма питательные вещества, микроэлементы, жиры, витамины, особые белки, обеспечивающие потребности растущего организма в первые 6 месяцев жизни. Также важнейшие достоинства материнского молока – это его иммунологические и биологические активные вещества, антитела, которые выполняют защитную функцию – это иммуноглобулины, ферменты, гормоны, которые ограждают ребёнка от микробных и вирусных инфекций, а также аллергических реакций. Происходят новые открытия, говорящие об уникальности женского молока. Олигосахариды грудного молока рассматриваются как новый класс антимикробных агентов. Сейчас это важно, так как устойчивость патогенных бактерий к антибиотикам растет и иногда с резистентными уже просто нечем бороться. А еще бывают олигосахариды, которые работают как "обманки" - не дают патогенам прикрепляться к клеткам ребенка.

Состав грудного молока не постоянен, он изменяется в процессе всей лактации, в зависимости от времени суток и во время кормлений. Молозиво — секрет молочных желёз, который вырабатывается во время беременности и первые 3–5 дней после родов (до прихода молока). Это насыщенная густая жидкость прозрачно-зеленоватого или светло – жёлтого цвета в первый-второй день. На второй - третий день молозиво становится насыщенным желтым или доходит даже до апельсинового цвета. Цвет обусловлен наличием красящего вещества жира, причем насыщенность цвета молозива у каждой мамы индивидуальна и не говорит о степени питательности молозива для ребёнка. По составу и количеству молозиво отличается от зрелого молока. Молозива вырабатывается очень немного по количеству, но этого достаточно для новорождённого. Большое количество жидкости в первые дни создаёт повышенную нагрузку на почки младенца. Организм малыша просто не готов к переработке объемов питания, больших, чем у матери вырабатывается молозива. Именно поэтому здоровым, хорошо сосущим новорожденным не требуется и даже может повредить докорм или в допаивании водой с глюкозой.

1. Молозиво содержит в несколько раз больше белка, чем зрелое молоко, особенно иммуноглобулина, они отвечают за защиту младенца от инфекций и аллергенов, благодаря специальным механизмам они быстро всасываются в желудке и кишечнике малыша.

2. Жира и сахара (молочного сахара лактозы) в молозиве содержится меньше, чем в зрелом молоке.

3. Молозиво содержит в несколько раз больше каротина, аскорбиновой кислоты, витаминов А, В12 и Е.

4. В молозиве есть множество ферментов, гормонов, антиоксидантов, а также защитные клетки — лейкоциты.

5. Калорийность молозива очень высока, во много раз выше калорийности зрелого молока. Получать молозиво крайне важно для младенца первых дней жизни! Таким образом, идет закладка детского иммунитета, поддерживается нормальное заселение микрофлорой стерильного от рождения желудочнокишечного тракта ребёнка. Молозивные кормления важны и для мамы, т.к. при частых прикладываниях в первые дни в груди повышается количество рецепторов к пролактину (участков, чувствительных к этому гормону), что способствует в дальнейшем достаточной выработке молока. Вслед за молозивом идёт - переходное молоко, оно вырабатывается с 4–5 дня после родоразрешения. Эта, не менее полезная, чем молозиво, субстанция богата жирами и по своему составу и внешнему виду приближается к зрелому молоку. Переходное молоко изменяет свой цвет до белого или светло-голубого. Концентрация натрия, каротина, витаминов и других полезных веществ в данной жидкости постепенно снижается, но при этом возрастает доля углеводов и витаминов группы В. Соленое молозиво постепенно заменяется на богатое лактозой сладкое переходное молоко. Лактоза участвует в развитии нервной системы малыша, функционирует в качестве основного энергетического компонента. Данный дисахарид влияет на формирование полезной микрофлоры кишечника. Переходное молоко содержит важнейший комплекс компонентов, которые защищают организм ребёнка от опухолевых клеток, вызывая их самоуничтожение. Учёные назвали данные уникальные соединения комплексом HAMLET, которые широко изучаются с целью изготовления противоопухолевых лекарств. Спустя 2 - 3 недели переходное молоко сменяется зрелым.

Чем полезно грудное молоко для ребёнка и в чём секрет его неповторимости? Непосредственно в уникальном составе и заключается удивительный феномен и потрясающая ценность женского грудного молока. Молоко у кормящей женщины содержит значительное количество воды (до 87%). Это свойство позволяет опровергнуть тот факт, что грудничок обязательно нуждается в допаивании. Зрелое молоко насыщено углеводами, в том числе и лактозой. Зрелое молоко, так же, как и молозиво, богато протеинами. Особая их ценность для ребёнка связана с тем, что каждый из этих уникальных белков специально производится материнским организмом исходя из конкретных потребностей её ребёнка. Польза грудного молока состоит также и в том, что оно легко переваривается и усваивается пищеварительной системой ребёнка. Это особенность связана с содержанием в «чудодейственном эликсире» специальных ферментов, которые ускоряют процесс пищеварения. Свойства грудного молока и его витаминный состав связан с питанием матери. Определённые запасы питательных веществ женский организм производит уже на стадии беременности. Следовательно, зрелое молоко всегда сбалансировано и содержит необходимый состав. Мамино молоко — это также и источник полезных бактерий, которые так необходимы кишечнику новорождённого, флора содержит до 99% необходимых пробиотиков, которые играют огромную роль в становлении иммунной системы крохи. Удивительным является и тот факт, что при инфекционном заболевании кормящей мамы, её молоко изменяет свой состав, обогащаясь антителами, которые помогут малышу не

заразиться недугом или легче его перенести. Таким образом, грудное вскармливание ещё и удивительная уникальная защита для грудничка.

Что же это за питательные вещества, которые содержатся в материнском молоке?

Один ключевой ингредиент - это поддерживающий жизнедеятельность мозга жир, называемый ДГК (докозагексаеновая кислота), омега-3 жирная кислота. ДГК - одна из нескольких жировых кислот, которые, как недавно поняли, являются необходимыми для здоровья продуктами. ДГК оценивают, как жизненно важный компонент для роста, развития и поддержания мозговых тканей. Кроме того, материнское молоко содержит холестерол (один из видов холестерина), который не содержится в искусственном питании.

1.3. Преимущества грудного вскармливания для здоровья ребенка.

Грудное вскармливание обеспечивает гармоничное развитие ребенка: улучшаются показатели его физического, психического и умственного развития; снижается риск развития синдрома внезапной смерти.

В первые 3 года жизни (особенно в первый год) ребенок крайне нуждается в прямом контакте с матерью: ласках, прикосновении, поглаживании, укачивании, ношении на руках, речевом и зрительном контакте. Исследования показали, что кормление материнским молоком способствует эмоциональному и психическому здоровью ребенка, улучшает его память и интеллект, снимает стресс.

Кроме того, дети, находящиеся на грудном вскармливании, имеют более высокие показатели по части остроты зрения и психомоторного развития, что связано с наличием в молоке ненасыщенных жирных кислот. У них уменьшаются аномалии прикуса благодаря улучшению формы и развитию челюстей.

Получающий грудное молоко ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, респираторным инфекциям, менингитам, отитам и пневмониям, развитию пищевой аллергии.

Характер вскармливания на первом году жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни. Обменные нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития в будущем ожирения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности гипертонической болезни, сахарного диабета, бронхиальной астмы, онкологических и других заболеваний.

1.4. Преимущества грудного вскармливания для здоровья матери

Раннее начало грудного вскармливания сразу после рождения ребенка способствует более быстрому восстановлению сил матери после родов, ускоряет сокращение матки за счет выделения окситоцина и уменьшает риск развития послеродовых кровотечений.

Исключительно грудное вскармливание в первые 6 мес является надежным способом защиты от беременности в результате секреции пролактина и его тормозящего действия на овуляцию в послеродовой период.

У кормящих матерей, как правило, быстрее снижается масса тела, возвращаясь к показателям, которые были до беременности. В будущем у них уменьшается риск развития рака молочной железы и яичников. Кроме того, у женщин, кормивших грудью, улучшается минерализация костей и снижается степень выраженности остеопороза в пожилом возрасте.

Грудное вскармливание и связанные с ним забота и уход за младенцем способствуют улучшению психоэмоционального состояния матери, формированию привязанности между матерью и ребенком, установлению гармоничных отношений в семье.

Кроме того, многие исследователи отмечают, что грудное вскармливание способствует установлению прочной духовной связи между матерью и ребенком, остающейся на всю жизнь. В дальнейшем маме, научившейся с первых месяцев хорошо понимать своего малыша, легче не потерять с ним контакт и в периоды возрастных кризисов, и когда ее ребенок станет подростком. Выросший ребенок по-прежнему ощущает, что он любим, и это придает ему уверенности в жизни. А мама, выкормившая одного или нескольких малышей, чувствует себя состоявшейся: чего бы ни достигла она в жизни, самую главную свою задачу она выполнила.

На сегодняшний день мы недостаточно знаем о том, как распространение грудного вскармливания влияет на обстановку в обществе. Но можно предположить, что чем больше вокруг нас будет кормящих и кормивших женщин, а также детей, выросших на материнском молоке, тем человечнее станут отношения между людьми.

Медицинские работники учреждений родовспоможения и детства должны проводить разъяснительную работу среди пациенток, консультировать молодых матерей, напоминать им об основных правилах грудного вскармливания.

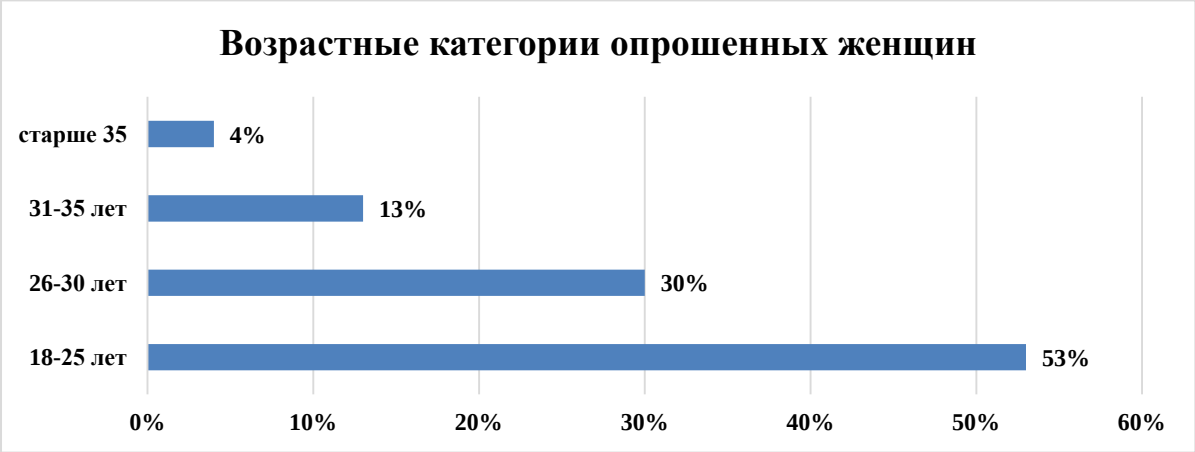
Практическая часть

Материалы и методы исследования:

В анкетировании приняли участие 30 родильниц акушерского отделения (родильный дом) ГБУ РС(Я) «Верхневилюйская ЦРБ».

1. В результате проведенного исследования установлено, что возраст респондентов в изучаемой группе варьирует от 18 до 38 лет. Наибольший процент 53 % составили женщины от 18-25 л (Диаграмма 1).

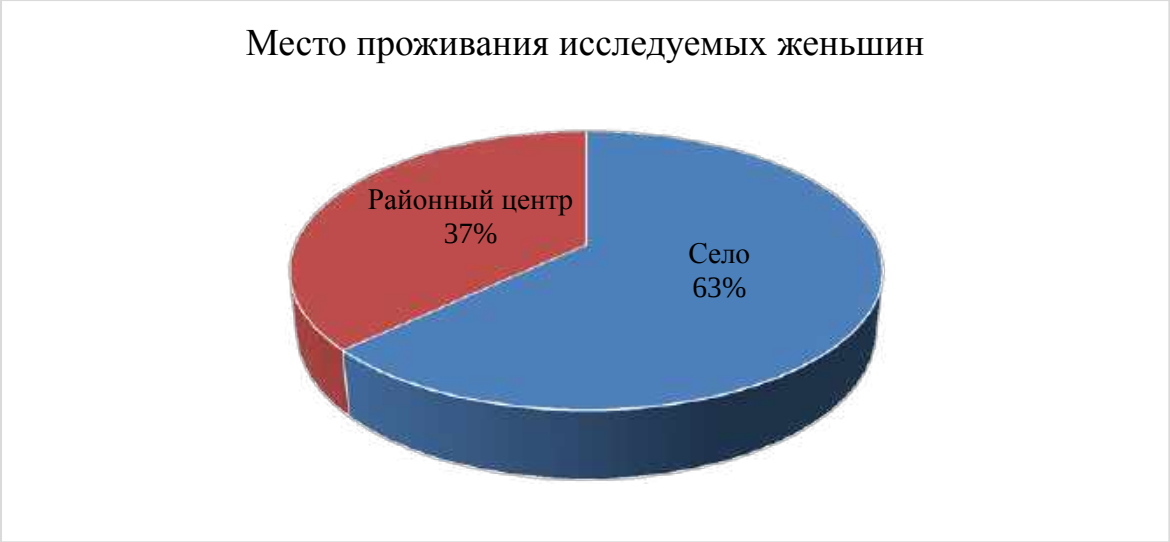
Диаграмма 1



2. Далее нами были изучены данные о месте проживания женщин.

Из диаграммы 2 видно, что количество сельских женщин, составляет 63%, из районного центра – 37%

Диаграмма 2



3. Анализ данных показывает, что к груди приложены сразу 73% новорожденных, через два часа 7% новорожденных.

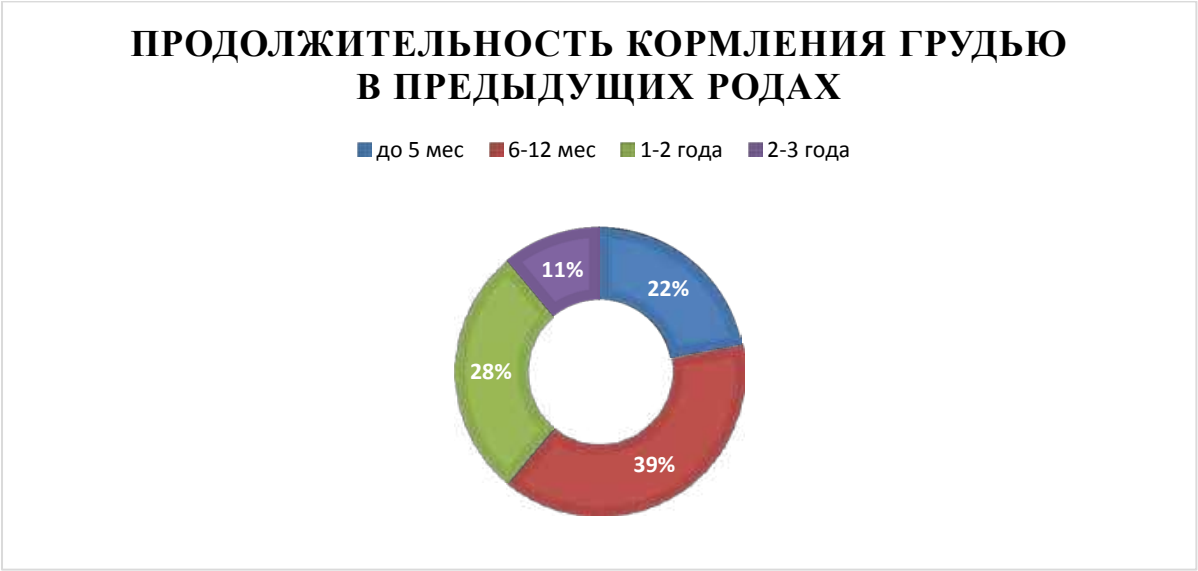
Женщины, родившие путём кесарева сечения, которым назначались медикаментозные препараты (Атропин, Димедрол), а также женщины с осложненными родами составили 17%, дети были приложены к груди на 2-3 сутки. По медицинским показаниям, прикладывание к груди противопоказано 1 ребенку (3%). Причиной являются заболевания со стороны матери и новорожденного.

Диаграмма 3



4. Из 30 опрошенных женщин, 18 повторнородящих. Нами было проанализировано, до какого возраста женщины кормили грудью старших детей.

Диаграмма 4



Из диаграммы 4 видно, что 22% женщин кормили до 5-ти месяцев, с 6 до 12 месяцев – находились на грудном вскармливании – 39%, с 1 г до 2 лет кормили грудью – 28%, с двух до трёх лет кормили грудью 11% матерей.

5. После полученных данных, интересно было выяснить причину раннего завершения грудного вскармливания (до 5-ти месяцев).

Диаграмма 5



Грудное вскармливание до 5 месяцев - 4 (22%). Среди причин, лидирующее место занимает проблема нехватки грудного молока – эту проблему отметили 2 женщин (50 %) при этом, контрольное взвешивание ребенка не проводилось, мамы сами решили перевести ребенка на искусственное вскармливание. Один ребенок, со слов мамы, самостоятельно отказался от груди. Работа на расстоянии не позволило 1 женщине прекратить грудное вскармливание на ранних сроках.

Анализ показывает, что из числа исследованных, ранний отказ от грудного вскармливания не контролировался участковым врачом и медсестрой, в 100 % случаев решение было принято самостоятельно.

6. Среди повторнородящих (в нашей выборке их 18), были следующие проблемы при кормлении грудью:

Диаграмма №6

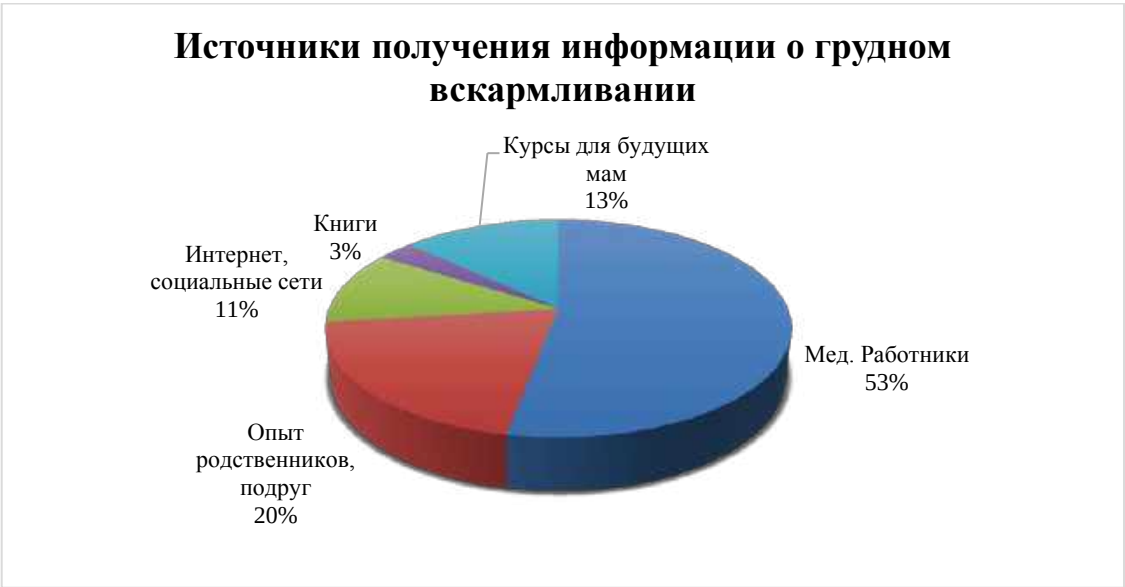


Первое место по опросу занимает проблема по нехватки молока (28%). Второе место поделили такие проблемы, как: мастит (11%) и боль при кормлении грудью (11%). Трещины сосков наблюдался у 6% женщин, не было проблем у 44%. Питание матерей во время кормления было полноценным. Питьевой режим соответствовал современным концепциям, большинство женщин пили «сколько им хотелось», около 1,5 литров за сутки.

7. Учитывая возникшие проблемы, мы решили выяснить откуда респонденты узнали информацию о грудном вскармливании.

По проведённому исследованию видно, что большинство родильниц информировались медицинским работником – 53%, затем возлагают надежды на опыт родственников – 20%. Реже обращаются к книгам (3%) и интернету (11%). И к сожалению, всего 13% женщин посещали школы материнства.

Диаграмма №7



8. Затем у респондентов выяснили о преимуществах грудного вскармливания. Были получены следующие ответы:

Диаграмма №8



Из этих ответов следует, что осведомленность женщин о преимуществах грудного вскармливания далеко не полная. Следовательно, расширив знания мам, например, о положительном влиянии на саму женщину, можно усилить мотивацию к естественному вскармливанию и тем самым повысить процент успешно кормящих матерей.

9. Далее мы провели среди респондентов оценку кормления грудью по 12 критериям, для выявления проблем со вскармливанием.

Критерий №1 Что можно сказать о матери?

Определяем ее возраст, состояние здоровья, социально экономический статус, удобна ли одежда для кормления. Ее эмоциональное состояние.

Критерий №2 Как мать держит своего ребенка?

Держит ли она его близко, на каком уровне нос ребенка, поддерживает ли мать все тело ребенка, как повернуты головка и туловище к матери. Надежно ли, уверенно кормит, или нервничает при кормлении. Внимательна ли она к ребенку, нежна с ним, или она невнимательна к ребенку.

Критерий №3 Что можно сказать о ребенке?

Заложен нос. Молочница на слизистой рта. Желтуха. ОРВИ. Короткая уздечка. Врожденная патология. Больному ребенку трудно активно сосать грудь.

Критерий №4 Какова реакция ребенка?

Ребенок ищет грудь, когда он готов сосать- поворачивает голову из стороны в сторону, открывает рот.

Ребенок плачет и отворачивается - проблема.

Ребенок спокойный во время кормления, расслабленный, довольный после кормления (кормление успешно).

Ребенок беспокойный, отказывается сосать (плохо приложен).

Критерий №5 Как мать прикладывает ребенка?

Мать старается затолкнуть сосок в рот ребенка, наклоняется вперед или сжимает свой сосок – ребенку трудно будет правильно приложиться.

Мать подносит своего ребенка к груди.

Критерий №6 Как мать поддерживает грудь?

Мать держит свою грудь близко к ореоле.

Мать отодвигает пальцем грудь от носа.

Мать поддерживает грудь, как «ножницы».

Мать поддерживает грудь рукой перпендикулярно грудной клетке или указательным пальцем у основания (сосание будет эффективным).

Критерий №7 Ребенок правильно приложен к груди?

Правильно приложен:

подбородок ребенка касается груди; его рот широко открыт; его нижняя губа вывернута; вся ореола захвачена, больше снизу; его щеки округлы;

грудь принимает округлую форму.

Ребенок приложен неправильно:

подбородок не касается груди; рот открыт не широко; нижняя губка не вывернута; большая часть ореолы не захвачена; щеки западают при сосании; грудь провисает.

Критерий№8 Ребенок сосет эффективно?

Сосет эффективно:

ребенок быстро сосет (вызывая окситоциновый рефлекс – молоко поступает в рот ребенку), сосет глубже и медленнее, делает передышку, и снова быстро сосет.

Ребенок сосет неэффективно:

ребенок быстро и поверхностно сосет грудь в течение всего кормления, ребенок издает чмокающие звуки во время сосания, ребенок при глотании издает громкие клокочущие звуки, прекращает кормление, плачет (у матери много молока).

Критерии №9-10 Как заканчивается кормление грудью? Ребенок кажется удовлетворенным?

Ребенок сам выпускает грудь, удовлетворенный и сонный (значит он получил достаточно молока),

Мать отнимает от груди преждевременно во время паузы, решив, что он закончил сосать, или, что ему легче будет сосать вторую грудь (ребенок получает только переднее молоко).

Критерий №11 Состояние молочных желез:

размер, форма груди и сосков (могут вызвать затруднения в прикладывании, мать обеспокоена, теряет уверенность); молоко капает и брызжет из груди матери, что свидетельствует об активном окситоциновом рефлексе;

груди полные до кормления и мягкие после, здоровый вид кожи сосков и груди (эффективное сосание); груди полные, нагрубевшие (неэффективное сосание); покраснение кожи и трещины сосков, втянутые соски, или со складкой сверху, или снизу сразу после сосания- признак неправильного прикладывания к груди.

Критерий №12 Ощущения матери во время кормления:

Она спокойна и довольна во время кормления –ребенок приложен к груди правильно, мать испытывает боль во время кормления, беспокоится – вероятно ребенок приложен неправильно.

В результате исследования среди 30 респондентов были обнаружены данные проблемы:

Диаграмма №9



Получены данные свидетельствуют о том, что у некоторых женщин имеются проблемы со вскармливанием, это говорит о неудовлетворительной помощи родильницам. Исходя из этого, мы составили рекомендации для успешного кормления грудью:

1. Создайте комфортную обстановку, сядьте в удобное положение с опорой на спину, расслабитесь.
2. Расположите ребенка у груди, соблюдая четыре ключевых момента: 1) Голова ребенка и его туловище должны находиться на одной прямой линии. 2) Его лицо должно быть обращено к груди матери, нос напротив соска. 3) Мать должна близко прижать к себе туловище ребенка. 4) Новорожденного ребенка мать должна поддерживать не только за голову и плечи, но и за туловище.
3. Правильно поддерживайте грудь: пальцами снизу возле стенки грудной клетки, поддерживая грудь указательным пальцем у основания груди, большой палец находится сверху груди, пальцы не должны находиться близко к соску.
4. Чтобы начать кормление надо: коснуться соском губ ребенка, подождать, когда ребенок широко откроет рот, быстро придвинуть ребенка к груди, направив его нижнюю губу ниже соска.
5. Проверьте правильно ли приложили ребенка к груди: подбородок ребенка касается груди, его рот широко открыт, его нижняя губа вывернута, вся ореола захвачена (больше снизу), его щеки округлы, грудь принимает округлую форму.
6. Проверьте сосет ли он эффективно: ребенок быстро сосет (вызывая окситоциновый рефлекс –молоко поступает в рот ребенку), сосет глубже и медленнее, делает передышку, и снова быстро сосет.
7. Не оказывайте давление сзади на головку, ребенок отреагирует сопротивлением.

Выводы:

1. Изучив теоретический обзор, приходим к выводу, что отказ от грудного вскармливания чаще связан из – за низкой информированности кормящих женщин о преимуществах грудного вскармливания;
2. Результат анкетирования по грудному вскармливанию в условиях ГБУ РС(Я) «Верхневилюйская ЦРБ» показал, что женщины информацию о грудном вскармливании получают от медицинских работников 53 %. Опрос среди повторнородящих показывают, что при предыдущих родах длительность кормления грудью составляла от 6-12 мес (39 %). Лидирующее место среди причин отказа занимает нехватка молока, при этом контрольное взвешивание не проводилось, отменяли самостоятельно без участия медицинского работника.
3. Оценка кормления грудью среди молодых мам, выявила неправильную технику прикладывания к груди.

Заключение:

Практические мероприятия медико-санитарной помощи, особенно связанные с уходом за матерями и новорожденными, являются наиболее перспективными средствами увеличения распространенности и длительности практики грудного вскармливания.

Библиографический список

1. Грудное вскармливание. Как обеспечить успех. Практическое руководство для медицинских работников. ВОЗ Европейское региональное бюро Копенгаген. Ш97.
2. Конь И.Я., Фатеева Е.М. К дискуссии по проблемам вскармливания детей первого года жизни - Педиатрия. 2003. № 1. С 69.
3. Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни. Методические указания № 225. МЗ РФ. 2007.
4. Васильева О.В. Низкая продолжительность грудного вскармливания О.В. Васильева, Е.Ф. Лукушкина. //Педиатрия 2013. - №9. – с. 3– 5.
5. Карлос Гонсалес. Подарок на всю жизнь. Руководство по грудному
6. Разахацкая Н. Грудное вскармливание. СПб: Питер, 2010. – с.160.
7. Розенталь С. Грудное вскармливание. Всё, что нужно знать о естественном кормлении. М.: Фаир-Пресс, 2004. – с.448.
8. Сирс Марта и Уильям. Грудное вскармливание. Кормление грудью нужно и ребёнку, и маме. М.: АСТ, 2007. -с.400.
9. http://akev.ru/content/view/201/49/
10. https://cps-moscow.ru/info/osnovy-grudnogo-vskarmlivaniya/
11. https://rb1ncm.ru/news/grudnoe-vskarmlivanie-polza-dlya-vseh.html

Долин Владислав Владимирович
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель анатомии Калинина О.В.

ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА АКТИВНОСТЬ α-АМИЛАЗЫ СЛЮНЫ

Актуальность: ежедневно мы сталкиваемся с неочевидными влияниями внешних факторов на наше ротовое пищеварение. Под внешними (экзогенными) факторами понимается всё, что попадает в ЖКТ извне. В научной литературе ещё не накопилось достаточного количества знаний на эту тему. Огромный ассортимент, связанный с рыночной экономикой, затрудняет исследования, так как нет какого-то единого стандарта в пищевой промышленности. Поэтому было принято решение пролить свет на эту проблему.

Цель исследования: определить влияние внешних факторов, а именно: различных напитков, их температурный режим, жевательных резинок, поваренной соли на активность α-амилазы слюны.

Задачи:

1. Изучение литературы по данному вопросу.
2. Изучение химического состава и физико-химических свойств слюны.
3. Рассмотрение механизма действия α-амилазы слюны.
4. Определение влияния напитков и их температуры, поваренной соли, различных видов жевательных резинок на активность α-амилазы слюны.
5. Составление рекомендаций по употреблению различных напитков и их температурному режиму, поваренной соли и жевательных резинок.
6. Анкетирование.

Объекты исследования:

1. Различные напитки: фильтрованная вода, газированная вода «Шмаковка №1», безалкогольный газированный напиток «Sprite», чай чёрный «Greenfield Magic Yunnan», чай зелёный «Tess Get Detox», кофе «Jardin Deep Dark», сок яблочный «Мой».
2. Температурный режим напитков: 5°C, 40°C, 70°C.
3. Поваренная соль.
4. Жевательные резинки: «Orbit Освежающая мята», «Orbit Сочный Абрикос», «Orbit Сочный Арбуз», «Dirol Морозная Мята», «Dirol со Вкусом Клубники и Черники», «Dirol Арбузная Свежесть».

Предмет исследования: определение активности α-амилазы.

Методы исследования:

1. Теоретический (анализ литературы).
2. Экспериментальный (определение активности α-амилазы по Вольгемуту).
3. Анкетирование.

Гипотеза: Напитки и их температурный режим, поваренная соль, жевательные резинки оказывают влияние на активность α-амилазы слюны.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Общие вопросы

Питание — процесс поступления, переваривания, всасывания и усвоения питательных веществ (нутриентов), необходимых для поддержания нормальной жизнедеятельности организма, его роста, развития, восполнения энергозатрат и т.д.

Пищеварение — процесс механической и химической обработки пищи, необходимый для выделения из нее простых компонентов, способных проходить через клеточные мембраны эпителия пищеварительного тракта и всасываться в кровь или лимфу.

В составе пищеварительных соков имеются особые белки – ферменты (энзимы). Ферменты – биокатализаторы белковой природы всех реакций организма. Fermentum (лат.) – закваска. Enzyme (греч.) – в дрожжах. Белковая природа ферментов доказана в 1922 году. В 90-е годы открыты рибозимы – РНК биокатализаторы.

Первое научное представление о ферментах было дано в 1814 г. российским учёным К.С. Кирхгофом. Он показал, что не только проросшие зёрна ячменя могут осахаривать крахмал, превращая его в мальтозу, но также это делают и экстракты из солода.

Ферменты, как и неорганические катализаторы выполняют ряд функций:

1. Ускоряют строго определенные реакции. Это происходит за счёт уменьшения энергии активации реакции. Т.о. в отсутствие ферментов реакции происходят, но очень медленно.
2. Ферменты не изменяют направление реакции.
3. Ферменты не изменяют положение равновесия в обратимых реакциях.
4. Ферменты не расходуются во время реакций, так как они только снижают энергетический барьер реакции.

Отличия ферментов от катализаторов неорганической природы:

1. Огромная активность. Ускоряют реакции от 10^5 до 10^{17} раз, при этом они эффективнее и присутствуют в меньших количествах.
2. Крайняя чувствительность к условиям реакции. Имеют колоколообразную зависимость от различных условий (pH, P, t° и др.). Низкие температуры находят применение при хранении крови и других биоматериалов, также искусственную гипотермию используют при длительных операциях и инсульте. Повышение температуры при лихорадочных состояниях приводит к чрезмерному расходованию эндогенных субстратов, а наиболее термолабильные ферменты разрушаются. Температура тела выше 43.3°C считается летальной. Оптимумом для большинства ферментов человека является pH = 7.4 (pH крови и межклеточной жидкости). Оптимумом pH для пепсина является 1.5-2.5, поэтому в качестве лекарства его используют с HCl (ацидин-пепсин)
3. Специфичность – абсолютная или относительная. Это возможность катализировать строго определённые реакции. Фермент с абсолютной специфичностью может связываться только с определенным субстратом (аргиназа с аргинином, лактаза с лактозой). Известны изомеры, обладающие стереоспецифичностью. Ферменты с относительной специфичностью могут связываться с несколькими сходными субстратами, например, панкреатическая липаза может гидролизовать любые пищевые жиры.
4. Широкий спектр реакций в целом. Т.е. реакции распада, синтеза, изомеризации, восстановления, окисления и т.д.

5. Регулируемость, т.е. фермент может быть активированным и неактивированным.

6. Как и белки, проявляют свою активность только в третичной или четвертичной структуре.

Классификация ферментов

В 1961 году принята международная классификация ферментов. В 1972 году предложено каждый фермент именовать четырёхзначным шифром. Например, α-амилаза - 3.2.1.1. На практике чаще используют рабочее название, при необходимости – научное. Рабочее название имеет суффикс «аз» с окончанием «а», присоединённые к названию субстрата, например, мальтаза, сахараза. Также конструкция «аза» может быть присоединена к названию химического превращения определённого субстрата, например, лактатдегидрогеназа. Некоторые ферменты сохранили тривиальные названия. Например, пепсин, трипсин — протеолитические ферменты, катализирующие гидролиз белков.

В соответствии с типами катализируемых реакций все ферменты разделены на шесть классов:

1. Оксиредуктазы – окислительно-восстановительные реакции.
2. Трансферазы – перенос отдельных групп атомов от донорной молекулы к акцепторной молекуле.
3. Гидролазы – гидролитическое расщепление связей.
4. Лиазы - расщепление не гидролитическим путем связей С-С, отщепление малых молекул (H_2O, H_2S) с образованием двойной связи или их присоединение по двойной связи.
5. Изомеразы – взаимопревращение различных изомеров
6. Лигазы (синтетазы) – взаимодействие двух различных соединений с образованием более сложного вещества (используется энергия АТФ)

Все пищеварительные ферменты относятся к гидролазам.

Слюна

В свете текущей проблемы для нас интересна слюна человека. Слюна – мутноватая бесцветная жидкость, представляющая собой секрет слюнных желез, отделяемый в полость рта. Слюна смачивает слизистую рта, способствуя артикуляции, обеспечивает восприятие вкусовых ощущений, смазывает пережеванную пищу**.**

Согласно современным представлениям, различают собственно (проточную) слюну и ротовую жидкость (смешанная слюна).

Собственно слюна − жидкая биологическая среда, секретируемая в полость рта большими слюнными железами (околоушными, подчелюстными, подъязычными) и множеством малых слюнных желез.

При попадании в полость рта проточная слюна смешивается с лейкоцитами и микроорганизмами, вследствие чего образуется ротовая жидкость, или смешанная слюна. Ротовая жидкость, или смешанная слюна– это суммарный секрет больших и малых слюнных желез, слущенный эпителий, детрит полости рта, десневая жидкость, зубной ликвор, микрофлора и продукты ее жизнедеятельности, лейкоциты и продукты их распада, остатки пищи, зубной пасты, ополаскивающих жидкостей, бронхиальные и назальные секреты. В литературе часто именно под ротовой жидкостью понимается слюна.

Слюна смачивает пищу, обволакивает пищевые частицы муцином, облегчает проглатывание, вызывает растворение солей, сахаров и других компонентов пищи. Только растворенные в слюне вещества подвергаются гидролитическому действию ферментов. В ротовой полости под действием ферментов, выделяемых слюнными железами, начинается расщепление полисахаридов.

Плотность слюны составляет 1.001-1.017 кг/л. Значение pH близко к нейтральному и составляет 6.8-7.4; оно зависит от характера пищи, гигиенического состояния полости рта и скорости секреции.

На состав слюны оказывают влияние следующие факторы:

1. Концентрация в крови различных веществ;
2. Нервная регуляция саливации (мозговые центры реагируют на ионный состав и осмолярность крови, а также на стимуляцию вкусовых, тактильных, терморецепторов полости рта и желудка);
3. Циркадные ритмы — циклические колебания интенсивности различных биологических процессов, связанные со сменой дня и ночи;
4. Характер пищевого рациона (например, при увеличении содержания углеводов в пище, количество α-амилазы возрастает);
5. Гормональная регуляция (минералокортикоиды оказывают влияние на уровне исчерченных протоков слюнных желез, изменяя химический состав слюны);
6. Функциональная активность почек.

Количество и качество секретов различных пищеварительных желез четко коррелирует с характером пищи. Для слюнных желез эта реакция проявляется в изменениях ферментного состава секретов. Например, при увеличении в рационе количества растительной пищи или углеводов в слюне повышается содержание α-амилазы и фитоферментов.

В слюне содержатся пищеварительные ферменты:

1. α-амилаза ($pH_{опт}$ = 6.7-7.0). Расщепляет молекулу крахмала до олигосахарида – декстрина;
2. Мальтаза. Расщепляет молекулу мальтозы на две молекулы глюкозы;
3. Сахараза. Расщепляет сахарозу (тростниковый сахар) на молекулу глюкозы и молекулу фруктозы.

Принцип работы амилазы слюны

Крахмал + - – –→ Мальтоза + Мальтотриоза + Декстрин

На активн амилазы слюны также влияют ионы хлора, усиливая её активность.

Практическая часть

Прежде, чем начать исследование по влиянию внешних факторов на активность α-амилазы слюны, необходимо остановиться на описании метода, который будет использоваться в исследованиях.

Определение активности α-амилазы слюны по Вольгемуту

Метод основан на установлении предельного разведения раствора α-амилазы, при котором еще происходит в определенных условиях расщепление заданного количества крахмала до декстрина. Методом Вольгемута можно пользоваться для приблизительного

определения активности α-амилазы в панкреатическом соке, крови, моче и других биологических жидкостях.

1 мл слюны помещают в пробирку, добавляют 9 мл дистиллированной воды и перемешивают. Получается раствор слюны 1:10.

В 10 пронумерованных пробирок наливают по 1 мл воды. В первую пробирку вносят 1 мл разбавленной в 10 раз слюны и перемешивают путем трехкратного втягивания и выпускания жидкости из пипетки. Затем 1 мл жидкости из первой пробирки переносят во вторую пробирку, перемешивая содержимое, как указано выше. 1 мл жидкости из второй пробирки переносят в третью и т. д. Из десятой пробирки после перемешивания 1 мл жидкости удаляют.

Во все пробирки, начиная с десятой, добавляют по 2 мл 0,1% раствора крахмала, содержимое перемешивают. Пробирки помещают в термостат при 37°С на 30 минут. Через 30 минут пробирки охлаждают и добавляют в каждую по 1 капле раствора йода в йодиде калия. Отмечают пробирку, в которой произошло расщепление крахмала до декстрина, дающего с йодом красно-бурое окрашивание. Активность α-амилазы выражают количеством миллилитров 0,1% раствора крахмала, которое может расщепить 1 мл неразведенной слюны при 37°С в течение 30 минут до стадии декстрина.

Активность α-амилазы выражают в таком виде:

А 37°/30` = х ед., где А – активность, 37° - 37 градусов Цельсия, 30` - 30 минут, хед. – степень разведения раствора слюны, при котором впервые появляется красно-бурая окраска, в (-1) степени.

В практической части работы было рассмотрено несколько внешних факторов, влияющих на активность α-амилазы слюны: напитки и их температурный режим, жевательные резинки разных вкусов, ионы хлора в составе поваренной соли.

Влияние различных напитков на активность α-амилазы слюны

Определение активности α-амилазы велось по методу Вольгемута. Для определения активности фермента в случаях с кофе и чёрным чаем метод Вольгемута был модифицирован из-за трудности определения жёлтой окраски раствора. В качестве максимально эффективной концентрации разведения α-амилазы было принято разведение, предшествующее чёрной окраске раствора. Т.о. в случае с кофе и чёрным чаем окраска раствором йода будет следующей: коричневый цвет – отсутствие молекул крахмала, чёрный цвет – наличие молекул крахмала. В остальных же случаях: желтый цвет – отсутствие молекул крахмала, красно-бурая окраска – наличие промежуточных соединений гидролиза крахмала, синяя окраска – наличие молекул крахмала.

Для определения влияния различных напитков на активность α-амилазы слюны были выбраны наиболее употребительные напитки. Нами было проведено анкетирование 48 респондентов БМК 1, 2, 3 курсов сестринского и фельдшерского отделений по следующим вопросам, которые указаны в приложении 1. В ходе анкетирования выявлены наиболее популярные напитки для запивания еды.

На вопрос «Чем Вы предпочитаете запивать еду? (разрешается несколько вариантов ответа)» респонденты ответили следующим образом – 5 раз выбрали минеральную воду, 30 раз – обычную воду, 12 раз – сладкую газированную воду, зелёный чай – 9 раз, чёрный чай – 25 раз, кофе – 13 раз, соки – 21 раз и 2 респондента ответили, что не запивают вовсе. (Гистограмма 2)



Гистограмма 1. Чем Вы предпочитаете запивать еду? (Несколько вариантов ответа)

Методом Вольгемута была определена активность α-амилазы для различных напитков. Результаты получились следующие:

- А 37°/30` для фильтрованной воды = 320 ед.
- А 37°/30`для минеральной воды «Шмаковка №1» = 160 ед.
- А 37°/30`для безалкогольного газированного напитка «Sprite»= 640 ед.
- А 37°/30`для сока яблочного «Мой» = 160 ед.
- А 37°/30`для чая чёрного «Greenfield Magic Yunnan» = 160 ед.
- А 37°/30`для чая зелёного «Tess Get Detox» = 320 ед.
- А 37°/30`для кофе «Jardin Deep Dark»= 160 ед.

Наиболее высокую активность показал безалкогольный газированный напиток «Sprite» - 640 единиц, наиболее низкую – кофе «Jardin Deep Dark», сок яблочный «Мой», чёрный чай «Greenfield Magic Yunnan»в 160 единиц.(Таблица 1)

Таблица 1

Определение активности α-амилазы слюны по методу Вольгемута

№ пробирки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Разведение слюны	1/20	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	1/1280	1/2560	1/5120	1/10240
Окраска раствором йода без напитков в дистиллированной воде										
	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С	С
Окраска раствором дистиллированной воды йода с различными напитками										
Фильтрованная вода	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	КБ	С	С	С	С

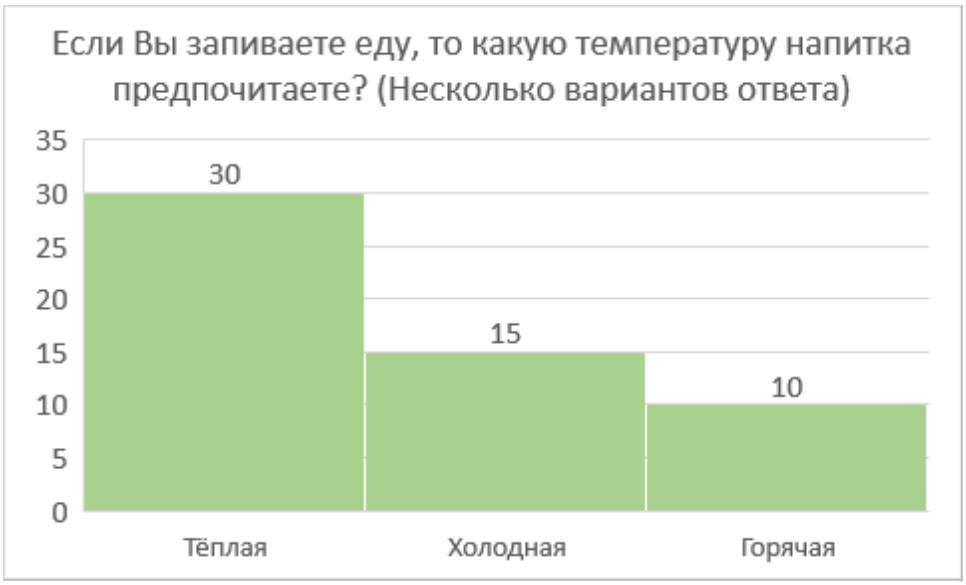
Минеральная вода "Шмаковка №1"	Ж	Ж	Ж	КБ	КБ	С	С	С	С	С
Безалкогольный газированный напиток "Sprite"	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С
Сок яблочный "Мой"	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С	С	С
Чай чёрный "Greenfield Magic Yunnan"	К	К	К	К	Ч	Ч	Ч	Ч	Ч	Ч
Чай зелёный "Tess Get Detox"	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С	С
Кофе	К	К	К	К	Ч	Ч	Ч	Ч	Ч	Ч

*Примечание. Ж - жёлтый, КБ - красно-бурый, С – синий, К – коричневый, Ч – чёрный

Хотя газированный безалкогольный напиток «Sprite» и показал наилучшее влияние на активность α-амилазы, его употребление на постоянной основе не рекомендуется вследствие отрицательного влияния на состояние зубов.

Определение влияния температурного режима напитков на активность α-амилазы слюны

В ходе анкетирования по вопросу «Если Вы запиваете еду, то какую температуру напитка предпочитаете? (Несколько вариантов ответа)» были получены следующие результаты: респонденты 30 раз выбрали тёплую температуру напитка, 15 – холодную и 10 раз – горячую. (Гистограмма 2)



Гистограмма 2. Если Вы запиваете еду, то какую температуру напитка предпочитаете? (Несколько вариантов ответа)

При изучении влияния температуры напитка на активность α-амилазы слюны были использованы следующие температурные показатели: тёплая - 40°С, холодная - 5°С, горячая 70°С. В качестве растворителя была использована дистиллированная вода, так как она имеет нейтральный водородный показатель и не содержит взвеси частиц и ионов. Наиболее оптимальной температурой напитка оказалась тёплая (40°С) – активность составила 320 единиц; на втором месте по активности – холодная (5°С), её активность составила 20 единиц. Активность α-амилазы при 70°С составила 0 единиц. (Таблица 2)

Таблица 2

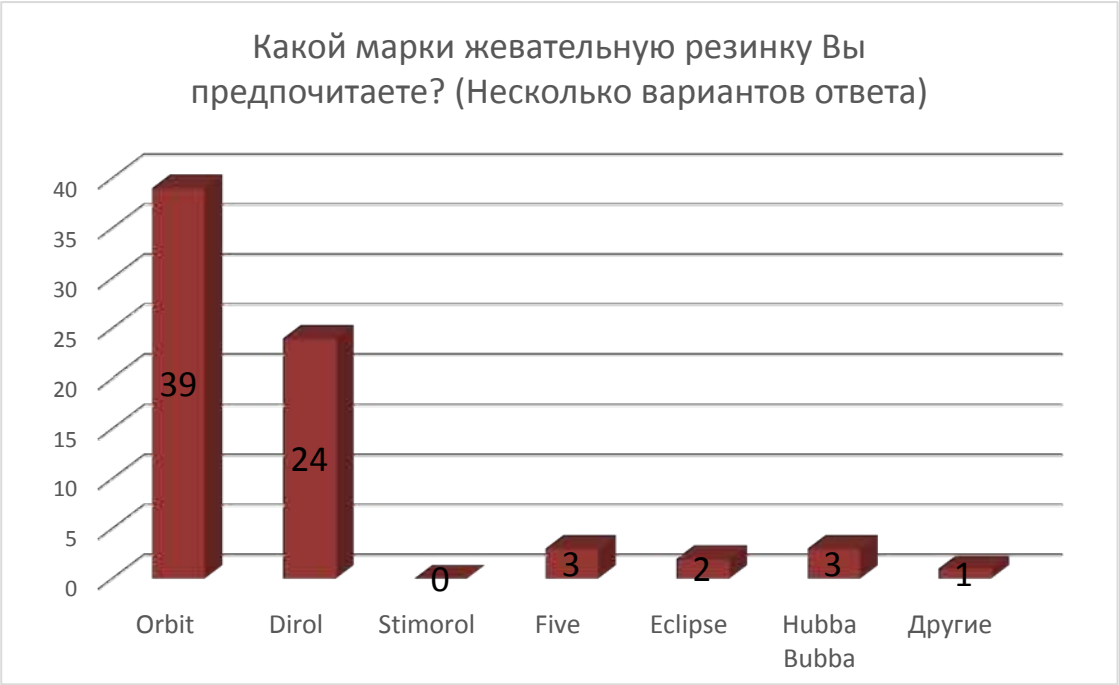
Определение влияния температурного режима напитков на активность α-амилазы слюны по методу Вольгемута

№ пробирки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Разведение слюны	1/20	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	1/1280	1/2560	1/5120	1/10240
Окраска раствором йода дистиллированной воды с различной температурой										
5°С	Ж	С	С	С	С	С	С	С	С	С
40°С	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	КБ	С	С	С	С
70°С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С

Ситуации с холодным и тёплым напитками подчиняются уравнению Аррениуса, согласно которому скорость протекания химической реакции увеличивается при повышении температуры. Однако случай с горячим напитком не подчиняется уравнению Аррениуса – это связано с тем, что α-амилаза – это фермент. Ферменты проявляют свои активность в третичной и четвертичной структурах, но высокая температура вызывает денатурацию белка, и как следствие потерю его каталитической активности, что и было наблюдаемо в опыте. Поэтому в качестве напитков для запивания еды рекомендуется использовать тёплые напитки.

Определение влияния жевательных резинок на активность α-амилазы слюны

В результате анкетирования по вопросу «Какой марки жевательную резинку Вы предпочитаете? (Несколько вариантов ответа)» были получены следующие данные: 39 раз была выбрана жевательная резинка «Orbit», 24 раза – «Dirol», по 3 раза – «Five»и «Hubba Bubba», 2 раза – «Eclipse», 1 раз – другие жевательные резинки, 0 раз – «Stimorol». (Гистограмма 3)



Гистограмма 3. Какой марки жевательную резинку Вы предпочитаете? (Несколько вариантов ответа)

В связи с подавляющим превосходством по количеству выбора респондентов было торговых марок «Orbit» и «Dirol» было принято решение остановиться только на них. Для получения данных о распространённости основных вкусов респондентам было предложено ответить на следующий вопрос «Какой вкус жевательный резинки Вы предпочитаете? (Несколько вариантов ответа)». Результаты получились такими: 25 раз был выбран мятный вкус, 19 раз – фруктовый, 9 раз – арбузный. (Гистограмма 4)



Гистограмма 4. Какой вкус жевательный резинки Вы предпочитаете? (Несколько вариантов ответа)

В ходе опытной части были получены следующие результаты:

- А 37°/30` для «Orbit Освежающая мята» = 320 ед.
- А 37°/30`для «Orbit Сочный Абрикос» = 640 ед.
- А 37°/30`для «Orbit Сочный Арбуз» = 1280 ед.
- А 37°/30`для «Dirol Морозная Мята» = 320 ед.
- А 37°/30`для «Dirol со Вкусом Клубники и Черники» = 320 ед.
- А 37°/30`для «Dirol Арбузная Свежесть» = 640 ед.

Самый высокий результат показала жевательная резинка «Orbit Сочный Арбуз» в 1280 единиц. Жевательные резинки «Orbit Сочный Абрикос» и «Dirol Арбузная Свежесть» увеличили активность α-амилазы до 640 единиц. «Orbit Освежающая мята», «Dirol со Вкусом Клубники и Черники» и «Dirol Морозная Мята» не вызвали повышения активности α-амилазы, она составила 320 единиц. (Таблица 3)

Таблица 3

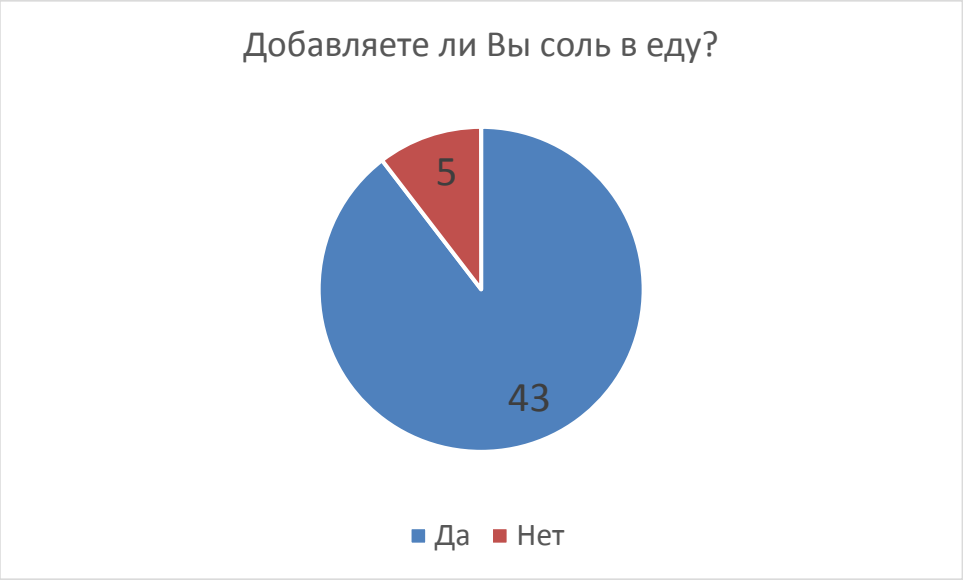
Определение активности α-амилазы для разных жевательных резинок по методу Вольгемута

№ пробирки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Разведение слюны	1/20	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	1/1280	1/2560	1/5120	1/10240
Окраска раствором йода дистиллированной воды с различными жевательными резинками										
Orbit Освежающая Мята	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С	С
Orbit Сочный Абрикос	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С
Orbit Сочный Арбуз	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С
Dirol Морозная Мята	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С	С
Dirol со Вкусом Клубники и Черники	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	С	С	С	С	С
Dirol Арбузная свежесть	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С

Арбузные вкусы у двух марок вызвали повышение активности фермента, фруктовый вкус у Orbitвызвал повышение активности, а фруктовый вкус у Dirol не повлиял на активность α-амилазы. Мятные вкусы также не оказали никакого влияния на активность α-амилазы.

Определение влияния поваренной соли на активность α-амилазы слюны

В ходе проведения анкетирования на вопрос «Добавляете ли Вы соль в еду?» были получены следующие результаты: 43 респондента ответили утвердительно, 5 респондентов ответили отрицательно. (Круговая диаграмма 1)



Круговая диаграмма 1. Добавляете ли Вы соль в еду?

При определении влияния поваренной соли на активность α-амилазы были получены следующие результаты: активность фермента в дистиллированной воде составила 320 единиц, в изотоническом растворе NaCl 0.9% активность составила 640 единиц, при увеличении концентрации NaCl до 4% активность осталась на уровне 640 единиц.(Таблица 4)

Таблица 4

Определение влияния активности α-амилазы слюны при различных концентрациях поваренной соли

№ пробирки	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Разведение слюны	1/20	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	1/1280	1/2560	1/5120	1/10240
Окраска раствором йода дистиллированной воды с различными концентрациями поваренной соли										
Дистилированная вода	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С	С
0.9% раствор NaCl	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С
4% раствор NaCl	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	КБ	С	С	С	С

Таким образом, поваренная соль увеличивает активность α-амилазы слюны, но активность не повышается после преодоления определённой концентрации, так как результаты в случаях с 0.9% и 4% растворами NaCl оказались равными.

Выводы

Напитки и их температурный режим, поваренная соль и жевательные резинки оказывают различное влияние на активность α-амилазы слюны.

Чаще всего респонденты запивают еду фильтрованной водой, реже всего – минеральной. Среди напитков наибольшее положительное виляние на активность α-амилазы слюны оказал безалкогольный газированный напиток «Sprite». Но, несмотря на его положительное влияние на активность фермента, всё-таки он оказывает негативное влияние на эмаль зубов, поэтому он не может рекомендоваться к постоянному употреблению. Зелёный чай и фильтрованная вода не оказала влияния на ферментативную активность. Чёрный чай, кофе и минеральная вода понизили её. Поэтому наиболее оптимальными напитками в плане запивания пищи, содержащей крахмал, считаются зелёный чай и фильтрованная вода. Это может снизить нагрузку на амилолитические ферменты нижележащих отделов ЖКТ.

Температурный режим напитка также влияет на активность α-амилазы слюны. Лучше всего себя показала тёплая температура напитка, хуже всего – горячая. Это связано с белковой природой ферментов. Энзимы, как и все белки, могут проявлять свою активность только в третичной или четвертичной структуре. Высокая же температура вызывает денатурацию белка – упрощение его структуры и, как следствие, полная потеря каталитической активности. При холодной температуре напитка уменьшается скорость движения молекул, поэтому вероятность столкновения молекулы фермента и крахмала уменьшается, что замедляет протекание химической реакции. Респонденты больше всего предпочитают именно тёплые напитки, а меньше всего – горячие.

Некоторые жевательные резинки повышают активность α-амилазы. К этим жевательным резинкам относятся: «Orbit Сочный Арбуз», «Dirol арбузная свежесть», «Orbit Сочный Абрикос». Остальные жевательные резинки не оказали влияние на активность α-амилазы слюны. Арбузные вкусы у обоих марок улучшили показатели активности фермента. Только у Orbit фруктовый вкус усилил ферментативную активность. Мятные вкусы не оказали никакого влияния на активность α-амилазы. Однако респонденты предпочитают именно мятный вкус жевательных резинок, а менее всего – арбузный.

Поваренная соль увеличила активность α-амилазы слюны. При этом зависимость оказалась не линейной, так как повышение концентрации NaCl с 0.9% до 4% не обозначилась какими-либо изменениями ферментативной активности. Респонденты в подавляющем большинстве случаев добавляют пищевую соль в еду, что положительно сказывается на активности α-амилазы. Однако стоит помнить, что употребление большого числа поваренной соли отрицательно сказывается на состоянии здоровья.

Библиографический список

1. Северин Е.С., Алейникова Т.Л., Осипов Е.В., Силаева С.А. Б63 Биологическая химия. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 364 с.

2. Агаджанян Н.А., Смирнов В.М. А23 Нормальная физиология: Учебник для студентов медицинских вузов. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. 520 с.: ил.

3. Березов Т. Т., Коровкин Б. Ф. Б 48 Биологическая химия: Учебник.– 3-е изд., перераб. и доп.– М.: Медицина, 1998.– 704 с.: ил.

4. Гайворонский И. В. Г12 Анатомия и физиология человека: учеб. для студ. учреждений сред. проф. образования / И. В. Гайворонский, Г. И. Ничипорук, А. И. Гайворонский. — 6-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательский центр «Академия», 2011. — 496 с.

5. Суслова, А. И.Бахтаирова В.И. С 90 Основные понятия биохимии. Ферменты:учебное пособие для иностранных студентов / А. И. Суслова, В. И. Бахтаирова; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра химии и биохимии. – Иркутск: ИГМУ, 2014. –41с.

6. Шлейкин А.Г., Скворцова Н.Н., Бландов Н.Н. Прикладная энзимология. – СПб: Университет ИТМО, 2019. – 160 с.

7. Закон Аррениуса [Электронный ресурс] — Режим доступа.– URL:https://chem21.info/info/90780/, (дата обращения 17.02.2022).

8. Влияние газированных и алкогольных напитков на зубы [Электронный ресурс] — Режим доступа.– URL: https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-gazirovannyh-i-alkogolnyh-napitkov-na-zuby/viewer, (дата обращения 17.02.2022)

9. Эрозия зубов: терминология, диагностика, профилактика и лечение [Электронный ресурс] — Режим доступа.– URL: https://cyberleninka.ru/article/n/eroziya-zubov-terminologiya-diagnostika-profilaktika-i-lechenie, (дата обращения 17.02.2022)

10. Гидролиз крахмала α-амилазой слюны [Электронный ресурс] — Режим доступа. – URL: https://topuch.ru/uchebnoe-posobie-dlya-inostrannih-studentov-universitetov-obuc/index10.html, (дата обращения 17.02.2022)

Приложение 1

Анкета

1. Чем Вы предпочитаете запивать еду? (разрешается несколько вариантов ответа)
   - Минеральная вода
   - Обычная вода
   - Газировки с сахаром, либо без сахара (с сахарозаменителем)
   - Зелёный чай
   - Чёрный чай
   - Кофе
   - Соки
   - Не запиваю вовсе
2. Если Вы запиваете еду, то какую температуру напитка предпочитаете?
   - Холодную
   - Тёплую
   - Горячую
3. Какой марки жевательную резинку Вы предпочитаете?
   - Orbit
   - Dirol
   - Stimorol
   - Five

- Eclipse
- Hubba Bubba

4. Какой вкус Вы предпочитаете?
   - Мятный
   - Фруктовый вкус
   - Вкус арбуза
5. Добавляете ли Вы соль в еду?
   - Да
   - Нет

Сергиенкова Полина Юрьевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01. Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель дисциплины «Сестринский уход в акушерстве и гинекологии»
Духовникова Евгения Андреевна

ВСЁ О ЛЮБВИ. КОНТРАЦЕПЦИЯ И ЗДОРОВЬЕ.

Актуальность изучения основных направлений в вопросах контрацепции в современном мире обусловлена тем, что в настоящее время биологическое взросление молодежи происходит раньше, чем у предыдущих поколений. Личность молодого человека при этом не достигает еще психосоциальной зрелости и значительно позже достигает экономической независимости.

По статистике средний возраст вступления молодежи в половые отношения в России - 14-15 лет. Отметим, количество абортов в России – одно из рекордных: около 70% беременностей прерывается.

В 2020 году в России число абортов превысило число родов: было зарегистрировано 723 тысячи абортов и 684 тысячи рождений. По неофициальным же данным, ежегодно аборты убивают в России до 3 млн. детей. Особую тревогу вызывает высокое число абортов у молодых девушек. В возрасте до 15 лет ежегодно беременность прерывает более 1200 человек.

Незапланированная беременность среди молодежи является важной медико-социальной проблемой, как в нашей стране, так и за рубежом. Как показывают современные исследования, в России сексуальные отношения приводят к беременности у 7–10% несовершеннолетних девушек. Как правило, она является нежелательной и потому часто завершается искусственным прерыванием.

Также высок рост числа заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Согласно современным данным из сексуально активных молодых людей хламидиями заражены 8-25%, гонореей - 4-12%, вирусом папилломы человека - 15-38%. Более 50% зараженных ВИЧ-инфекцией, это молодые люди до 25 лет.

Современные методы контрацепции очень разнообразны, однако отсутствие информации о них ставит молодых людей в условия риска заражения инфекциями, передающимися половым путем и нежелательной беременности. [1]

Целью работы является, изучение методов контрацепции и их места в современном мире.

Задачи работы:

1. Изучить литературные источники и Интернет-ресурсы по теме проектирования.

2. Рассмотреть виды современных методов контрацепции, их преимущества и недостатки.

3. Провести анкетирование среди молодежи с целью выявления уровня знаний, предпочтений методов контрацепции.

4. Разработать и распространить один из видов санитарно-просветительской работы по теме данной работы.

Объект: современные методы контрацепции.

Предмет: уровень информированности, предпочтения молодежи среди методов контрацепции.

Гипотеза данного исследования: люди, живущие в современном мире, владеют достаточно хорошим уровнем знаний о методах контрацепции и в большинстве случаев отдают им предпочтение.

Контрацепция – предотвращение беременности и заражения от болезней механическими, химическими и другими противозачаточными средствами, и способами.

С того периода, когда была образована Всемирная организация здравоохранения, собравшая под своей эгидой известнейших ученых мира различных специальностей, проблеме контрацепции уделяется особое внимание.

Созданы и апробированы различные методы, направленные на предупреждение нежелательной беременности и абортов, лечение целого ряда заболеваний репродуктивной системы женщин, защиты от инфекций, передающихся половым путем.

Контрацепция у молодежи должна отвечать следующим требованиям: высокая эффективность; безопасность для здоровья; удобство в применении; доступность для приобретения.

Выбирая метод контрацепции, следует помнить, что поведение девушек отличается от поведения женщин более старших возрастных групп и имеет следующие особенности: нерегулярная половая жизнь; нерегулярные менструации (до 25%); недостаточное сексуальное образование; страх обнаружения средств контрацепции родителями или близкими; выбор контрацептива по «совету» друзей; высокий риск ЗППП; несколько половых партнеров.

Следовательно, психофизиологические и социальные особенности молодых людей диктуют необходимость особенно тщательного и индивидуального подбора контрацептивного средства.

На сегодняшний день существуют следующие методы контрацепции: физиологические (естественные) методы; барьерные (механические, химические) методы; гормональные методы; внутриматочная контрацепция; хирургический метод.

Физиологический метод контрацепции приближается к идеальному средству контрацепции по своим основным качествам: доступности, безопасности и простоте

применения. Он основан на индивидуальном учете времени овуляции, продолжительности жизни яйцеклетки и сперматозоида. Однако его применение ограничено условием регулярности менструального цикла.

Данный метод основан на воздержании от половых сношений в пери овуляторный период или использовании в эти сроки других средств контрацепции. Обычно этот период занимает с 11-го по 18-й день 28-дневного менструального цикла.

При физиологических методах контрацепции используются естественные чередования на протяжении менструального цикла периодов пониженной и повышенной фертильности: жизнеспособность яйцеклетки колеблется от 1 до 3 суток после овуляции; спермиев - около 5 суток. Таким образом, беременность с большей вероятностью наступает в промежутке времени за 5 дней до овуляции и 3 дня после. Для уточнения времени овуляции у каждой женщины используют один из нескольких способов: шеечный, температурный и календарный.

Преимуществами физиологического метода контрацепции является простота и отсутствие каких-либо последствий и побочных эффектов.

Подсчеты, которые пригодны для взрослых женщин с регулярными овуляторными циклами, для молодежи часто не подходят, по следующим причинам: овуляция в юности непостоянна и чаще она отсутствует, девушки склонны к виолентной (случайной, внеочередной) овуляции, часто срок овуляции у девушек относится к более поздним дням цикла, - все это делает любые расчеты ненадежными.

К естественным методам контрацепции относят метод прерванного полового акта.

Мужчина прерывает сношение непосредственно перед эякуляцией, которая происходит вне влагалища. Условием успеха является способность мужчины прервать сношение прежде, чем произойдет первый выброс спермы.

Использование этого метода, с психологической точки зрения, предъявляет к мужчине очень высокие требования и для обоих партнеров является стрессом: удастся ли вовремя прервать половое сношение.

Длительное обращение к прерванному сношению может неблагоприятно отразиться на способности мужчины и женщины получить полное сексуальное удовлетворение и привести к явлению, известному под названием аноргазмии.

Ненадежность метода состоит в том, что сперматозоиды могут попасть во влагалище до наступления эякуляции вместе с секретом, выделяемым из куперовых желез.

Более вредным прерванный половой акт оказывается для тех девушек, которые используют его постоянно. С течением времени вследствие постоянного кровенаполнения тазовых органов могут появиться боли в низу живота, в пояснице, выделение белей. Застойное полнокровие может привести к увеличению матки, нарушениям менструальной функции.

У мужчин этот способ вызывает сокращение времени полового акта, чрезмерно быструю эякуляцию.

Известно, что пред семенная жидкость может быть переносчиком бактерий и вирусов - таким образом, прерывание полового акта не защищает ни от нежелательной беременности, ни от заболеваний, передающихся половым путем. [9]

Применение физиологического метода контрацепции у молодежи также ограниченно из-за невысокой эффективности, трудности выполнения в связи с отсутствием высокой

самодисциплины у многих из них; кроме того, данный метод не защищает от заболеваний, передающихся половым путем. [9]

Барьерная контрацепция делится на механические методы контрацепции

и химические методы контрацепции (спермициды).

Барьерные (механические) контрацептивы - группа способов предупреждения развития нежелательной беременности, при которых предотвращается попадание сперматозоидов в матку при помощи механического барьера. Различают мужские и женские барьерные механические средства.

Мужской презерватив – средство контрацепции барьерного типа, а также средство защиты от многих патогенов, передающихся половым путём. Представляет собой непроницаемый для спермы чехол, который надевается на эрегированный половой член. Предназначен для предотвращения зачатия и заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП). Современные презервативы чаще всего изготовляются из латекса, хотя используются и другие материалы, например, полиуретан.

Эффективность презерватива снижается при его неправильном применении: повторное использование презерватива, интенсивный и продолжительный половой акт, приводящий к макро- и микродефектам презерватива, неправильное хранение и т.д. Презервативы являются хорошей защитой от инфекций, передающихся половым путем, но заражение вирусными заболеваниями, сифилисом все же не исключено при соприкосновении поврежденных кожных покровов больного и здорового партнера.

К женским барьерным механическим средствам защиты от беременности относятся влагалищная диафрагма и шеечный колпачок. Влагалищная диафрагма представляет собой латексный куполообразный колпачок с гибким ободом, диаметр которого колеблется от 50 до 150 мм. Диафрагму целесообразно покрывать снаружи спермицидами.

К побочным эффектам относятся инфицирование мочевых путей и воспалительные изменения стенки влагалища в месте контакта с кольцом диафрагмы.

В применении барьерных методов контрацепции есть ряд несомненных преимуществ:

1. Доступность – нужный вид предохранения можно купить практически в любой аптеке.

2. Относительно невысокая стоимость – барьерные контрацептивы гораздо дешевле гормональной контрацепции.

3. Безопасность – существует незначительный риск повышенной чувствительности к латексу или другим составляющим контрацептивов.

4. Дополнительная защита от венерических заболеваний, чего не обеспечивает внутриматочная спираль и гормоны.

Несмотря на большое количество плюсов, барьерные контрацептивы имеют ряд недостатков:

1. Уменьшают интенсивность ощущений во время полового акта.

2. Остается вероятность развития аллергии.

3. Необходимость каждый раз перед половым актом прерываться, чтобы надеть презерватив, вставить диафрагму и прочее.

4. Не такая высокая эффективность, как у внутриматочной спирали или оральных контрацептивов.

Барьерные средства контрацепции позволяют защититься не только от нежелательной беременности, но и от заражения большинством инфекций. [4]

Барьерные (химические) контрацептивы - предохранение от беременности с использованием группы препаратов, инактивирующих сперму во влагалище и препятствующих её попаданию в полость матки. Такие вещества состоят из двух компонентов: одно дезактивирует мужские половые клетки, а второе - равномерно распределяет его по влагалищу. Наиболее распространённый активный компонент современных спермицидов - это бензалкония хлорид. Но одновременно с этим существуют аналогичные контрацептивы, базирующиеся на ноноксиноле.

Эффективность химической контрацепции достигает 85% при регулярном и правильном использовании препарата.

Спермициды отлично себя зарекомендовали по таким параметрам: отсутствие системного воздействия; определённая защита от ИППП; возможность использовать в любой период сексуальной жизни женщины (как в начале половой жизни, так и в период лактации или во время пременопаузы); отсутствие негативных побочных действий при продолжительном использовании; возможность сочетания с другими средствами; подходит в качестве любриканта.

Как и у каждого средства предохранения, у спермицидов тоже есть ряд своих недостатков: отсроченные гигиенические процедуры после полового акта во избежание нейтрализации кислотной среды спермицида мыльными средствами, имеющими щелочную среду; необходимость выдерживать паузу в 10-15 минут перед половым актом.

Внедрение в широкую практику методов гормональной контрацепции явилось важным достижением медицины XX века. Современные гормональные контрацептивы при правильном применении отличаются высокой эффективностью и относительно безопасны. Они позволяют не только регулировать рождаемость, но и снижают частоту гинекологических заболеваний, причем не только за счет уменьшения осложнений, связанных с абортом.

Гормональная контрацепция - метод контрацепции, заключающийся в гормональном подавлении овуляции, основанной на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов.

В женском организме два типа гормонов: эстрогены, гестагены. Именно они обеспечивают ежемесячный цикл каждой женщины, во время которого в яичнике вызревает яйцеклетка, происходит овуляция и подготовка матки к вынашиванию.

Виды гормональных контрацептивов:

- комбинированные оральные контрацептивы (КОК);
- гестагенсодержащие пероральные контрацептивы;
- гормональная рилизинг-система.

Комбинированные оральные контрацептивы представляют собой таблетки, содержащие эстрогенный и гестагенный компоненты. В настоящее время стремятся использовать низко дозированные (30-35 мкг) или микродозированные (20 мкг) препараты, содержащие чрезвычайно малые дозы эстрогенов.

КОК уменьшают двигательную активность сперматозоидов; подавляют созревание и выход яйцеклетки; препятствуют прикреплению оплодотворённой яйцеклетки к стенке матки.

Несмотря на большой ряд преимуществ, выделяют и недостатки КОК, они не защищают от инфекций, передающихся половым путем; требуют полного соблюдения правил приема; не сочетаются с приемом многих лекарств; возможны побочные эффекты; способность зачать ребенка возвращается к женщине спустя 2-3 месяца после окончания приема.

Гестагенсодержащие пероральные контрацептивы лучше всего подходят для применения во время кормления грудью и для женщин, которым противопоказаны или которые не хотят принимать эстрогены.

По форме введения их делят на: - имплантационные (подкожный имплант- Норплант); - инъекционные (пролонгированный инъекционный контрацептив Депо-Провера в дозе 150 мг 1 раз в 3 месяца); - оральные: - мини-пили - это таблетки, содержащие микродозы гестагенов.

Примером гормональной рилизинг-системы служит вагинальное кольцо - Нова-Ринг.

Способ предохранения от беременности заключается в постоянном выделении гормонов кольцом, которое располагается во влагалище. Легко сжимаемое кольцо, состоящее из вещества, не вызывающего аллергию, вводится во влагалище. Находясь во влагалище, сложная система мембран Нова-Ринг непрерывно выделяет эстрогены и метаболит прогестерона в дозе, обеспечивающей стабильный гормональный фон, на котором основана контрацепция. Нова-Ринг вводят во влагалище 1 раз в 4 недели.

Гормональная контрацепция, по определению экспертов Всемирной организации здравоохранения, является самым эффективным на сегодняшний день, этим методом пользуются более 70 миллионов женщин во всем мире. [5]

Внутриматочная контрацепция (ВМК) - это контрацепция с помощью средств, введенных в полость матки, изготовленных из инертных веществ (серебро; золото; пластмасса; пластмасса; содержащая медь или серебро).

В настоящее время формы ВМК и материалы их самые различные. Наиболее часто используются следующие ВМК: медь содержащая ВМС Мультилоад; Мирена, представляющая собой Т-образный контрацептив с полупроницаемой мембраной, выделяющей ежедневно гестагены (левоноргестрел).

К преимуществам внутриматочной контрацепции относятся: высокая эффективность; возможность длительного использования; немедленное контрацептивное действие; быстрое установление фертильности после удаления ВМС; низкая стоимость; возможность использования в период лактации.

Внутриматочная контрацепция - высокоэффективный метод предупреждения нежелательной беременности. Эффективность ВМК достигает 99,8%, она не оказывает системного отрицательного влияния на организм, проста в применении, может использоваться длительно, а фертильность восстанавливается достаточно быстро после удаления контрацептива. [6]

Применение ВМК нежелательно для нерожавших женщин, так как ее применение не исключает наличия серьезных осложнений.

Наиболее частым и неблагоприятным осложнением являются воспалительные заболевания внутренних половых органов, нередко с развитием гнойных трубно-яичниковых образований, эндометрита, перитонита. Однако чаще эти осложнения возникают при использовании внутриматочных средств без учета противопоказаний.

Хирургические методы контрацепции заключаются в стерилизации женщин или мужчин. Медицинскую стерилизацию как метод контрацепции разрешается производить только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего минимум 2 детей.

У женщин создается непроходимость труб. Такая стерилизация у женщин заключается в следующем: путем мини-лапаротомии или лапароскопии входят в брюшную полость и осуществляют либо коагуляцию участка маточной трубы, либо на маточную трубу накладывают лигатуры, кольца, специальные зажимы. У женщин в последующем возможно восстановить проходимость труб, осуществляя пластическую операцию. У мужчин перевязывают и пересекают семенные канатики (вазэктомия), после чего сперматозоиды не могут попасть в эякулят. Единичные случаи беременности могут быть при нарушении операций на трубах.

Индекс Перля (индекс Перла), коэффициент неудач – индекс, показывающий эффективность выбранного метода контрацепции. Чем ниже этот показатель, тем надёжней метод контрацепции.

Индекс Перля равен числу незапланированных зачатий в течение одного года у 100 женщин при использовании того или иного метода контрацепции и характеризует его контрацептивное действие.

Нужно различать эффективность метода и эффективность использования метода. В первом случае учитываются только беременности, наступившие в случае корректного использования метода, в то время как во втором случае учитываются также и беременности, наступившие из-за неправильного использования метода контрацепции. Разумеется, индекс Перля для второго случая будет намного выше, чем для первого. Этот факт часто оставляют без внимания, чем отчасти можно объяснить большую разницу между указанными значениями индекса Перля для одного и того же метода контрацепции.

При всем изобилии предложений выбрать оптимальный контрацептив является нелегкой задачей. Физиологические, барьерные, гормональные, внутриматочные, хирургические методы имеют свои достоинства и недостатки. При выборе определенного средства в первую очередь необходимо учитывать его эффективность и возможный риск осложнений.

Данные о величине индекса Перля приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Данные о величине индекса Перля

Методы контрацепции	**Величина индекса Перля**
Стерилизация мужчины	0,15
Стерилизация женщины	0,4
Гормональные контрацептивы	0,5

Внутриматочная спираль	1
Мужской презерватив	12
Женский презерватив	5- 25
Прерванный половой акт	19
Спермициды	21
Физиологический (календарный) метод	24
Без контрацептивов	85

На индекс Перля оказывают влияние множество факторов. Например, бракованный презерватив, спираль, некачественный состав гормональных таблеток относятся к объективным факторам. Несоблюдение условий приема ОК, неграмотное применение барьерных методов контрацепции, личная непереносимость какого-либо компонента также сильно влияет на показатель. Следует учитывать также возраст женщины: вероятность зачатия у молодых девушек в несколько раз выше по сравнению с женщинами старшего возраста.

Во избежание незапланированного зачатия, абортов, заражения ЗППП необходимо ответственно подойти к выбору контрацептива, проконсультироваться с врачом. Очень важно соблюдать все рекомендации и указания, в противном случае метод не принесет желаемого эффекта. [10]

В настоящее время имеется целый ряд методов контрацепции, приемлемых для молодежи.

Гормональные противозачаточные таблетки представляет собой хорошее средство для подростков, так как они высокоэффективны и приемлемы для еще не окончательно сформировавшегося организма.

Показания и противопоказания для использования комбинированных оральных контрацептивов девушками-подростками те же, что и при их применении женщинами более старшего возраста.

Для молодых нерожавших женщин, в том числе и девушек-подростков, могут быть рекомендованы низко дозированные комбинированные препараты, так как они являются в этих случаях наиболее приемлемыми из-за низкой частоты возникновения побочных эффектов. Что касается применения оральных гистогенных контрацептивов, то более высокая частота появления меж менструальных кровянистых выделений и меньшая надежность не позволяют считать этот метод оптимальным для девушек-подростков. Однако эти противозачаточные средства могут быть с успехом использованы юными кормящими матерями.

Внутриматочные средства по контрацептивной эффективности занимают второе место после гормональной контрацепции. Они экономически выгодны, удобны, не требуют постоянного самоконтроля, который необходим при приеме таблеток. Кроме того,

отсутствует системное влияние на организм женщины, способность к рождению детей восстанавливается быстро после удаления ВМС. Для молодых людей, которые живут половой жизнью нерегулярно, с частой сменой половых партнеров, применение данного метода относительно противопоказано.

Барьерные методы контрацепции имеют большое значение для молодежи, в первую очередь, потому что они предотвращают заболевания, передающиеся половым путем.

Основная задача молодежи - сохранение своего здоровья. В этом смысле барьерные средства контрацепции, презерватив в частности, являются идеальными. Презерватив обеспечивает защиту от заболеваний, передающихся половым путем, в том числе и от СПИДа.

Физиологический метод контрацепции не приемлем для молодежи, так как он не слишком надежен, требует высокой мотивации поведения для регулярного измерения ректальной температуры, определения качества и количества шеечной слизи и т. д.

Мы перечислили различные методы контрацепции, приемлемые для молодежи, однако считаем, что в данном случае лучший способ предохранения от нежелательной беременности и заболеваний, передающихся половым путем, - воздержание от половых контактов до времени достижения не только биологической, но и психологической зрелости.

Предотвращение абортов и их осложнений - одна из главных задач в сохранении репродуктивного здоровья женщины и залог рождения здорового потомства.

Неоценимую роль в этом отношении играет рациональная контрацепция, значение которой для профилактики абортов, трудно переоценить. [11]

Для подтверждения или опровержения гипотезы данной работы мною было проведено анкетирование респондентов, имеющих различные знания и предпочтения современных методов контрацепции.

Критериями включения в исследование были:

- респонденты в возрасте от 14 до 35 лет;
- согласие на участие в исследовании;
- способность адекватно отвечать на поставленные вопросы.

Отбор опрашиваемых людей проводился случайным методом. Каждому участнику опроса была предложена анонимная GOOGLE-форма, состоящая из 15 вопросов.

Из 266 опрашиваемых респондентов оказалось: 79% (232 человек) женского пола; 21% (34 человека) мужского пола.

Возрастная структура опрашиваемых составила: от 17 лет - 25 лет – 65% (172 человека); от 25 лет - 30 лет – 11% (29 человек); более 30 лет – 24% (65 человек).

На вопрос: «Был ли у Вас сексуальный опыт?» большинство опрашиваемых ответили: «Да» – 95% (252 человека), 5% (14 человек) отрицают наличие половой жизни.

Первый сексуальный опыт у 51% (138 человек) респондентов был в возрасте с 15 лет до 18 лет; 11% (28 человек) ответили, до 15 лет; и с 18 лет - 25 лет в половую связь вступили 38% (100 человек).

Методами контрацепции пользуются 71% (189 человек) участвующих в анкетировании, а 29% (77 человек) опрашиваемых пренебрегают контрацептивами.

Респондентам был задан вопрос: «Каким методом контрацепции вы пользуетесь\пользовались ранее?». Большинство опрашиваемых 39% (104 человека) ответили - «Презервативы»; «гормональным методом» пользуются 15 % (40 человек); «метод

прерванного полового сношения» 25% (67 человек), «физиологический (календарный) метод» 11% (28 человек); «внутриматочная спираль» 2% (5 человек); «не пользуются контрацепцией» 8 % (22 человека).

По мнению участвующих в анкетировании самый лучший\надежный метод контрацепции: «презервативы», так считает 56% (149 человек); «гормональный метод» 18% (49 человек); «внутриматочная спираль» 9% (23 человека); «хирургический метод» 6% (16 человек); «физиологический (календарный) метод» 4% (11 человек); «прерванный половой акт» 3% (7 человек); «химический метод (спермициды)» 2% (5 человек); не пользуются контрацепцией 1% (2 человека); на «метод воздержания» указали 1% (2 человека).

Из каких источников респонденты узнали информацию о методах контрацепции: 34% (90 человек) рассказали родители\родственники, информацию от медицинских работников получили 33% (89 человек), из Интернет - ресурсов 14% (37 человек), СМИ- реклама 8% (20 человек), от друзей 6% (16 человек), свой вариант указали 5% (14 человек), из них наиболее популярные были ответы: учебные дисциплины, образовательные центры.

Кто подбирал метод контрацепции респондентам: подбирали метод контрацепции самостоятельно 51 % (135 человек) опрашиваемых; подбором контрацептива занимался медицинским работником у 27% (72 человека) участвующих в анкетировании; «никогда не подбирали методы контрацепции» - 22% (59 человек).

Участникам исследования был задан вопрос: «Обсуждали ли Вы методы контрацепции со своим партнером?». Ответы распределились следующим образом: «да» ответили 80% (214 человек), «нет» 20% (52 человека).

Были ли у респондентов в отношениях с партнером случаи, связанные с абортом: не сталкивались с абортами 77% (204 человек) исследуемых; тема аборта коснулась 20% (54 человека) участвующих в анкетировании; не захотели отвечать на этот вопрос 3% (8 человек).

Хотели бы участники исследования получить больше информации о современных методах контрацепции, максимальное количество опрошенных 70% (185 человек) респондентов хотят получить различную информацию о современных методах контрацепции, а 30% (81 человек) подобная информация неинтересна.

У той категории респондентов, которые хотели бы получить информацию о современных методах контрацепции, мы уточнили: «Какую именно информацию Вы хотели бы узнать?». Ответ были следующие: всю информацию, которая только возможна о современных методах контрацепции 99% (184 человека) опрашиваемых; о новинках в области КОК, хочет узнать 1% (1 человек).

На вопрос «Знаете ли Вы, какие последствия влечет за собой, отсутствие контрацепции в регулярной половой жизни?», респонденты ответили: «нежелательная беременность\аборт» - выбрали 53% (142 человека), «венерические заболевания» 38% (100 человек), не знают о последствиях отсутствия контрацепции 9% (24 человека).

Участвовали ли опрашиваемые в мероприятиях на тему «Контрацепция»? Если да, в качестве кого? Не участвовали в подобных мероприятиях 92% (244 человека). В качестве слушателя 4% (10 человек); организатора 1% (3 человека), лектора/докладчика 2% (6 человек); волонтера 1% (3 человека).

Исходя из нашего исследования, можно сказать, что люди, живущие в современном мире достаточно информированы о методах контрацепции и их значимости в жизни половых партнеров.

Респонденты отдают предпочтение таким методам контрацепции как, барьерные методы (презервативы), гормональные методы (КОК, рилизинг-системы).

Исследовательская работа была посвящена изучению методов контрацепции и их места в современном мире.

В ходе работы были изучены и систематизированы теоретические аспекты по данной теме. Материалы проектирования позволяют сделать ряд выводов.

Во-первых, изучив литературные и интернет-источники по теме исследования, мы выяснили, что контрацепция – это предотвращение беременности и заражения от болезней механическими, химическими и другими противозачаточными средствами, и способами.

Созданы и апробированы различные методы, направленные на предупреждение нежелательной беременности и абортов, лечение целого ряда заболеваний репродуктивной системы женщин, защиты от инфекций, передающихся половым путем. Современные методы контрацепции очень разнообразны, однако отсутствие информации о них ставит молодых людей в условия риска заражения инфекциями, передающимися половым путем и нежелательной беременности.

Во-вторых, рассмотрели основные виды методов контрацепции. На сегодняшний день существуют следующие методы контрацепции: физиологические методы; барьерные (механические, химические) методы; гормональные методы; внутриматочная контрацепция; хирургический метод, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки.

При выборе определенного средства в первую очередь необходимо учитывать его эффективность и возможный риск осложнений. Во избежание незапланированного зачатия необходимо ответственно подойти к выбору контрацептива, проконсультироваться с врачом. Очень важно соблюдать все рекомендации и указания, в противном случае метод не принесет желаемого эффекта.

В-третьих, в ходе анкетирования респондентов, можно сделать вывод о том, что большинство из них владеют достаточно хорошим уровнем знаний о методах контрацепции, предпочитают их использование в своей половой жизни. Выбор современной молодежи останавливается на презервативах, комбинированных оральных контрацептивах, рилизинг-системах.

В-четвертых, с целью информирования молодежи о значимости методов контрацепции мною была разработана презентация на тему: «Все о любви. Контрацепция и здоровье. Что? Где? Когда?», которую продемонстрировала ученицам 11-х классов Гимназии №1 г. Биробиджан.

Все вышеперечисленное дает нам право сделать вывод о том, что гипотеза, люди, живущие в современном мире, владеют достаточно хорошим уровнем знаний о методах контрацепции и в большинстве случаев отдают им предпочтение, подтверждена.

Подводя итоги, можно сказать, что контрацепция занимает высокое место в современном обществе, но к сожалению, ежегодное число абортов, ЗППП говорит об обратном. Оправдать данную ситуацию, может ряд следующих фактов.

Завышенная ценовая политика на популярные контрацептивы. Не каждая пара в Российской Федерации, а особенно подростки, могут позволить себе качественные методы контрацепции.

«Русский авось». Безответственное отношение к своему здоровью и здоровью своего партнёра.

Отсутствие желания к самообразованию. В настоящее время существует множество источников информации (книги, научные статьи, медицинская литература, Интернет-ресурсы, СМИ/реклама) с которых можно получить достаточно о методах контрацепции, особенностях их использования. Медицинские работники, педагоги на занятиях, лекциях, мероприятиях рассказывают о значимости контрацепции в жизни человека. Принимать данную информацию или проигнорировать ее, решение самостоятельное.

Последствия пренебрежения контрацепцией - ОПАСНЫ ДЛЯ ЖИЗНИ!

Библиографический список

1. Баклаенко, Н.Г. Современные методы профилактики абортов: Науч.-практ. прогр. /Н.Г. Баклаенко, А.И. Давыдов, М.А. Шахламова. – М.: Медицина, 2017. – 83 с.

2. Тагиева Н.В. Внутриматочная контрацепция/О.В. Прилепская, А.А. Можевитинова. – М.: Изд АСТ, 2018. – 289 с.

3. Барьерные методы контрацепции [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ymkababy.ru/neuralgia/barernye-metody-kontraceptivov-preimushchestva-i-nedostatki-barernye.html

4. Внутриматочная контрацепция [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://yandex.ru/health/turbo/artitext=внутриматочная%20контрацепция

5. Гормональная_контрацепция [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/

6. Контрацепция [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.medeffect.ru/preserv/contraception-0156.shtml

7. Методы контрацепции [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://story-woman.ru/semya-i-otnosheniya/metody-kontracepcii/

8. Физиологический метод контрацепции [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://muzashtor.ru/medicine/fiziologicheskij-metod-kontracepcii.html

9. Эффективность выбранного метода контрацепции [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://fb.ru/article/235351/indeks-perlya-effektivnost-vyibrannogo-metoda-kontratseptsii

Ильина Татьяна Александровна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель общепрофессиональных дисциплин
Кокшаров М.А.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Артериальная гипертензия – это одно из самых распространенных в мире человеческих хронических недугов, с которым после 40 лет сталкивается каждый 10-й, после 50 лет – каждый 5-й, а после 60 лет – чуть ли не каждый третий человек.

По оценке специалистов различных стран мира, 20-25% взрослого населения индустриально развитых стран страдает артериальной гипертензией.

Ежегодно выявляется до 500 тыс. больных, 30-40% которых не знают о своем заболевании. Вне зависимости от диагноза треть больных неукоснительно соблюдают рекомендации по лечению, треть – только частично, а остальные – отрицают необходимость в лекарственных средствах. Приверженность терапии вообще, а гипотензивной в частности, является залогом успешного лечения заболевания, уменьшением частоты развития осложнений.

Несмотря на большое количество применяемых на сегодняшний день антигипертензивных препаратов, эффективный контроль гипертонии остается актуальной проблемой.

Среди причин неадекватного контроля артериального давления (АД) у пожилых пациентов решающее значение имеют недостаточная эффективность, плохая переносимость антигипертензивной терапии, а также отсутствие приверженности больных лечению. Неосложненная, мягкая гипертония, зачастую имеет асимптоматическое течение и не ухудшает качество жизни, поэтому любые, даже незначительно выраженные нежелательные эффекты гипотензивной терапии могут ухудшить самочувствие больного и вызвать отказ от постоянного приема лекарства.

Предмет исследования: процесс лечения гипертонической болезни.

Объект исследования: гипертоническая болезнь.

Цель исследования: изучение процесса лечения гипертонической болезни.

Задачи исследования:

- изучить этиологию и предрасполагающие факторы гипертонической болезни;
- изучить клиническую картину и особенности диагностики гипертонической болезни.
- разработать рекомендации для медицинских работников по профилактике гипертонической болезни.

Методы исследования.

- частично-поисковый (теоретический анализ медицинской литературы по данной теме);

- субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
- объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);
- социологический метод (анкетирование);
- психодиагностический (беседа, опрос);
- аналитический (при анализе полученных данных).

Теоретическая значимость: изучены проблемы при оказании помощи при осложнениях гипертонической болезни.

Практическая значимость: полученные в ходе работы результаты могут быть использованы в дальнейшей работе медперсонала. Результаты исследований помогут правильно организовать профилактическую работу и изменить состояние информированности населения о болезни, оказания неотложной помощи и профилактики больным с гипертонической болезнью.

Цели обследования пациентов с подозрением на гипертоническую болезнь:

- подтвердить стабильное повышение АД,
- исключить вторичную артериальную гипертензию,
- выявить наличие и степень повреждения органов-мишеней,
- оценить стадию артериальной гипертонии и степень риска развития осложнений.

При сборе анамнеза особое внимание обращают на подверженность пациента воздействию факторов риска по гипертонии, жалобы, уровень повышения АД, наличие гипертонических кризов и сопутствующих заболеваний.

Информативным для определения наличия и степени гипертонической болезни является динамическое измерение АД. Для получения достоверных показателей уровня артериального давления необходимо соблюдать следующие условия:

- измерение АД проводится в комфортной спокойной обстановке, после 5-10-минутной адаптации пациента. Рекомендуется исключить за 1 час до измерения курение, нагрузки, прием пищи, чая и кофе, применение назальных и глазных капель (симпатомиметиков).
- положение пациента - сидя, стоя или лежа, рука находится на одном уровне с сердцем. Манжету накладывают на плечо, на 2,5 см выше ямки локтевого сгиба.
- при первом визите пациента АД измеряют на обеих руках, с повторными измерениями после 1-2-минутного интервала. При асимметрии АД > 5 мм рт.ст., последующие измерения должны проводиться на руке с более высокими показателями. В остальных случаях, АД, как правило, измеряют на «нерабочей» руке.

Если показатели АД при повторных измерениях различаются между собой, то за истинное принимают среднее арифметическое (исключая минимальный и максимальный показатели АД). При гипертонической болезни крайне важен самоконтроль АД в домашних условиях.

Лабораторные исследования включают клинические анализы крови и мочи, биохимическое определение уровня калия, глюкозы, креатинина, общего холестерина крови, триглицеридов, исследование мочи по Зимницкому и Нечипоренко, пробу Реберга.

На электрокардиографии в 12 отведениях при гипертонической болезни определяется гипертрофия левого желудочка. Данные ЭКГ уточняются проведением

эхокардиографии.

Офтальмоскопия с исследованием глазного дна выявляет степень гипертонической ангиоретинопатии.

Проведением УЗИ сердца определяется увеличение левых отделов сердца. Для определения поражения органов-мишеней выполняют УЗИ брюшной полости, ЭЭГ, урографию, аортографию, КТ почек и надпочечников.

Лечение гипертонической болезни в отдельных группах больных

1. Артериальная гипертония у пожилых лиц

- Лечение АГ у пожилых больных следует начинать также с изменения образа жизни. Ограничение поваренной соли и снижение веса в этой группе оказывает существенный антигипертензивный эффект.
- Начальная доза всех препаратов у пожилых пациентов может быть снижена вдвое. При последующем наблюдении следует обратить внимание на возможность ортостатической гипотензии. Следует с осторожностью использовать препараты, вызывающие значимую вазодилатацию, такие как альфа-блокаторы и прямые вазодилататоры, а также высокие дозы мочегонных.
- Предпочтение при выборе препарата отдается диуретикам. Альтернативными препаратами, особенно при систолической гипертензии, являются длительно действующие антагонисты кальция. При наличии показаний целесообразно использование ингибиторов АПФ, бета-блокаторов и т.д.

2. Беременность

- При преэклампсии требуются срочные лечебные мероприятия по его снижению с целью защиты матери от риска возникновения инсульта или эклампсии. К препаратам, которые используются для быстрого снижения АД, относятся нифедипин, лабетолол, гидралазин и сульфат магния.
- Препаратом выбора при длительном лечении АГ беременных является метилдопа (допегит).
- Для постоянной терапии артериальной гипертензии у беременных также широко используются такие антигипертензивные препараты, как бета-блокаторы. Диуретики следует применять с осторожностью, так как они могут еще больше снизить уже измененный объем плазмы крови.
- При беременности противопоказаны следующие препараты: ингибиторы АПФ, и антагонисты рецепторов AII.

3. Поражение сосудов головного мозга

- Антигипертензивная терапия обеспечивает существенное снижение риска развития инсульта у больных АГ. Достижение целевого АД имеет особое значение в плане профилактики цереброваскулярных осложнений.
- Больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения (инсульт, ТИА) подлежат экстренной госпитализации в специализированные отделения.

4. В сочетании с ишемической болезнью сердца

- У больных с ИБС в качестве антигипертензивной терапии следует использовать в первую очередь бета-адреноблокаторы,при отсутствии противопоказаний и ингибиторы АПФ. Могут быть также применены блокаторы кальциевых каналов, за исключением короткодействующих.

- У больных, перенесших инфаркт миокарда, следует применять бета-блокаторы без внутренней симпатомиметической активности. Особенно при наличии сердечной недостаточности (СН) или систолической дисфункции.
- При неэффективности бета-блокаторов, их непереносимости или наличии противопоказаний - применяются верапамил или дилтиазем.
- У данной категории больных следует избегать препаратов, вызывающих быстрое снижение АД, особенно сопровождающееся рефлекторной тахикардией.

5. Застойная сердечная недостаточность

- Применение ингибиторов АПФ у больных с сердечной недостаточностью или дисфункцией левого желудочка существенно понижает летальность в данной группе больных и является предпочтительным. При непереносимости ингибиторов АПФ могут использоваться антагонисты рецепторов к А II.
- В сочетании с ингибиторами АПФ целесообразно применение диуретиков по показаниям.
- В последние годы показана эффективность и безопасность применения малых доз бета-адреноблокаторов у больных I - III функциональным классом сердечной недостаточности.

6. Заболевания почек

- Для лечения АГ при патологии почек могут использоваться все классы препаратов и их комбинации.
- У больных с почечной недостаточностью и протеинурией гипотензивную терапию следует проводить в более агрессивном режиме. У больных с потерей белка > 1 г/сут устанавливается более низкий целевой уровень АД (125/75 мм рт.ст.), чем при менее выраженной протеинурии (130/85 мм рт.ст.).

7. Сахарный диабет

- При сочетании сахарного диабета и АГ еще большее значение приобретают меры коррекции образа жизни.
- Для всех больных сахарным диабетом устанавливается целевой уровень снижения АД 130/85 мм рт.ст.
- При выборе препарата предпочтение отдается ингибиторам АПФ, особенно при наличии протеинурии, антагонистам кальция и низким дозам мочегонных.
- При контроле лечения следует помнить о возможной ортостатической гипотензии.

8. Больные бронхиальной астмой и хроническими обструктивными заболеваниями легких

- Бета-блокаторы, даже местного применения (тимолол) противопоказаны больным этой группы.
- С осторожностью следует использовать ингибиторы АПФ, в случае появления кашля их можно заменить на антагонистов рецепторов к А II.
- Препараты, применяемые для лечения бронхообструктивного синдрома, часто ведут к повышению АД. Наиболее безопасными в этом отношении являются кромогликат натрия, ипратропиум бромид и местные глюкокортикоиды.

Неотложные состояния – это все ситуации, при которых требуется в той или иной степени быстрое снижение АД (снижения АД в течение первых минут и часов при помощи парентерально вводимых препаратов).

Неотложной терапии требует такое повышение АД, которое ведет к появлению или

усугублению симптомов со стороны «органов мишеней»: нестабильной стенокардия, инфаркту миокарда, острой левожелудочковой недостаточности, расслаивающей аневризме аорты, эклампсии, инсульту, отеку соска зрительного нерва.

Профилактика гипертонической болезни

Первичная профилактика гипертонической болезни показана всем людям (особенно из групп риска), у которых показатели артериального давления находятся в пределах допустимой нормы (до 140/90 мм рт. ст.) и заболевание еще не начало развиваться. Для этого им необходимо пересмотреть весь привычный уклад своей жизни и внести в него необходимые поправки, например, такие:

1. Отказ от курения.
2. Ограничение употребления спиртных напитков (для мужчин – не более 30 мл крепких спиртных напитков в день, для женщин – не более 20 мл).
3. Снижение употребления соли (не более 5-6 г в день).
4. Рациональное питание (ограничение потребления продуктов с большим количеством животных жиров, не более 50-60 г в день, и легкоусвояемых углеводов).
5. Включение в ежедневный рацион продуктов, богатых калием, магнием и кальцием (курага, чернослив, изюм, запеченный картофель, фасоль, петрушка, нежирный творог, желтки куриных яиц).
6. Борьба с гиподинамией (упражнения на свежем воздухе и ежедневные занятия лечебной физкультурой).
7. Борьба с ожирением (пытаться похудеть резко не рекомендуется: снижать массу тела можно не более, чем на 5-10% в месяц).
8. Нормализация режима сна (не менее 8 часов в сутки).
9. Четкий режим дня с постоянным временем подъема и отхода ко сну.
10. Предупреждение стрессов.

К рекомендациям по первичной профилактике артериальной гипертензии можно отнести своевременное и регулярное лечение заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной и эндокринной систем, неотступное следование всем рекомендациям врача и постоянный контроль уровня артериального давления.

Лица, которым показана *первичная* профилактика гипертонии, должны находиться под диспансерным наблюдением. Предпринимаемые меры могут приводить к стойкой нормализации артериального давления в течение 6-12 месяцев, но при наблюдении показателей в пограничной зоне им может рекомендоваться более длительное наблюдение и прием лекарственных средств, действие которых направлено на снижение прогрессирования невротических реакций (снотворные, успокоительные, препараты брома и фенобарбитал в малых дозах).

Вторичная профилактика гипертонической болезни показана пациентам, у которых артериальная гипертензия установлена, как диагноз.

Она направлена на:

- снижение показателей артериального давления;
- предупреждение гипертонических кризов;
- профилактику вторичных изменений в органах и развитие осложнений.

В комплекс таких мероприятий включают:

- *немедикаментозное лечение* (более жесткие мероприятия, соответствующие

первичной профилактике);

- *медикаментозную терапию*.

Для немедикаментозного лечения помимо соблюдения рекомендаций по первичной профилактике гипертонии, а также в комплекс мероприятий рекомендуется включать:

- физиотерапевтические процедуры: электросон, электрофорез с лекарственными препаратами (эуфиллином, никотиновой кислотой, но-шпой), гальванизация воротниковой зоны, бальнеотерапия (углекислыми, йодобромными и радоновыми ваннами), гелиотерапия, спелеотерапия, гидрокинезотерапия, массаж, иглорефлексотерапия, лазеропунктура;
- лечебную физкультуру;
- психотерапевтические тренинги и аутотренинги;
- санаторно-курортное лечение в местных кардиологических санаториях и на климатических курортах (Немиров, Миргород, Кисловодск, Трускавец, Друскининкай, Сочи и др.).

В комплексную профилактику и лечение гипертонической болезни могут включаться препараты различных фармакологических групп. На начальных стадиях заболевания может использоваться монотерапия седативными и психотропными препаратами, а на более поздних дополнительно назначаются различные гипотензивные средства.

Подбор препаратов, их дозирование, схема и длительность приема определяется индивидуально для каждого пациента, исходя из данных о состоянии его здоровья. Курс приема лекарственных средств при гипертонической болезни должен осуществляться постоянно и под контролем лечащего врача.

Комплексные меры профилактики гипертонии позволяют держать артериальную гипертензию под постоянным контролем и существенно снижают риск развития различных тяжелых осложнений.

Артериальные гипертензии во многих регионах мира являются самым распространенным заболеванием. Из года в год больше миллиона человек умирает от этого заболевания. И давно не секрет, что высокое АД может привести к летальному исходу. Чтобы не столкнуться с этой страшной проблемой, важно знать, какие факторы риска приводят к артериальной гипертензии, ориентироваться в заболевании, которое может настигнуть каждого.

Гипертоническая болезнь обнаруживает неуклонную тенденцию к росту и связано это, прежде всего с тем, что гипертоническая болезнь – это болезнь цивилизации, ее негативных сторон (в частности, информационного бума, возросшего темпа жизни, гипокинезии и пр.).

Вполне вероятно, что COVID-19 прямо или косвенно влияет на сердечно-сосудистую систему и сердце в частности. Выявлены потенциальные механизмы сердечно-сосудистого поражения, включая прямое повреждение миокарда в результате нарушения гемодинамики или гипоксемии, воспалительного миокардита, стрессовой кардиомиопатии, микрососудистой дисфункции или тромбоза из-за гиперкоагуляции или системного воспаления (цитокиновый шторм), которое также может дестабилизировать бляшки коронарных артерий. Пациентам с тяжелой формой COVID-19, например, с высокой температурой или гипоксией из-за заболевания легких, требуется значительное увеличение сердечного выброса. Следовательно, ишемия миокарда II типа может привести к обструктивной ИБС.

Неврозы, в том числе сердечно-сосудистые, отрицательно влияя на организм и его регуляторные механизмы, в том числе на регуляцию сосудистого тонуса. Помимо этого, неврозы и стрессы ведут к излишнему выбросу в кровь катехоламинов и тем самым способствуют развитию атеросклероза.

В результате проведенного исследования все поставленные задачи были выполнены. Был проведен обзор литературы и нормативных документов по теме работы. Раскрыта сущность АГ и механизм её возникновения. Обоснованы принципы организации ведения больных с артериальной гипертензией. Описаны фармацевтические группы основных гипотензивных препаратов. Разработана анкета для пациентов по выявлению приверженности их к лечению и проведено исследование, «Рекомендации для пациентов с ИБС», «Дневник ежедневного самоконтроля за АД», «Правила измерения артериального давления», буклет «Гипертония – стоп».

Таким образом, можно сделать вывод, что у большинства пациентов низкая приверженность к лечению. Только 45,7 % больных постоянно соблюдают предписанную терапию, при этом основная часть таких пациентов молодого возраста. Поэтому очень важно повысить роль медицинских работников в овладение методикой контроля приверженности пациентов к терапии и использование профессиональной деятельности при осуществлении ухода за пациентами.

Выводы:

1. В фармакотерапии АГ используются две основные стратегии – это моноприем и комбинированная система. Совмещенный метод обеспечивает более гибкий подход, но схема на основе единственного медикамента позволяет обеспечить большую результативность.
2. У большинства, пациентов страдающих артериальной гипертензией, отмечается низкая приверженность к гипотензивной терапии, что повышает роль медицинских работников в овладение методикой контроля приверженности пациентов к терапии и использование в своей профессиональной деятельности при осуществлении ухода за пациентами.
3. Факторы низкой приверженности терапии АГ у пациентов: I-II степень артериальной гипертензии, недостаток денежных средств, забывчивость пациента, отсутствие льготного отпуска гипотензивных препаратов, назначение большего количества ЛС и плохая переносимость препаратов.
4. У лиц, страдающих АГ, отмечается низкий уровень информированности об осложнениях АГ и низкий уровень самоконтроля АД, что активно привлекает медицинских работников в планировании и проведении «Школ здоровья».

Рекомендации для фельдшеров:

1. Для определения приверженности гипотензивной терапии у пациентов страдающих артериальной гипертензией, рекомендуется использовать анкеты как простой и объективный способ изучить комплаенс. Средним медицинским работникам важно овладеть методикой контроля приверженности пациентов к терапии и использовать в своей профессиональной деятельности при осуществлении ухода за пациентами.
2. При планировании и проведении «Школ здоровья» для пациентов рекомендуется учитывать наличие разного уровня комплаентности (низкий или достаточный) и управляемых факторов приверженности к гипотензивной терапии.
3. Активно привлекать к обучению пациентов, страдающих АГ, студентов

медицинских училищ и колледжей, с целью повышения информированности пациентов об АГ и с целью повышения качества практической подготовки будущих медицинской работников.

4. Для повышения удобства приема препаратов рекомендуется при работе с пожилыми пациентами использовать индивидуальные таблетницы с указанием времени и дозы приема препаратов, составление письменных рекомендаций по приему ЛС крупным шрифтом.

Рекомендации для пациентов:

1. *Специальная диета.* Для больных с повышенным артериальным давлением разработана специальная диета №10. Подобной диеты должны придерживаться все, кто страдает артериальной гипертензией. Она подразумевает ограничение поваренной соли до 6-8 г/сут (3-4 г в продуктах и 3-4 г добавляется в пищу), свободной жидкости до 1,2 л (включая супы, кисели и т.д.), животных жиров, с заменой их на растительные, включение в рацион продуктов, богатых клеточными оболочками (овощи, фрукты, злаки), витаминами, ионами калия, кальция, магния. Энергетическая ценность не должна превышать 2600 ккал/сут.

2. *Физическая активность*. Регулярные физические тренировки в целом оказывают благоприятное влияние на течение ГБ. Они позволяют контролировать МТ, повышают адаптационные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, предотвращая чрезмерную активацию САС, увеличение сердечного выброса и ОПСС в ответ на обычные стрессовые ситуации. В результате снижается не только уровень АД, но и риск развития осложнений АГ.

3. *Листы самоконтроля АД и ЧСС*. Больному артериальной гипертонией целесообразно вести дневник контроля АД. Ценны любые усилия со стороны больного. Хотя бы несколько дней (6-12 дней) необходимо следить за динамикой АД; измерять его несколько раз в день в определенные часы. Контролировать уровень АД необходимо через 4 часа, исключая ночное время.

Библиографический список

1. Ананьева О. В. Гипертония. Лучшие методы лечения / Ананьева О. В. - Вектор - М., 2016. - 128 с.
2. Артериальная гипертензия. / под ред. В. Зидека; пер. с нем. под ред. Д. А. Аничкова . - М.: ГЭОТАР-Медиа , 2019 . - 206 с.
3. Аверьянов, А. Гипертония. Диагностика, профилактика и методы лечения / А. Аверьянов, Е. Романова, О. Чапова. - М.: Центрполиграф, 2019. - 191 с.
4. Беркинбаев С.Ф. Гипертоническая болезнь: этиология, патогенез, классификация, клиническое течение, диагностика и лечение/ Беркинбаев С.Ф. – М.: Актобе, 2016.
5. Болотовский, Г. В. Гипертоническая болезнь / Г.В. Болотовский, О.А. Мутафьян. - М.: Омега, 2015. - 176 с.
6. Васильева, Л. П. Гипертоническая болезнь / Л.П. Васильева. - М.: ИГ "Весь", 2018. - 160 с.
7. Гальперин, Н.Е. Лечение артериальной гипертензии у беременных / Н.Е. Гальперин // Клиническая медицина. - 2017. - № 6. - С. 29 - 32.
8. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: учеб. пособие / под ред. И. А. Зборовской - Волгоград: Изд-во ВолГМУ , 2010 . – 72 с.

9. Емельянова И. А. Гипертония. Современный взгляд на лечение и профилактику: моногр. / ИГ "Весь" - М., 2018. - 128 с.

Драгомерецкая Алина Романовна
г. Уссурийск, КГБ ПОУ «Уссурийский Медицинский колледж»
34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс
Научный руководитель – преподаватель терапии - Заверюха В.В.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ, РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ

Актуальность исследования обусловлена тем, что сахарный диабет (СД) представляет собой одну из глобальных проблем современности, занимая 60–70% в структуре эндокринных заболеваний. СД является самой распространенной эндокринной патологией.

В настоящее время, по данным ВОЗ, в мире уже насчитывается более 371 миллионов больных, их количество неуклонно растет и к 2025 году достигнет 300 миллионов, так 2030 году сахарный диабет станет седьмой причиной смерти во всем мире.

Россия в этом плане не является исключением. Только за последние 15 лет общее количество больных СД увеличилось в 2 раза. По распространенности заболевания сахарный диабет занимает третье место после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и стойко держит первое место среди причин развития слепоты и почечной недостаточности.

Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современности, которая по распространенности и заболеваемости имеет все черты эпидемии, охватывающей большинство экономически развитых стран мира [1].

Причинами развития СД является генетический фактор, избыточное питание и ожирение. Факторами, способствующими развитию диабета, являются употребление в пищу высококалорийной пищи с большим количеством легко усвояемых углеводов, сладостей, алкоголя и дефицит растительной клетчатки, а также малоподвижный образ жизни, стрессовые состояния [4].

Объект исследования: не инфекционное заболевания человека.

Предмет исследования: сахарный диабет 2 типа.

Цель работы: изучить распространённость – сахарный диабет 2 типа в Приморским Крае, Российской Федерации и Дальнем Востоке.

Задачи исследования:

1) анализ литературы по данной теме;
2) изучить статистические материалы по теме;
3) составить графики, таблицы, диаграммы;
4) оценить частоту встречаемости сахарного диабета 2 типа среди населения Российской Федерации, ДФО, Приморского края;
5) изучить патогенез, причины и факторы, влияющие на развитие сахарного диабета 2 типа;
6) рассмотреть классификацию, проявления, диагностику и принципы лечения сахарного диабета 2 типа;
7) проанализировать знания населения о заболевании - сахарный диабет 2 типа и его профилактике;
8) сделать выводы с обоснованием в соответствии с поставленной целью.

Сахарный диабет – это группа метаболических и обменных заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих факторов.

СД 2 типа возникает вследствие снижения чувствительности периферических тканей к инсулину в сочетании с секреторной дисфункцией бета-клеток поджелудочной железы [2].

Рассмотрим основные факторы риска развития сахарного диабета 2 типа (рисунок 1).



Рисунок 1 – Факторы риска развития сахарного диабета 2 типа

Заболевания сопровождаются рядом характерных симптомов: жажда и сухость во рту, полиурия, зуд кожи, общая и мышечная слабость, ожирение, плохая заживляемость ран.

Жажда - физиологическоеощущение, относящееся к разряду общих чувств и служащее сигналом того, что организм нуждается в воде.

Полиурия – патология, характеризующаяся значительным увеличением количества выделяемой из организма мочи.

Зуд кожи – это особо неприятное субъективное ощущение, возникающее в результате стимуляции кожи и слизистых оболочек каким-либо раздражителем и вызывающее рефлекс расчесывания, трения.

Мышечная слабость – одна из наиболее частых причин, по которой пациент обращается за медицинской помощью. Мышечная слабость представляет собой снижение мышечной силы, однако многие пациенты говорят о мышечной слабости, имея в виду общее утомление или затруднение движений в связи с другими причинами (например, из-за боли в суставе или ограничения движений в нем) при сохранной мышечной силе.

Ожирение - результат формирования чрезмерных жировых отложений, которые наносят вред здоровью. У взрослых людей ожирению соответствует индекс массы тела (ИМТ), больший или равный 30. Помимо ожирения, специалисты отдельно выделяют

избыточный вес как результат формирования аномальных жировых отложений с ИМТ≥25 (у взрослых).

Развитие сахарного диабета второго типа может сопровождаться развитием хронических и острых осложнений. Самые опасные из осложнений могут привести к летальному исходу - гипергликемическая компа, гипогликемическая кома, молочнокислая кома. Хронические осложнения развиваются постепенно, и включают в себя диабетические микроангиопатии и макроангиопатии - проявляются тромбозами, атеросклерозом сосудов. Часто заметны нарушения работы внутренних органов, суставные боли и расстройства психической сферы (депрессии, эмоциональная неустойчивость) [6].

Диагностика начинается с опроса пациента о его самочувствии, выявляются симптомы заболевания, анализируются имеющиеся факторы риска. Существует несколько специфичных тестов на выявление сахарного диабета 2-ого типа:

1) глюкоза натощак. Уровень глюкозы выше 7 ммоль/л является критерием болезни;
2) тест на глюкозу;
3) гликированный гемоглобин. Анализ позволяет оценить среднее значение концентрации глюкозы в организме за последние 3 месяца.

В эндокринологии используется системный подход к терапии. На начальных стадиях болезни наибольшее внимание уделяют консультациям и изменению образа жизни пациента (попытки контролировать сахар). Если подобное лечение не помогает, то принимается решение о применении медикаментозного лечения [5, 8].

Согласно данным Росстата о заболеваемости СД 2 типа на 100 000 среди населения РФ ДВФО за период с 2016 по 2019 год. Далее в диаграмме будет представлена общая заболеваемость СД 2 типа, где отмечается устойчивая тенденция к повышению роста заболеваемости [3].

Таблица 1 – Общая заболеваемость населения СД 2 типа РФ и ее регионов

Регионы	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
РФ	2622,9	2770,9	2890,3	2971,5
ПК	1861,3	1959,8	1966,7	1968
ДВФО	2290,1	2421,9	2555,2	2615,9

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 2).

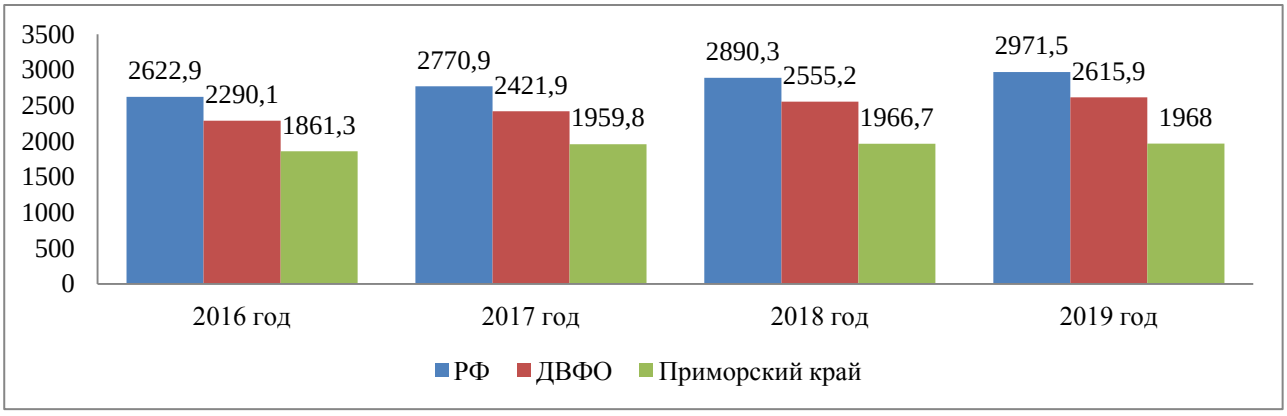


Рисунок 2 - Общая заболеваемость населения СД 2 типа РФ и ее регионов

По данным диаграммам можно сделать вывод, что общая заболеваемость населения сахарным диабетом 2 типа в Российской Федерации, Приморском крае и Дальнем Востоке за 4 года возросла, это связано с тем, что на Дальнем Востоке люди более подвержены факторам риска в развитии сахарного диабета 2 типа.

Также мы можем отметить, что первичная заболеваемость в Российской Федерации растет, а по Дальневосточному федеральному округу и Приморскому краю наблюдается ее снижение. Далее в таблице будет представлена первичная заболеваемость сахарным диабетом 2 типа.

Таблица 2 – первичная заболеваемость СД 2 типа в РФ и ее регионов.

Регионы	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
РФ	216,9	222	212,6	227
ПК	102,3	85,7	89,1	76,8
ДВФО	178,9	157,4	162,2	159,3

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 3).

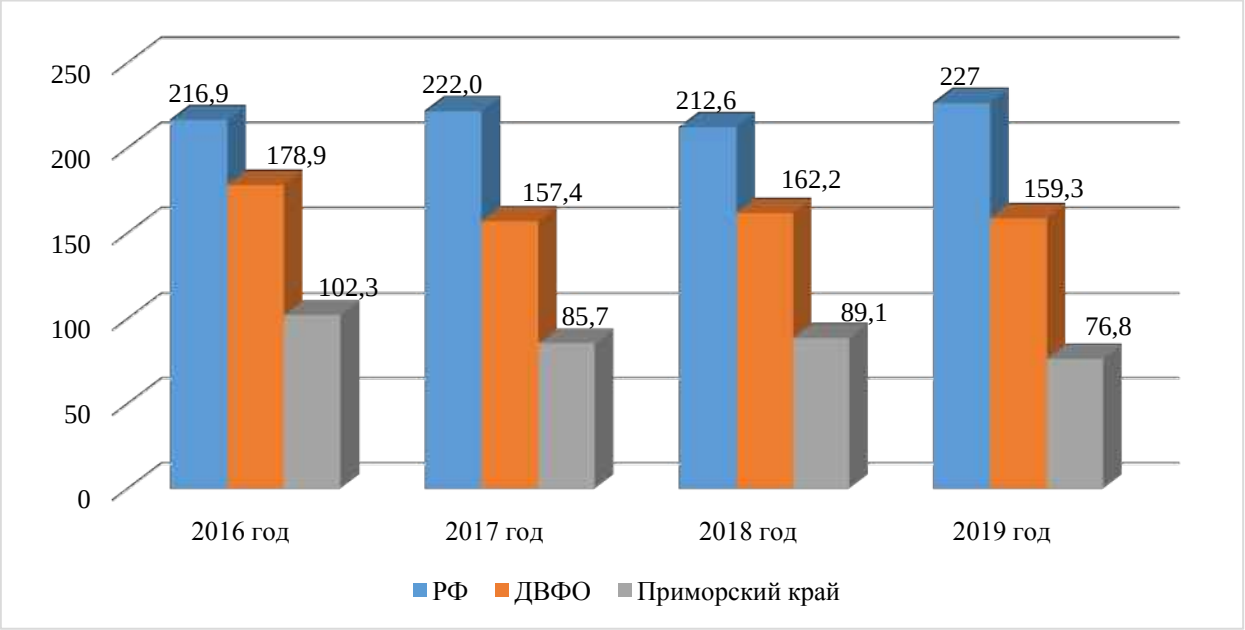


Рисунок 3 - Первичная заболеваемость СД 2 типа в РФ и ее регионов

На данной диаграмме мы наблюдаем, что первичная заболеваемость сахарным диабетом 2 типа в Российской Федерации и ее регионах, а именно в Приморском крае и Дальневосточном федеральном округе снизилась, это связано с тем, что на диаграмме рассматривается первичные зарегистрированные случаи, а не общие случаи заболевания.

Для определения уровня информированности населения города Уссурийска о заболевании «сахарный диабет», его осложнениях и профилактике было проведено социологическое исследование. В анкетировании приняли участие 30 респондентов различного возраста и пола.

В ходе опроса выявлено, что большинство опрашиваемых частично осведомлены о группах риска развития сахарного диабета. 90% респондентов считают, что ранняя постановка диагноза «сахарный диабет» бесспорно важна, так как она может вовремя предотвратить развитие осложнений заболевания.

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 4).

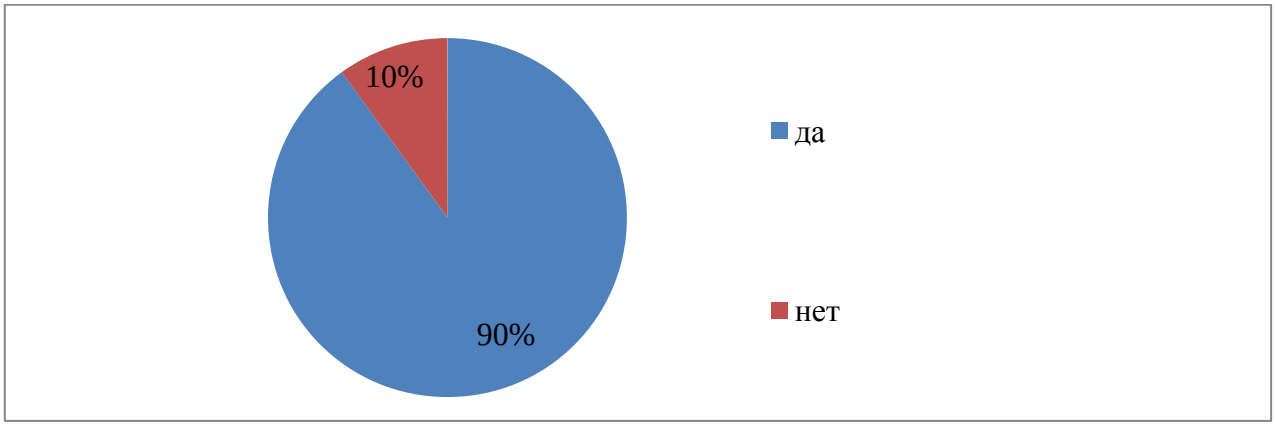


Рисунок 4 - Информированность респондентов о предотвращении осложнений СД при помощи ранней диагностики

Опрос показал, что 75% анкетируемых располагают информацией о предотвращении осложнений СД при помощи ранней диагностики.

К сожалению, все ещё остаются люди, которые не знают важность профилактики данного заболевания.75% анкетируемых не имеют представления о поражающихся органах при сахарном диабете.

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 5)

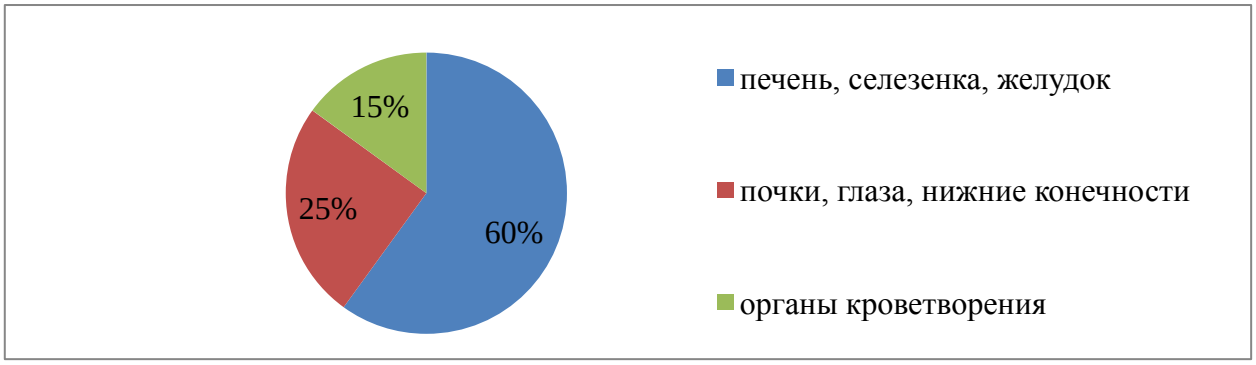


Рисунок 5 - Информированность респондентов об «органах-мишенях»

По данным диаграммы мы можем наблюдать, что только 25% респондентов имеют представление об органах мишенях. Именно поэтому перед медицинскими работниками стоит задача в проведении санитарно-просветительной работе.

В ходе исследования было выявлено, что только 20% анкетируемых хорошо известно о группах риска развития сахарного диабета 2 типа, а 10 % неизвестно вообще.

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 6).

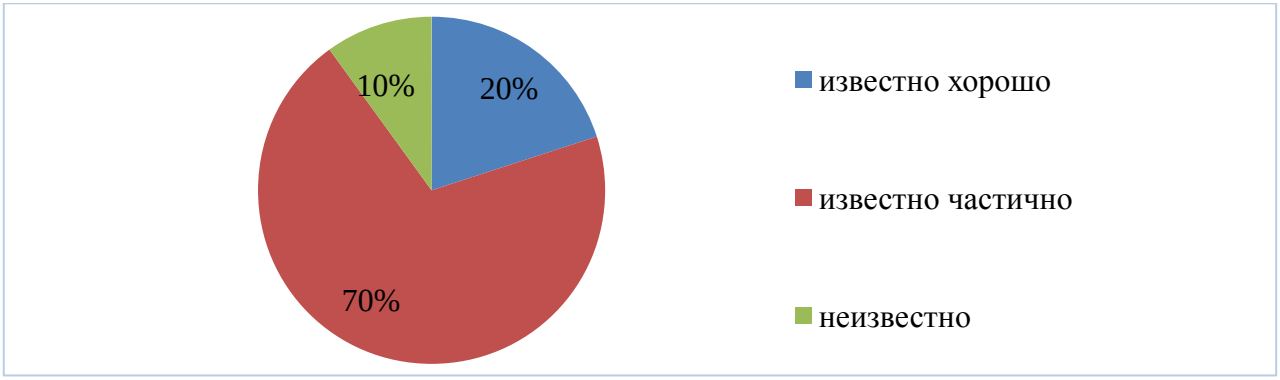


Рисунок 6 - Информированность респондентов о группах риска развития СД

Анализ опроса показал, что10% анкетируемых не имеют представления о признаках развития сахарного диабета. Это может грозить тем, что сахарный диабет не будет диагностирован вовремя. Также далеко не все респонденты информированы о причинах возникновения сахарного диабета.

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 7).

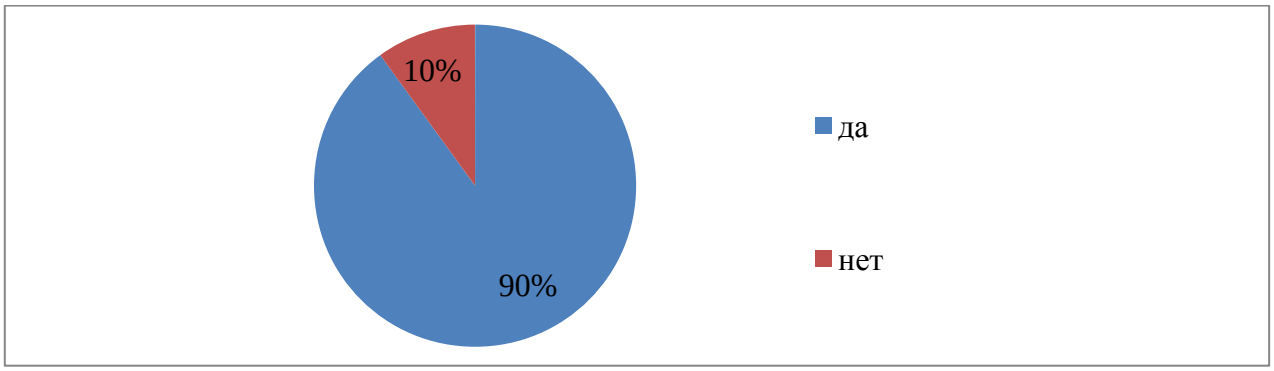


Рисунок 7 - Информированность респондентов о клинических симптомах сахарного диабета

Анкетируемым было предоставлено выбрать какие, по их мнению, причины вызывают СД. 100% считают, что причина СД заключается в неправильном питании, 95% также указали причиной наследственность и только 15% знают, что в развитии СД также имеют значение микроорганизмы.

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 8).

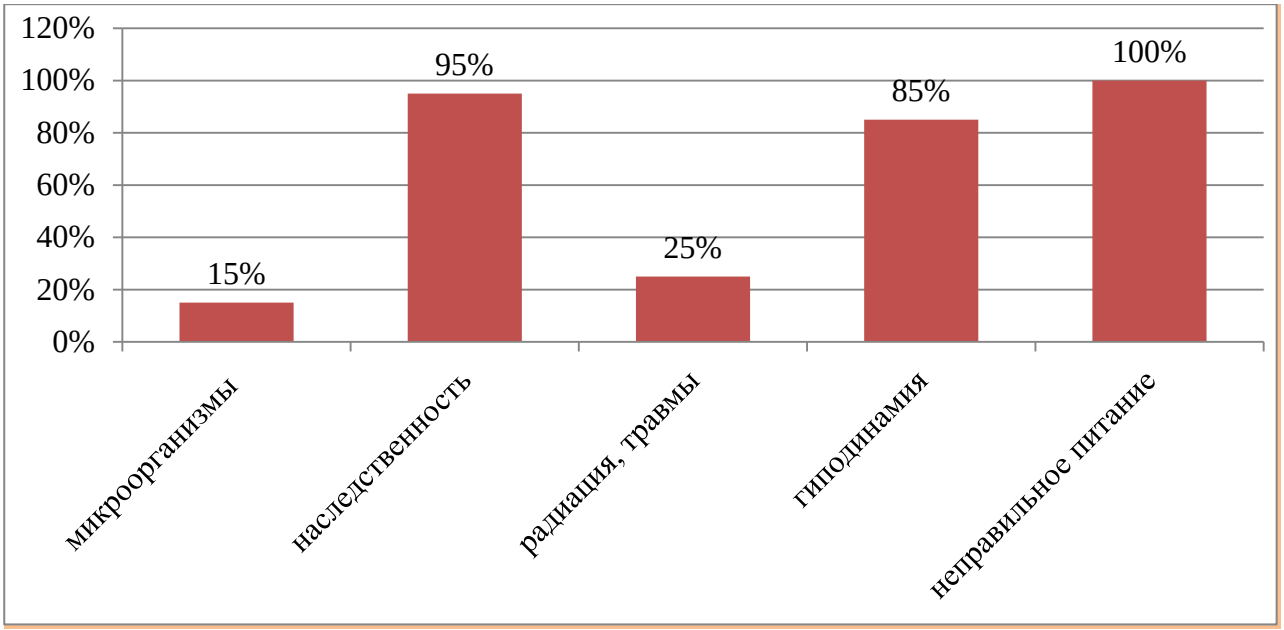


Рисунок 8 - Информированность населения о причинах возникновения сахарного диабета

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что 100% считают, что причина СД заключается в неправильном питании, 95% также указали причиной наследственность и только 15% знают, что в развитии СД также имеют значение микроорганизмы.

Также нами был проведён опрос среди граждан, об их информированности о необходимости физической нагрузки и важности самоконтроля гликемии.

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 9).

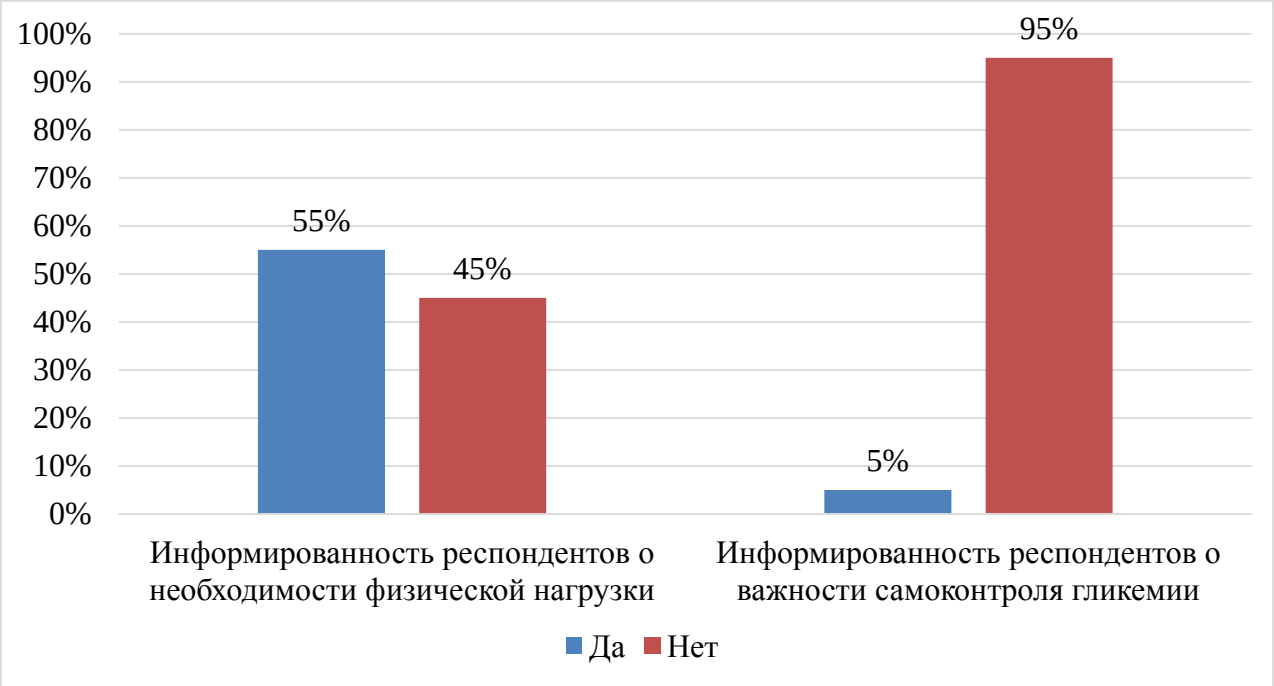


Рисунок 9 – Информированность респондентов о важности самоконтроля гликемии и необходимости физической нагрузки.

Анализ показал, что 45% анкетируемых считают, что физическая нагрузка усугубляет состояние больного и спровоцирует развитие осложнений. Практически все анкетируемые понимают значимость контроля уровня глюкозы в крови.

Также был проведен опрос, о грамотности граждан в вопросах осложнений сахарного диабета.

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 10).

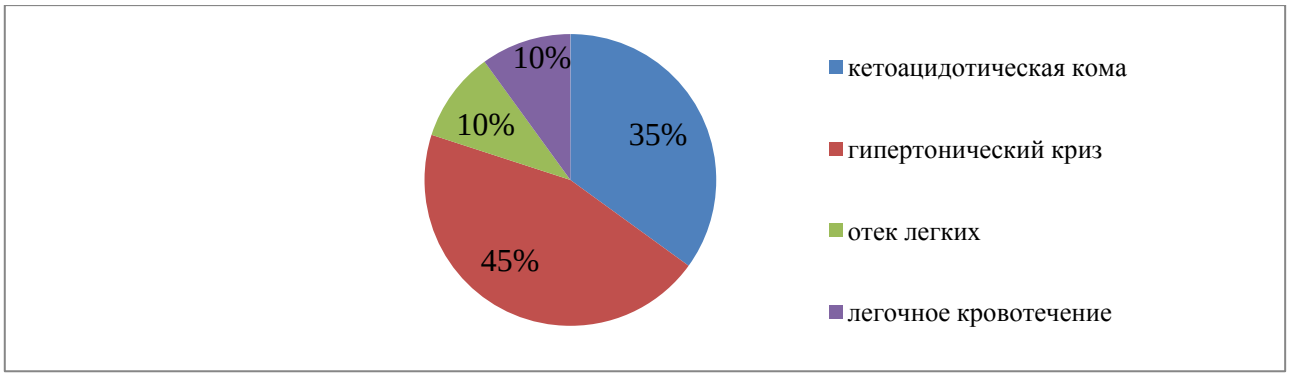


Рисунок 10 - Информированность респондентов об осложнениях сахарного диабета

Таким образом, из диаграммы видно, что уровень грамотности граждан в вопросах осложнений сахарного диабета остается на низком уровне.

Мы провели опрос об информированности респондентов о важности отказа от вредных привычек, контроля за состоянием глаз и медицинских буклетов для респондентов.

Представим данные в виде диаграммы (рисунок 11).

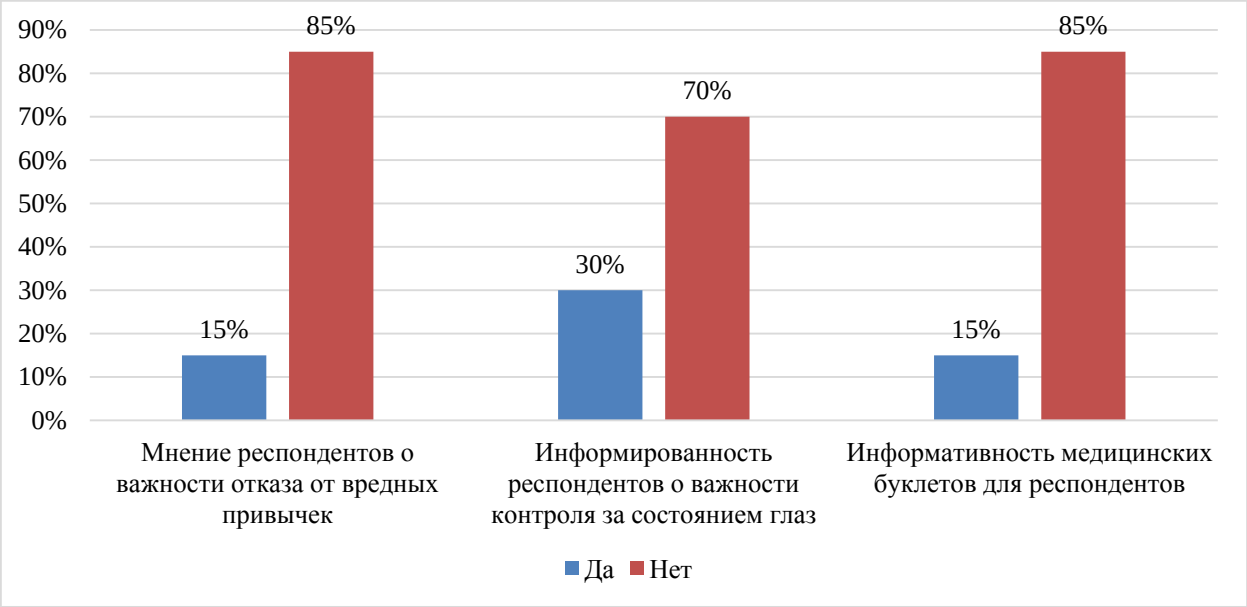


Рисунок 11 - Информированности респондентов о важности отказа от вредных привычек, контроля за состоянием глаз и медицинских буклетов для респондентов

К сожалению, часть респондентов указали, что курение и алкоголь не влияют на развитие СД и его осложнений, в чем глубоко заблуждаются. Большинство анкетируемых считают важным контроль за состоянием глаз при сахарном диабете. Для большинства анкетируемых медицинские памятки являются полезными, ведь с помощью них гражданин узнает о заболевании СД, его признаках, способах диагностики и лечения, а также о последствиях патологии и их профилактике.

Нами были разработаны предложения по улучшению качества медицинской сестринской помощи населению по вопросам сахарного диабета и его осложнений (рисунок 12).

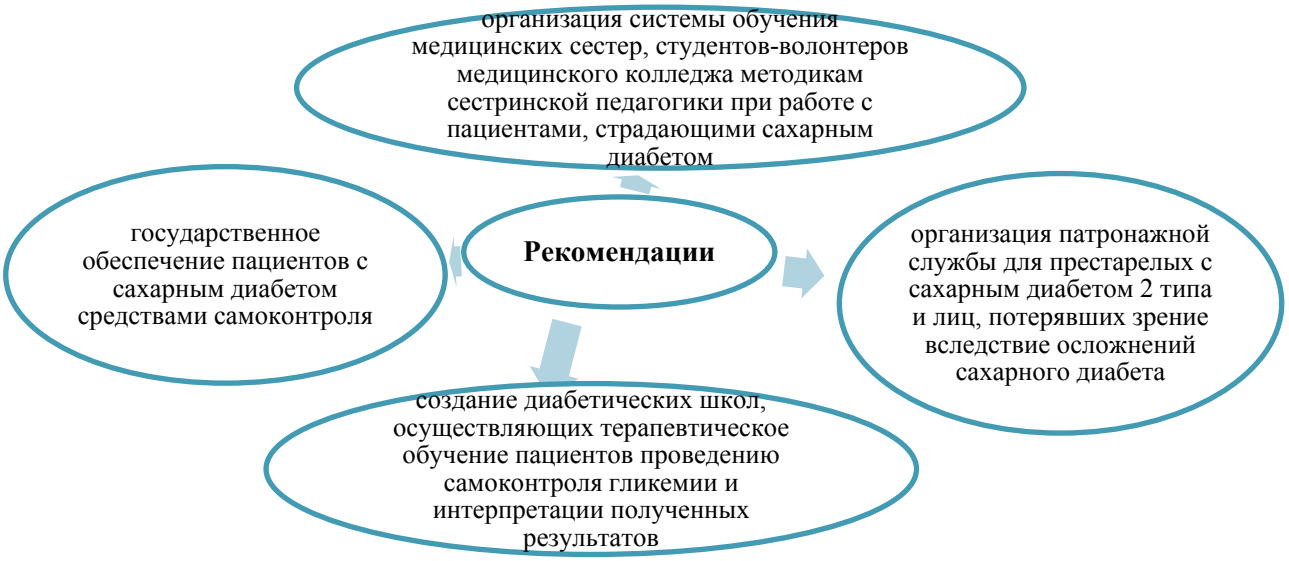


Рисунок 12 - Предложения по улучшению качества медицинской сестринской помощи

Таким образом, сахарный диабет 2-го типа, инсулинорезистентный сахарный диабет - это хроническое заболевание, при котором организм не может эффективно использовать инсулин. Наиболее частый симптом сахарного диабета — гипергликемия. Сахарный диабет 2-го типа возникает у людей с предрасположенностью к нему при сочетании нескольких условий, наиболее частым фактором риска является ожирение или повышенный индекс

массы тела, а также артериальная гипертония и дислипидемия. Диагностика сахарного диабета второго типа затруднена тем, что его симптомы часто слабо выражены.

Результаты исследования информированности населения о сахарном диабете и его предупреждению показали удовлетворительный уровень знаний граждан города. Качественная санитарно-просветительская работа в поликлиниках, в средствах массовой информации, на улицах города позволит повысить знания людей и профилактировать развитие непосредственно сахарного диабета и его осложнений.

Будьте здоровы, берегите себя и своих близких!

Библиографический список

1. Всемирная организация здравоохранения: глобальный доклад по диабету (изм. от 2018). – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle

2. Аметов А.С. Сахарный диабет второго типа. Пути решения проблемы. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2016. – 94 с.

3. Баженов С.А. Качество жизни населения. – М.: ЭКОС, 2016. – 178 с.

4. Дедов И.И. Эндокринология. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2015. – 99 с.

5. Каменская Г.В., Степина В.С. Качество жизни. Новая философская энциклопедия. – М.: Мысль, 2016. – 634 с.

6. Князев Ю.А., Никберг И.И. Сахарный диабет. – М.: Медицина, 2016. – 144 с.

7. Лаптёнок Л.В. Пособие для больного сахарным диабетом. – М.: Беларусь, 2016. – 117 с.

8. Мкртумян А.М., Нелаева А.А. Неотложная эндокринология. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. –128 с.

9. Новик А.А., Ионова Т.И., Шевченко Ю.Л. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2017. – 320 с.

Крупянко Александра Геннадьевна
г. Уссурийск, КГБ ПОУ «Уссурийский Медицинский колледж»
34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс
Научный руководитель – преподаватель терапии - Заверюха В.В.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Данная работа посвящена теме, которая остается актуальной в медицине в течение многих десятилетий. Это тема атеросклероза - заболевания, продолжающего уносить миллионы жизней на разных континентах.

В последнее время атеросклероз все чаще и чаще называют неинфекционной эпидемией двадцать первого века.

Объект исследования - профессиональная деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования - роль медицинской сестры в выявлении факторов риска и профилактике атеросклероза и его осложнений.

Цель исследования - изучение заболевания – атеросклероз, обзор деятельности сестринского персонала в выявлении факторов риска и профилактике атеросклероза и его осложнений.

Задачи исследования:

1) изучить заболевание – атеросклероз и его осложнения;
2) изучить деятельность медицинской сестры в выявлении факторов риска атеросклероза и проведении профилактических мероприятий;
3) провести сбор и анализ статистических данных о заболеваемости атеросклерозом;
4) провести анкетирование пациентов.

Атеросклероз - это хроническое заболевание артерий, возникающее вследствие нарушения липидного обмена и сопровождающееся отложением холестерина в интиме сосудов в виде атероматозных бляшек. Впоследствии происходит деформация и сужение просвета сосуда вплоть до облитерации.

В развитии и прогрессировании атеросклероза играют роль *факторы риска* (рисунок 1)

гиперхолестеринемия
артериальная гипертония
гиподинамия
нерациональное питание
избыточная масса тела (ожирение)
курение, употребление алкоголя
эндокринные заболевания (сахарный диабет)
состояние сосудистой стенки (инфекции)
наследственные факторы
психоэмоциональное перенапряжение (стрессы)
возраст и мужской пол

Рисунок 1- Факторы риска развития атеросклероза

Клинические проявления атеросклероза зависят от того, какие артерии преимущественно поражены.

Выделяют органы-мишени, которые подвержены воздействию атеросклероза:

1) артерии головного мозга;
2) аорта;
3) коронарные артерии;
4) почечные артерии;
5) мезентериальные артерии;
6) артерии нижних конечностей.

Диагностика заболеваний, связанных с атеросклерозом, включает:

1) опрос и выяснение симптомов болезни;
2) общий осмотр;
3) определение концентрации холестерина в крови;
4) доплерография сосудов.

Немедикаментозное лечение включает в себя соблюдение рационального питания, коррекцию дислипидемии и снижение массы тела. Необходимо отказаться от курения, алкоголя и стрессов.

Медикаментозное терапия включает лечебные физические нагрузки, назначение гиполипидемических препаратов.

При неправильном образе жизни, многочисленных факторах риска, отсутствии коррекции нарушенного обмена веществ и обмена липидов, осложнения могут развиться при любой локализации атеросклеротического поражения.

К осложнениям атеросклероза такие проявления, как:

- инфаркт миокарда;
- кардиосклероз;
- аневризма аорты;
- гематома аорты;
- слабоумие;
- ишемия и инфаркт мозга;
- тромбоз почечной артерии;
- ишемия почек;
- трофические язвы;
- гангрена;
- трофические нарушения.

Роль медицинской сестры в выявлении факторов риска развития атеросклероза:

- тщательный опрос, сбор субъективных и объективных данных;
- выявление средовых, метаболических и генетических факторов риска;
- осмотр пациента, измерение антропометрических показателей, оценка лабораторных и инструментальных анализов;
- проведение профилактических бесед с больным и его родственниками;
- организация «Школ здоровья»;
- создание листовок, буклетов, плакатов, на которых будет отражена информация по факторам риска развития атеросклероза и его осложнений;
- помимо непосредственного участия в диспансерных осмотрах, медицинские сестры должна призывать людей проходить данные мероприятия для поддержания, укрепления и улучшения своего здоровья.

Роль медицинской сестры в профилактике атеросклероза и его осложнений представляет особую ценность. Ей необходимо помочь пациенту устранить все факторы риска: нормализовать физическую активность, помогать в лечении артериальной гипертензии и ожирения, объяснить важность отказа от вредных привычек и исключения эмоциональных перегрузок.

Смертность от атеросклероза в последние годы стремительно снижается. Однако если выделить те причины смерти, которые требуют хирургического лечения, то их доля в стандартно анализируемой смертности от атеросклероза растет столь же стремительными темпами.

Рассмотрим возрастное распределение случаев смерти российских мужчин и женщин от атеросклероза артерий конечностей и аневризмы брюшной аорты за 2018 год в таблице 1.

Таблица 1 - Возрастное распределение случаев смерти российских мужчин и женщин от атеросклероза артерий конечностей и аневризмы брюшной аорты, 2018 год

Возрастные группы (лет)	Число случаев		%	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Атеросклероз артерий конечностей				
29–39	1	3	0,03	0,1
40–49	31	15	1,0	0,5
50–59	343	86	11,0	2,8
60–69	937	301	30,1	9,7
70–79	1142	874	36,6	28,2
80 и старше	663	1820	21,3	58,7
Итого	3117	3099	100	100
Аневризма брюшной аорты				
29–39	10	0	0,5	0
40–49	25	4	1,2	0,5
50–59	195	29	9,4	3,9
60–69	619	69	29,9	9,3
70–79	789	245	38,1	33,0
80 и старше	432	395	20,9	53,2
Итого	2070	742	100	100

По официальной статистике, полученной мной в ходе прохождения производственной преддипломной практики в медицинской организации города Уссурийска, за период с 2012–2018 годы в Уссурийском городском округе от атеросклероза погибло около восьмисот человек.

Однако многолетняя динамика не позволяет проводить адекватный статистический анализ со сравнением территорий и возрастов, так как многие граждане до конца не осведомлены о состоянии своего здоровья, имеют недостаточные знания о данном заболевании и не обращаются в медицинские организации за специализированной помощью.

Глобальной проблемой является пренебрежение гражданами прохождения диспансерных осмотров, позволяющих выявить факторы риска возникновения атеросклероза, его ранних диагностических и клинических проявлений и предотвратить заболевание и его осложнения.

Таким образом, изучая статистические данные о смертности населения Уссурийского городского округа от атеросклероза, можно сделать вывод, что данное заболевание с каждым годом имеет тенденцию к неуклонному росту и распространению, что связано с недостаточной просвещенностью населения о патологии медицинскими учреждениями. Распределение погибших от атеросклероза в Уссурийском городском округе по возрастному составу дает нам определить данное заболевание как причину смертности преимущественно пожилого населения

Во время прохождения производственной практики была создана анкета для населения города Уссурийска. Анкета состоит из 8 контрольных вопросов, которые помогают составить общую картину образа жизни населения и факторов риска, способных повлиять на развитие атеросклероза.

Было проведено анкетирование группы пациентов, 10 респондентов являлись

мужчинами и 10 - женщинами. Возрастной состав опрашиваемых мы можем рассмотреть на круговой диаграмме (рисунок 2).

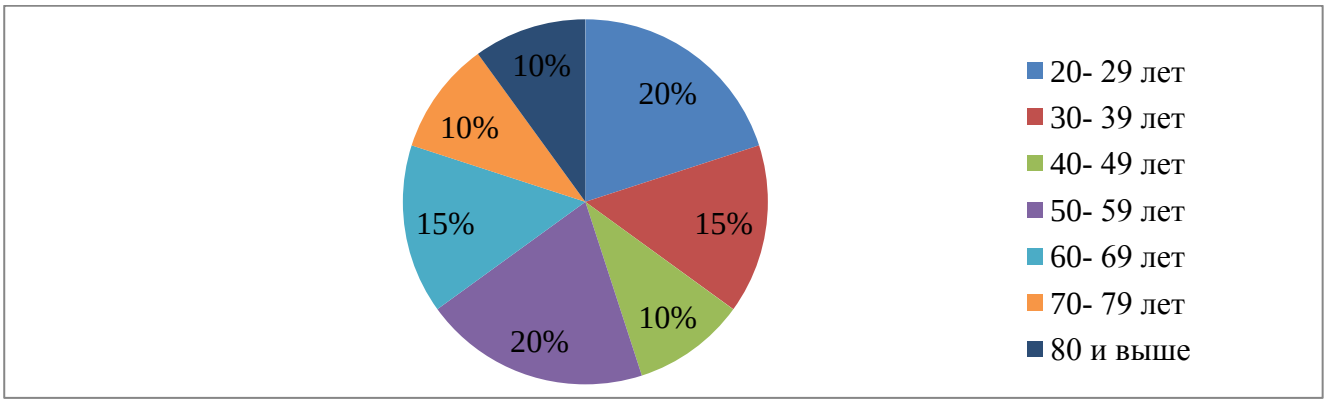


Рисунок 2 - Возрастной состав опрашиваемых

Согласно данной диаграмме возраст участников, распределился следующим образом: 4 респондента в возрасте от 20 до 29 лет, 3 респондента 30–39 лет, 2 респондента 40–49 лет, 4 респондента 50–59 лет, 3 респондента 60–69 лет, 2 респондента 70–79 лет и двое опрашиваемых 80 лет и старше

Рассмотрим анализ факторов риска развития атеросклероза. Примерные значения представлены на данной диаграмме (рисунок 3).

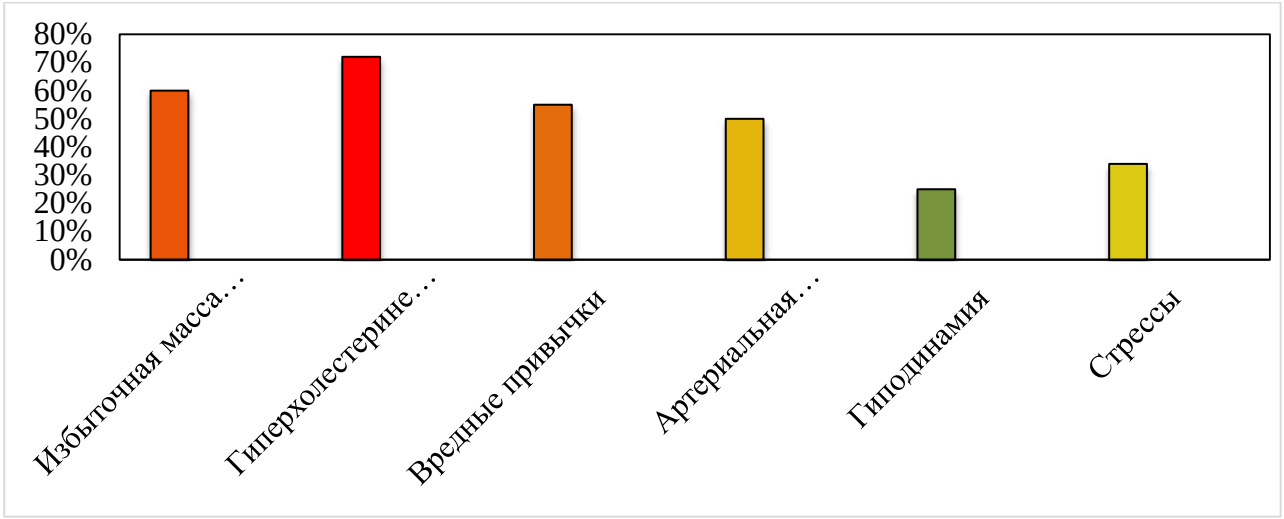


Рисунок 3 – Факторы риска развития атеросклероза

Исходя из данной диаграммы, можно сделать вывод, что гиперхолестеринемия является ведущим фактором в развитии атеросклероза.

Таким образом, мы можем сделать вывод о неблагополучном состоянии здоровья граждан нашего города. Такие неутешительные данные мы получаем из-за недостаточной осведомленности населения о своем здоровье, о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, о заболевании атеросклероз сосудов и о мерах предотвращения его возникновения и развития. Медицинские организации города Уссурийска должны улучшить санитарно-гигиеническое просвещение людей, должны создаваться школы здоровья для людей, имеющих факторы риска развития атеросклероза и людей уже имеющих данное заболевание.

Деятельность медицинской сестры в выявлении, ликвидации и профилактике атеросклероза и его осложнений представляет особую ценность. Именно медицинская сестра, как никто другой, находится с пациентом в тесном контакте на протяжении всего нахождения его в стационаре. Наблюдая за состоянием пациента, она может вовремя выявить отклонения в его самочувствии и вовремя их устранить.

А население, в свою очередь, должно внимательнее относиться к своему здоровью и не пренебрегать посещением лечебно-профилактических учреждений, ведь забота о своем здоровье - обязанность каждого гражданина.

Сегодня без сомнений можно сказать, что атеросклероз - процесс, лежащий в основе большинства заболеваний системы кровообращения, смертность от которых уже давно занимает первое место в мире.

Общими силами медицинские работники должны просвещать население о нужности и важности ведения здорового образа жизни, о возможности развития страшных заболеваний системы кровообращения, осложнений атеросклероза и способах их предотвращения.

Библиографический список

1. Бабаян С.Р. Профессиональный уход за пациентом. Младшая медицинская сестра. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 98 с.

2. Барановский В.А. Справочник медицинской сестры. – М.: Медицина, 2017. – 123 с.

3. Двойникова С.И. Проведение профилактических мероприятий. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 157 с.

4. Калмыкова А.С. Основы сестринского дела: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 111 с.

5. Касимовская Н.А. Основы сестринской деятельности. – М.: МИА, 2020. – 152 с.

6. Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение. – М.: Феникс, 2016. – 135 с.

7. Кочнева С.А. Новейший справочник медицинской сестры. – М.: Славянский Дом Книги, 2019. – 154 с.

8. Новик А.А., Ионова Т.И., Шевченкуо Ю.Л. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2017. – 113 с.

9. Обуховец Т.П. Сестринское дело и сестринский уход: руководство для медицинских сестер. – М.: Феникс, 2017. – 172 с.

10. Отвагина Т.В. Терапия (оказание медицинских услуг в терапии). – М.: Мысль, 2016. – 118 с.

11. Панфилова Е.С. Новейший справочник медицинской сестры. – М.: Славянский Дом, 2019. – 109 с.

12. Смолева Э.В. Сестринский дело в терапии. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2017. – 130 с.

13. Стоунхэм М. Медицинские манипуляции. Мультимедийный подход. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 96 с.

14. Уссурийская городская больница [Электронный ресурс]: спец. портал системы здравоохранения /ГосНИИинформ. здравоохранения. – Режим доступа: http://www.cgb-ussuriisk.ru/about/kgbuz.php/

Крым Алена Сергеевна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель общепрофессиональных дисциплин
Болтовская Е.В.

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

В настоящее время с ускорением темпов жизни все больше людей испытывает на себе эмоциональные перегрузки и страдает от синдрома хронической усталости. Особую психоэмоциональную нагрузку испытывают специалисты, находящиеся в тесном контакте при работе с людьми. Перечисляя представителей таких профессий, прежде всего, хочется отметить медицинских работников и тех, чья профессиональная деятельность связана с профессиональным типом «человек-человек». Именно эта категория людей больше подвержена риску психоэмоционального перенапряжения и переживанию стрессовых ситуаций.

На первое место из указанных расстройств можно поставить синдром эмоционального выгорания, который сказывается негативными последствиями на выполнении своей работы. Профессиональная деятельность медицинских работников предполагает эмоциональную насыщенность, высокую степень факторов, вызывающих стрессовое состояние и психофизическое истощение. Возникновение стрессовых ситуаций на работе – это отнюдь не редкое явление, а обычное и часто возникающее.

Проведя анализ литературы по данной проблематике, можно сделать вывод, что, несмотря на выраженность выгорания среди представителей профессии «человек-человек», сам вопрос относительно конкретных причин возникновения синдрома эмоционального выгорания изучен недостаточно. Что же касается профилактических мер, которые направлены на минимизации данного синдрома, то в этом аспекте следует подчеркнуть еще меньшую степень исследования проблемы.

Традиционно и в общественном сознании, и в научной литературе акцент делается, прежде всего, на позитивных аспектах работы с людьми (врачей, педагогов, социальных работников и т. д.). Вместе с тем совершенно очевидно, что именно работа с людьми в силу предъявляемых ею высоких требований, особой ответственности и эмоциональных нагрузок потенциально содержит в себе опасность тяжелых переживаний, связанных с рабочими ситуациями, и вероятность возникновения профессионального стресса.

Впервые на эту проблему обратили внимание американские специалисты в связи с созданием и массовым распространением социальных служб, работники которых, имеющие профессиональное образование или получившие специальную подготовку в области психологии или социологии, по долгу службы вступали в постоянные контакты с посетителями, приходившими к ним со своими разнообразными и, как правило, довольно тяжелыми проблемами. Часто их единственной обязанностью в подобных случаях было

оказание психологической поддержки - выслушать, поддержать, если возможно, что-то посоветовать.

Несмотря на специальную подготовку и подбор персонала, руководство служб через некоторое время их работы нередко сталкивалось с фактами неудовлетворительной работы сотрудников, прежде всего с жалобами посетителей на их невнимание, равнодушие и даже грубость.

Проведенные исследования привели к обнаружению своеобразного профессионального стресса - «стресса общения», который в сочетании с другими профессиональными стрессами, приводит к возникновению так называемого феномена «эмоционального выгорания».

Е. Махер в 1983 году обобщила перечень симптомов сгорания:

- усталость, утомление, истощение;
- психосоматические недомогания;
- бессонница;
- негативное отношение к пациенту;
- негативное отношение к самой работе;
- злоупотребление химическими агентами: кофе, табаком, алкоголем, наркотиками;
- отсутствие аппетита или переедание;
- переживание чувства вины;

Рассмотрим в качестве примера классификацию В.В. Бойко, который выделяет ряд внешних и внутренних факторов предпосылок, провоцирующих эмоциональное выгорание. Группа организационных (внешних) факторов, куда включаются условия материальной среды, содержание работы и социально-психологические условия деятельности, является наиболее представительной в области исследований выгорания. Не случайно в некоторых работах подчеркивается доминирующая роль этих факторов в возникновении выгорания.

Рассмотрим их:

1) хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность: такая деятельность связана с интенсивным общением, точнее, с целенаправленным восприятием партнеров и воздействием на них. Профессионалу, работающему с людьми, приходиться постоянно подкреплять эмоциями разные аспекты общения: активно ставить и решать проблемы, внимательно воспринимать, усиленно запоминать и быстро интерпретировать визуальную, звуковую и письменную информацию, быстро взвешивать альтернативы и принимать решения.

2) повышенная ответственность за исполняемые функции и операции: представители массовых профессий обычно работают в режиме внешнего и внутреннего контроля. Прежде всего, это касается медиков, педагогов, воспитателей и т.д. Процессуальное содержание их деятельности заключается в том, что постоянно надо входить и находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется совместная деятельность. Постоянно приходится принимать на себя энергетические разряды партнеров. На всех, кто работает с людьми и честно относится к своим обязанностям, лежит нравственная и юридическая ответственность за благополучие вверенных деловых партнеров - пациентов, учащихся, клиентов и т.д. Плата высока - нервное перенапряжение.

3) неблагополучная психологическая атмосфера профессиональной деятельности: таковая определяется двумя основными обстоятельствами - конфликтностью по вертикали, в системе «руководитель - подчиненный», и по горизонтали, в системе «коллега-коллега». Нервозная обстановка побуждает одних растрачивать эмоции, а других - искать способы экономии психических ресурсов. Рано или поздно осмотрительный человек с крепкими нервами будет склоняться к тактике эмоционального выгорания: держаться от всего и всех подальше, не принимать все близко к сердцу, беречь нервы.

В процессе профессиональной деятельности почти ежедневно попадается клиент или пациент, который «портит вам нервы». Невольно специалист начинает упреждать подобные случаи и прибегать к экономии эмоциональных ресурсов, убеждая себя при помощи формулы: «не следует обращать внимание…» В зависимости от статистики своих наблюдений, он добавляет, кого именно надо эмоционально игнорировать: невоспитанных, распущенных, неумных, капризных или безнравственных. Механизм психологической защиты найден, но эмоциональная отстраненность может быть использована неуместно, и тогда профессионал не включается в нужды и требования вполне нормального партнера по деловому общению. На этой почве возникают недоразумение и конфликт - эмоциональное выгорание проявилось своей дисфункциональной стороной.

К внутренним факторам, обуславливающим эмоциональное выгорание, в своей статье «Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других» В.В. Бойко относит следующие факторы

1) склонность к эмоциональной ригидности: естественно, эмоциональное выгорание как средство психологической защиты возникает быстрее у тех, кто менее реактивен и восприимчив, более эмоционально сдержан. Например, формирование симптомов «выгорания» будет проходить медленнее у людей импульсивных, обладающих подвижными нервными процессами. Повышенная впечатлительность и чувствительность могут полностью блокировать рассматриваемый механизм психологической защиты и не позволяет ему развиваться. Жизнь многократно подтверждает сказанное. Нередко случается так, что проработав «в людях» до пенсии, человек, тем не менее, не утратил отзывчивость, эмоциональную вовлеченность, способность к соучастию и сопереживанию.

2) интенсивная интериоризация (восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности) - данное психологическое явление возникает у людей с повышенной ответственностью за порученное дело, исполняемую роль. Часто встречаются случаи, когда по молодости, неопытности и, может быть, наивности, специалист, работающий с людьми, воспринимает все слишком эмоционально, отдается делу без остатка. Каждый стрессогенный случай из практики оставляет глубокий след в душе. Судьба, здоровье, благополучие субъекта деятельности вызывает интенсивное соучастие и сопереживание, мучительные раздумья в бессонницу. Профессор Т.В. Решетова называет это безграмотным сочувствием - полным растворением в другом, слабыми границами «Я».

Постепенно эмоционально-энергетические ресурсы истощаются, и возникает необходимость восстанавливать их или беречь, прибегая к тем или иным приемам психологической защиты. Так, некоторые специалисты через какое-то время меняют профиль работы и даже профессию.

3) слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности: здесь имеется два аспекта. Во-первых, профессионал в сфере общения не считает для себя

необходимым или почему-то не заинтересован проявлять соучастие и сопереживание субъекту своей деятельности. Соответствующее умонастроение стимулирует не только эмоциональное выгорание, но и его крайние формы - безразличие, равнодушие, душевную черствость. Во-вторых, человек не привык, не умеет поощрять себя за сопереживание и соучастие, проявляемые по отношению к субъектам профессиональной деятельности. Систему самооценок он поддерживает иными средствами - материальными или позиционными достижениями.

Альтруистическая эмоциональная отдача для такого человека ничего не значит, и он не нуждается в ней, не испытывает от нее удовлетворения. Естественно, «выгорать» ему просто и легко. Иное дело личность с альтруистическими ценностями. Для нее важно помогать и сочувствовать другим. Утрату эмоциональности в общении она переживает как показатель нравственных потерь, как утрату человечности;

4) нравственные дефекты и дезориентация личности: возможно, профессионал имел нравственный изъян еще до того, как стал работать с людьми, или приобрел в процессе деятельности. Нравственный дефект обусловлен неспособностью включать во взаимодействие с деловыми партнерами такие моральные категории, как совесть, добродетель, добропорядочность, честность, уважение прав и достоинств другой личности. Нравственная дезориентация вызывается иными причинами - неумением отличать доброе от плохого, благо от вреда, наносимого другой личности.

Однако как в случае нравственного дефекта, так и при наличии нравственной дезориентации, формирование эмоционального выгорания облегчается. Увеличивается вероятность безразличия к субъекту деятельности и апатии к исполняемым обязанностям. К этому перечню можно добавить факторы, выделенные Т.В. Решетовой - не эмоциональность или неумение общаться;

5) алекситимия во всех проявлениях (невозможность высказать словами свои ощущения), всегда связано с тревогой; трудоголизм, когда происходит камуфлирование какой-либо проблемы работой (трудоголик чаще всего прикрывает темпом свою профессиональную несостоятельность);

6) люди без ресурсов (социальные связи, родственные связи, любовь, профессиональная состоятельность, экономическая стабильность, цель, здоровье и т.д.).[3]

Исходя из всего вышесказанного, мы видим, что обычно «синдром сгорания» представляют как негативные изменения в состоянии и личности профессионала, то, что наносит вред человеку и его работе. К. Маслач считает, что «выгорание» не является неизбежным. Скорее должны быть предприняты профилактические шаги, которые могут предотвратить, ослабить или исключить его возникновение. Она подчеркивает, что многие из причин эмоционального выгорания содержатся не только в личностных особенностях людей, но и так же в определенных социальных и ситуативных факторах.

- упадническое настроение и связанные с ним эмоции: цинизм, пессимизм, апатия, депрессия;
- агрессивные чувства или раздражительность, напряженность, тревожность, беспокойство, взволнованность.

Таким образом, определяя феномен эмоционального сгорания, можно отметить, что синдром эмоционального выгорания - это специфический вид профессиональной

деформации лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с клиентами и пациентами, при оказании профессиональной помощи.

Исследования последних лет позволили существенно расширить сферу распространения этой структуры, включив профессии, не связанные с социальной сферой, что привело к некоторой модификации понятия «выгорания» и его структуры. Психическое выгорание понимается как профессиональный кризис, связанный с работой в целом, а не только с межличностными взаимоотношениями в процессе ее. Такое понимание несколько видоизменило и его основные компоненты: эмоциональное истощение, цинизм, профессиональная эффективность. С этих позиций понятие деперсонализации имеет более широкое значение и означает отрицательное отношение не только к клиентам, но и к труду и его предмету в целом.

Профилактические мероприятия в отношении синдрома эмоционального выгорания в первую очередь должны направляться на снятие рабочего напряжения у сотрудников, повышение профессиональной мотивации, выравнивание баланса между затрачиваемыми усилиями и получаемым вознаграждением.

Наиболее эффективным периодом проведения первичной профилактики синдрома эмоционального выгорания является время обучения в медицинском учебном заведении.

В учебных учреждениях студентов необходимо готовить к тем реалиям, в условиях которых осуществляется деятельность медицинской сестры. Будущие специалисты должны получить всеобъемлющую информацию, касающуюся источников эмоционального стресса при работе с больными людьми и риска возникновения синдрома эмоционального выгорания. Заканчивая учебное заведение, медицинская сестра должна иметь базовые знания о профессиональных деформациях и их профилактике, а также первичные навыки самопомощи.

В медицинском учреждении помимо лекций, раскрывающих всё многообразие синдрома эмоционального выгорания, необходимо проведение психологического обследования, тренингов и групповых занятий.

Обучающие программы могут осуществляться в различной форме, иметь разную продолжительность и содержание. Они могут проводиться для группы специалистов из одной организации или из различных медицинских учреждений. В каждом конкретном случае в тематике должна учитываться профессиональная специфика слушателей.

Организационные мероприятия по первичной профилактике синдрома эмоционального выгорания в медицинском учреждении должны осуществляться на различных управленческих уровнях.

К основным направлениям работы по профилактике синдрома эмоционального выгорания на уровне главного врача медицинского учреждения относятся: организация информированности сотрудников о синдроме эмоционального выгорания и факторах риска; организация и проведение работы по выявлению признаков синдрома эмоционального выгорания у персонала; перевод с согласия сотрудника в пределах учреждения в другие подразделения (при необходимости); создание условий для профессионально-квалификационного роста персонала. Положительное значение могут иметь предоставление сотрудникам краткосрочного отпуска или отпуска по частям; повышение их социально-психологической компетентности. Не менее важным представляются осуществление гибкого и адекватного стиля руководства; организация слаженной и гибкой работы подразделений

учреждения; организация оказания помощи молодым специалистам в адаптации к своей деятельности; адекватный подбор руководителей подразделений; поощрение обучения сотрудников; организация конкурсов в учреждении, таких как, например, «Лучшая медсестра года».

Основные направления работы по профилактике синдрома эмоционального выгорания на уровне заведующего отделением: диагностика синдрома эмоционального выгорания у сотрудников отделения; диагностика социально-психологического климата в трудовом коллективе и его улучшение; проведение бесед после каждого травматического случая; организация слаженной работы отделения. Немаловажное значение имеют изменение графика работы или дежурств (при необходимости); наставничество молодых специалистов; изменение стиля ведения лечебного процесса; обучение сотрудников подходам к работе с учетом специфики контингента пациентов.

Основные направления работы по профилактике синдрома эмоционального выгорания на уровне старшей медсестры отделения: диагностика социально-психологического климата в коллективе среднего и младшего персонала и его улучшение; организация слаженной работы персонала отделения; изменение графика работы (при необходимости); наставничество молодых сотрудников.

Личностный уровень профилактики – это работа, направленная на снятие стрессовых состояний, возникающих в связи с напряженной деятельностью, формирование навыков саморегуляции, обучение техникам расслабления и контроля собственного физического и психического состояния, повышение стрессоустойчивости.

Приемы самопомощи:

- Определение краткосрочных и долгосрочных целей. Это повышает долгосрочную мотивацию. Достижение краткосрочных целей – успех, который повышает степень самовоспитания.
- Использование «тайм-аутов» – для обеспечения физического и психического благополучия стоит иногда отдыхать от работы и других нагрузок. Чтобы отойти от жизненных проблем, нужно уметь найти такое занятие, которое было бы увлекательным и приятным.
- Овладение умениями и навыками саморегуляции – релаксация, идеомоторные акты, определение жизненных целей.
- Профессиональное развитие и самосовершенствование. Обмен профессиональной информацией с представителями других служб. Сотрудничество дает ощущение более широкого мира, чем тот, который существует внутри отдельного коллектива. Для этого используются курсы повышения квалификации, всевозможные неформальные профессиональные объединения, конференции и пр.
- Уход от ненужной конкуренции. В обыденной жизни случается много ситуаций, когда мы не можем избежать конкуренции. Но слишком большое стремление к выигрыванию, лидерству обусловливает развитие тревоги, делает человека излишне агрессивным, что способствует в свою очередь, возникновению синдрома эмоционального выгорания.
- Эмоциональное общение. Когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность «выгорания» значительно снижается или же этот процесс не так ярко выражен. Поэтому рекомендуется, чтобы сотрудники в сложных рабочих ситуациях

обменивались мнениями с коллегами и искали у них профессиональной поддержки. Если работник делится своими отрицательными эмоциями с коллегами, те могут найти для него разумное решение возникшей проблемы.

- Поддержание хорошей физической формы. Давно отмечена тесная связь между состоянием тела и разумом. Хронический стресс воздействует на человека, поэтому очень важно поддерживать хорошую физическую форму с помощью физических упражнений и рациональной диеты. Неправильное питание, злоупотребление спиртными напитками, табаком, уменьшение или чрезмерное повышение массы тела усугубляют проявление синдрома эмоционального выгорания.

Чтобы избежать синдрома эмоционального выгорания, необходимо следовать следующим правилам: стараться рассчитывать и разумно распределять свои нагрузки; научиться переключаться с одного вида деятельности на другой; проще относиться к конфликтам на работе; не пытаться всегда и во всем быть лучшим.

В исследовании принимали участие 16 медицинских работников среднего звена КГБУЗ «Городская больница№7» «Детское ортопедо-травматологическое отделение».

Методика «Эмоциональное выгорание» К. Маслач представляет собою опросник, предназначенный для диагностики "эмоционального истощения", "деперсонализации" и "профессиональных достижений".

По мнению автора методики, эмоциональное выгорание – это ответная реакция на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающаяся в себя три взаимосвязанных измерения: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений.

Опросник состоит из 22 утверждений о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности. Опросник имеет 3 шкалы «психоэмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений) и «редукция личных достижений» (8 утверждений). Ответы испытуемого оцениваются: 0 баллов – «никогда», 1 балл – «очень редко», 3 балла – «иногда», 4 балла – «часто», 5 баллов – «очень часто», 6 баллов – «каждый день».

О наличии высокого уровня выгорания свидетельствуют высокие оценки по факторам "психоэмоциональное напряжение" и "деперсонализации" и низкие – по шкале "профессиональная эффективность" (редукция личных достижений). Соответственно, чем ниже человек оценивает свои возможности и достижения, меньше удовлетворен самореализацией в профессиональной сфере, тем больше выражен синдром выгорания.

Среди анкетируемых в КГБУЗ «Городская больница№7» «Детское ортопедо-травматологическое отделение» 100% респондентов – женского пола (Рис1).

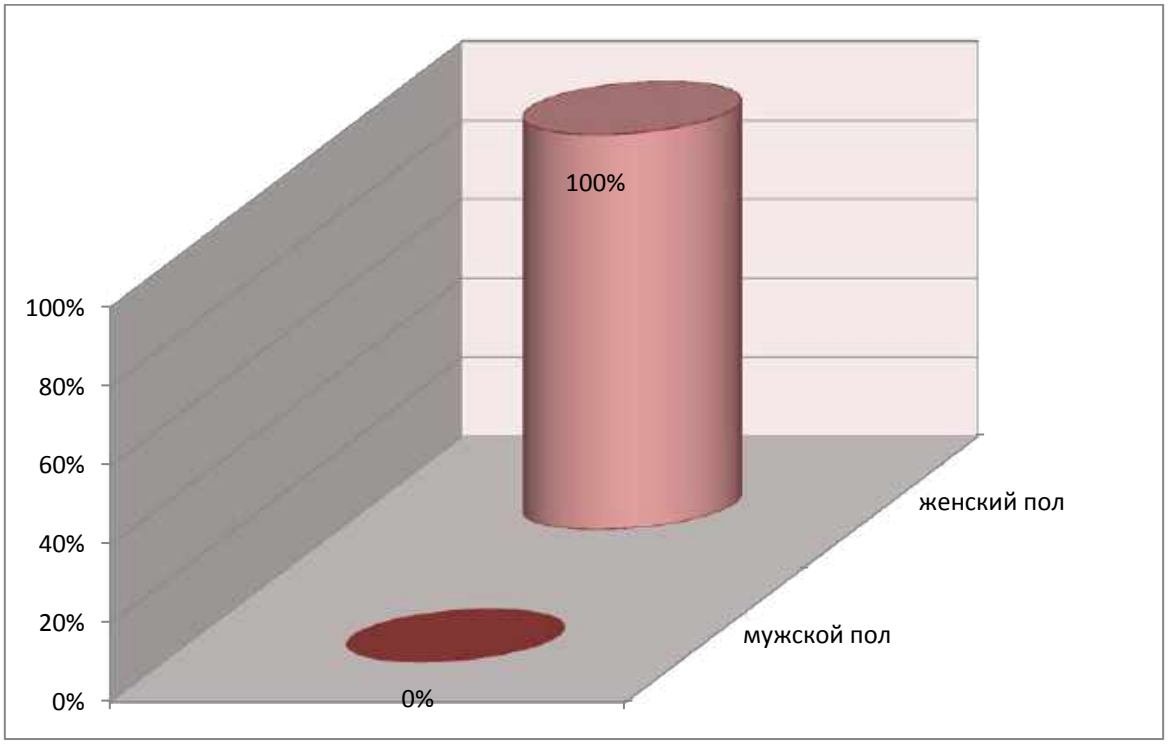


Рис 1. Соотношение пола респондентов

Возраст анкетируемых работников терапевтического отделения в КГБУЗ «Городская больница№7» – от 26 до 65 лет. Возраст большинства анкетируемых превышает 40 лет (Рис 2).

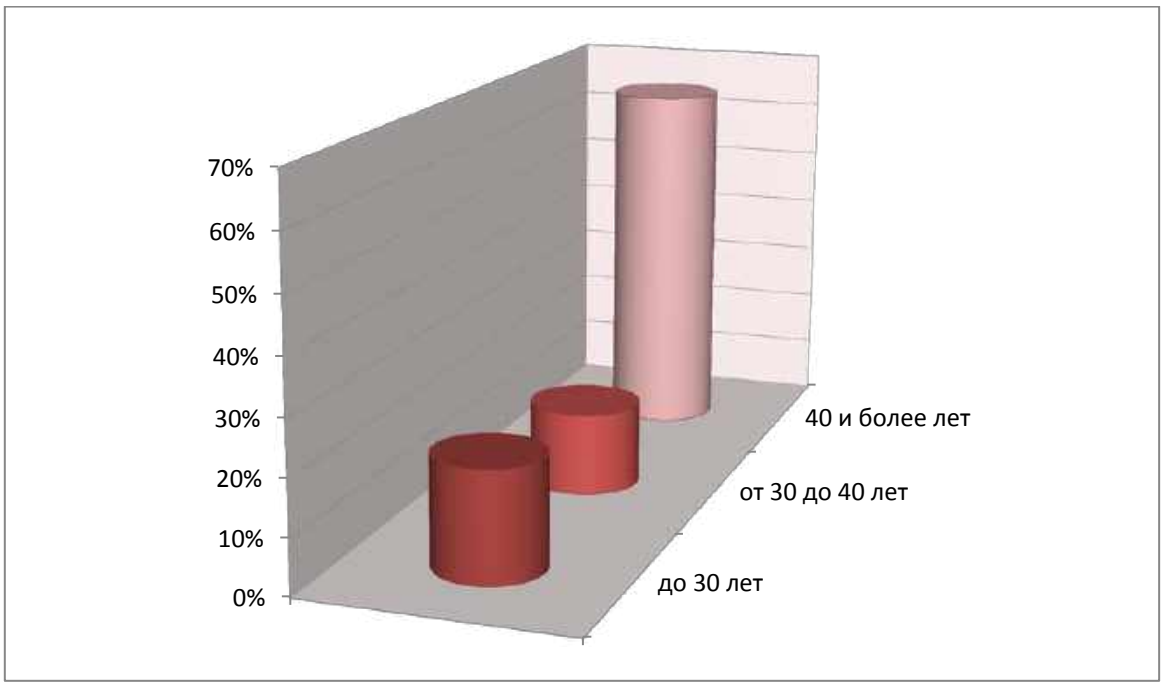


Рис. 2 Возраст респондентов

Стаж работы у большинства анкетируемых детского ортопедо-травматологического отделения свыше 30 лет (40% респондентов) (Рис3).

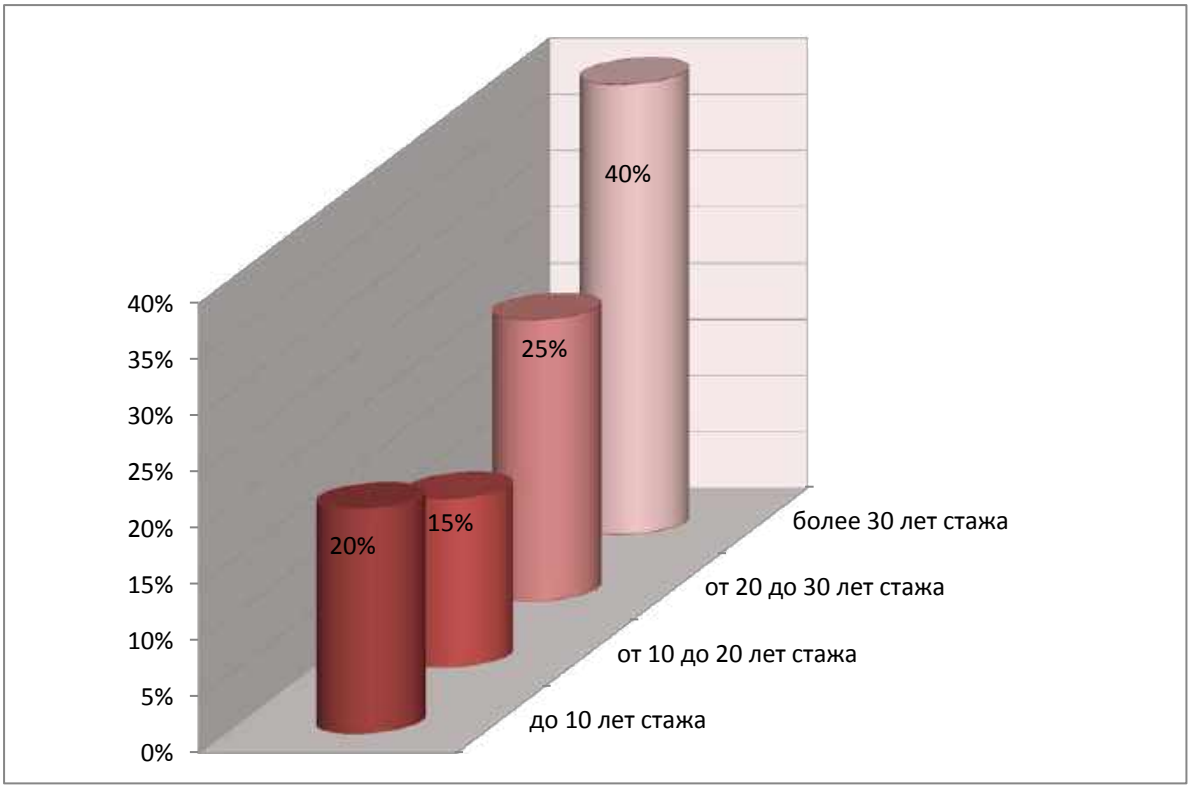


Рис. 3 Стаж работы респондентов

«Психоэмоциональное истощение» - процесс исчерпания эмоциональных, физических, энергетических ресурсов профессионала, работающего с людьми. Истощение проявляется в хроническом эмоциональном и физическом утомлении, равнодушии и холодности по отношению к окружающим с признаками депрессии и раздражительности.

Из числа анкетируемых в КГБУЗ «Городская больница№7» 60% респондентов имеют низкий и средний уровни истощения (соответственно 20% и 40%). У 20% анкетируемых медицинских работников выявлен высокий уровень эмоционального выгорания и у 10% респондентов крайне высокий (Рис.4).

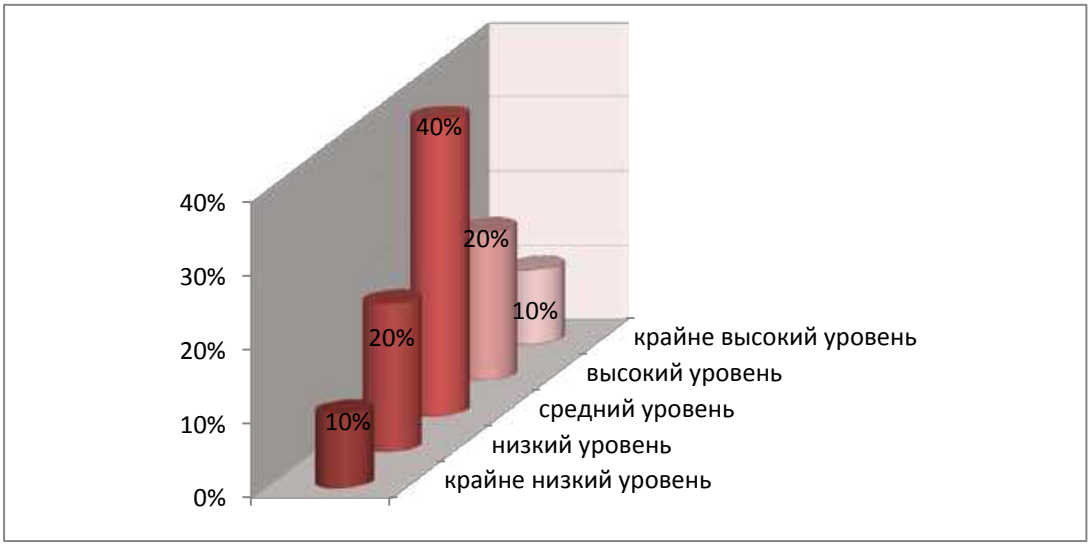


Рис.4 Уровень психоэмоционального истощения анкетируемых

«Деперсонализация» (личностное отдаление) - специфическая форма социальной дезадаптации профессионала, работающего с людьми. Личностное отдаление проявляется в уменьшении количества контактов с окружающими, повышении раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативизме по отношению к другим людям.

Низкий и крайне низкий уровень деперсонализации у медицинского персонала детского ортопедо-травматологического отделения КГБУЗ «Городская больница№7» в общем составляет 50% от общего количества анкетируемых (20% крайне низкий уровень и 30% низкий уровень). 40% респондентов показали средний уровень деперсонализации и 10% крайне высокий уровень деперсонализации, что свидетельствует о наличии проблем и необходимости психологической помощи медицинским работникам (Рис 5).

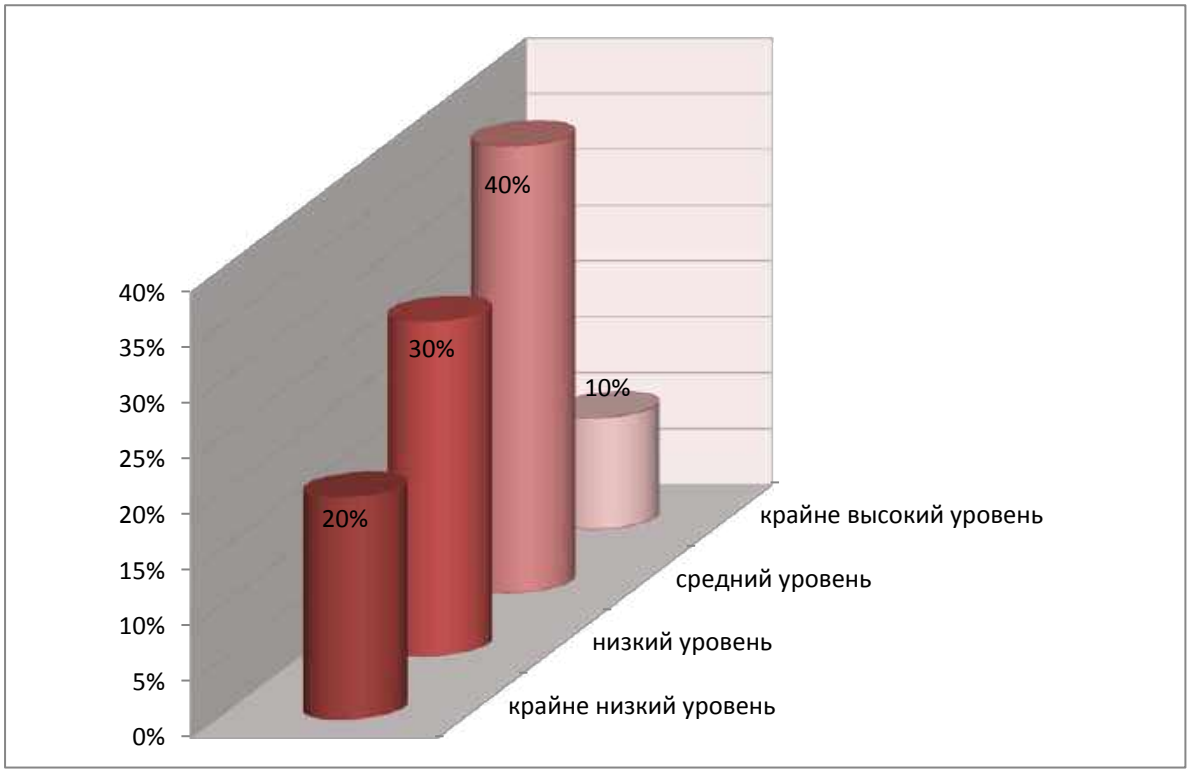


Рис.5 Уровень деперсонализации респондентов

«Редукция личных достижений» (профессиональная мотивация) – снижение чувства компетентности в своей работе, недовольство собой, уменьшение ценности своей деятельности, негативное самовосприятие в профессиональной сфере. Возникновение чувства вины за собственные негативные проявления или чувства, снижение профессиональной и личной самооценки, появление чувства собственной несостоятельности, безразличия к работе. Снижение уровня рабочей мотивации и энтузиазма по отношению к работе альтруистического содержания. Состояние мотивационной сферы оценивается таким показателем, как продуктивность профессиональной деятельности, оптимизм и заинтересованность в работе, самооценка профессиональной компетентности и степени успешности в работе с людьми.

Результаты по выявлению уровня редукции медицинских работников детского отртопедо-травматологического отделения в КГБУЗ «Городская больница№7» следующие: 40% респондентов показали низкий уровень редукции, а у 30% анкетируемых выявлен

крайне низкий уровень редукции. Эти результаты говорят о том, что у большинства респондентов снижена рабочая мотивация и самооценка. Это может отразиться на общении с пациентами и коллегами и влиять на процесс выздоровления пациентов. Также возможно возникновение у медицинских работников чувства тревожности и депрессивных состояний.

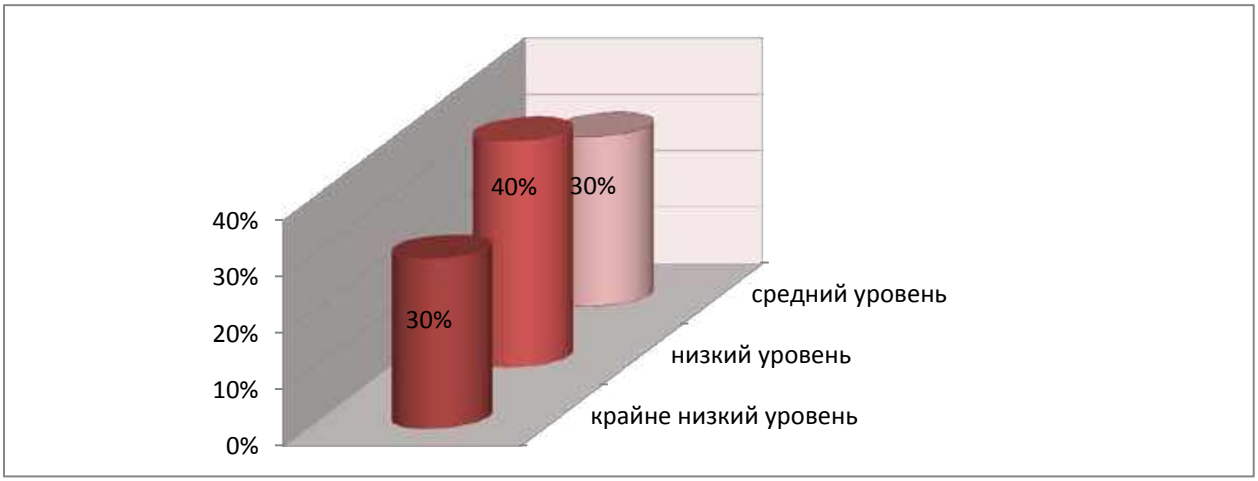


Рис 6. Уровень редукции респондентов

В КГБУЗ «Городская больница№7» «Детское ортопедо-травматологическое отделение» степень эмоционального выгорания находится на среднем уровне у 60% респондентов, но у 20% анкетируемых выявлен высокий уровень эмоционального выгорания. Данные результаты говорят о необходимости проведения профилактической работы с персоналом и оказания психологической помощи сотрудникам с высоким уровнем эмоционального выгорания.

Исходя из полученных данных, можно предположить, что неблагоприятная обстановка в КГБУЗ «Городская больница №7» «Детское ортопедо-травматологическое отделение» связана с монотонностью труда, возрастным кадровым составом. (Рис 7).

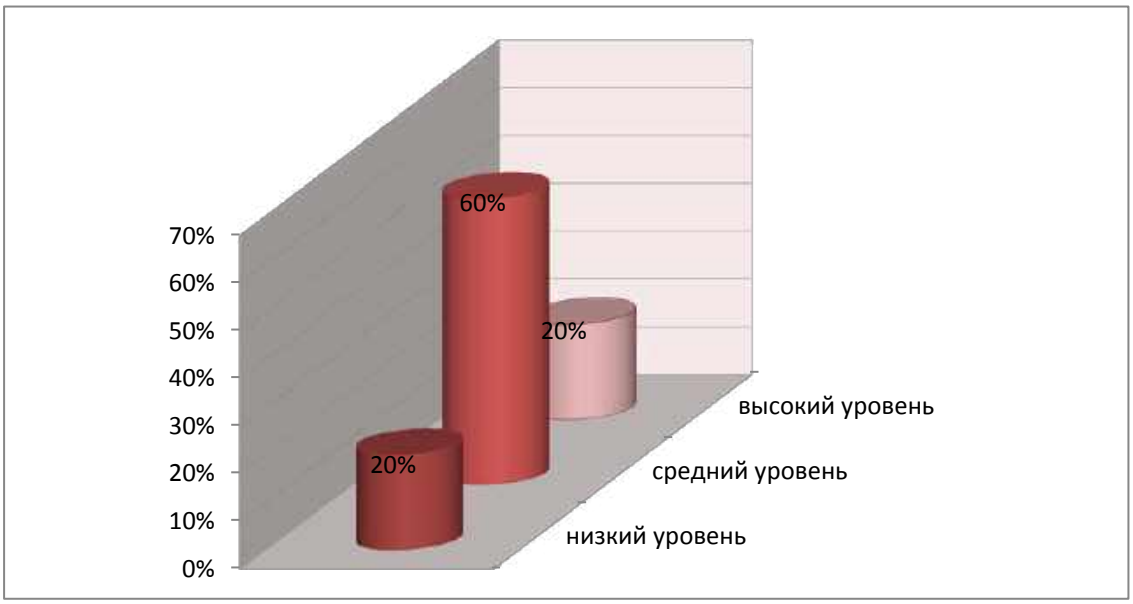


Рис.7 Уровень эмоционального выгорания респондентов

Таким образом, проведя исследование уровня эмоционального выгорания по методике К. Маслач, мы выявили не только количество медицинских работников, имеющих эмоциональное выгорание, но и выявили выраженные симптомы эмоционального выгорания, на которые стоит обратить внимание и оказать эффективную помощь в решении проблемы медицинских работников.

После обработки результатов, полученных в ходе опроса, можно сделать вывод, что средний возраст респондентов КГБУЗ «Городская больница№7» «Детское ортопедо-травматологическое отделение» превышает 40 лет; степень эмоционального выгорания не превышает средних значений у 60% респондентов, однако показатели высокого уровня синдрома эмоционального выгорания выявлены у 20% анкетируемых. Исходя из полученных данных, можно предположить, что особенности работы среднего медицинского персонала (пациенты с серьезными травмами, общение со сложными пациентами детского возраста, эмоциональное напряжение, монотонность труда, возрастной кадровый состав респондентов) влияет на развитие синдрома эмоционального выгорания.

Библиографический список

1. Барабанова М.В. Изучение психологического содержания синдрома выгорания/М.В. Барабанова//Вестник Московского университета. Серия 14. «Психология». – М.: Издательство МГУ, 2016. – 54 с.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении /В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 2018. – 105 с.
3. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других/В.В. Бойко.– М.: Наука, 2012. –154 с.
4. Винокур В., Розанова М. Профессиональный стресс губит врача/В. Винокур, М. Розанова//Медицина Санкт-Петербурга. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 2015. – 28 с.
5. Ильин Е.П. Эмоции и чувства/Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2018. – 752 с.
6. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине/Р. Конечный, М. Боухал. – Прага: Авиценум, 2017. – 405 с.

Ванчугова Алёна Владимировна
Забайкальский край, г. Балей, ГПОУ «ЧМК» Балейский филиал
ЛД20-01, 2 курс
Научный руководитель – Туранов Д.С.

ПРОФИЛАКТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА В АСПЕКТЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Профилактики язвенной болезни желудка в аспекте здорового образа жизни является актуальной в связи с тем, что язвенная болезнь является важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено его широким распространением, поражением любых возрастных, профессиональных групп населения, наличием тяжелых осложнений, трудностью лечения и способностью наносить огромный социально - экономический ущерб.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является важной проблемой современной медицины. Этим заболеванием страдают приблизительно 10% населения земного шара. Заболеваемость язвенной болезнью в РФ в 2003 году составила 1268,9 (на 100 тысяч населения)

В России на диспансерном учёте находится около 3 млн. таких больных. Согласно отчётам МЗ РФ, в последние годы доля пациентов с впервые выявленной язвенной болезнью в России возросла с 18 до 26%. Смертность от болезней органов пищеварения, включая язвенную болезнь, в РФ в 2003 г. составила 183,4 на 100 тысяч населения.

Городское население страдает этим заболеванием чаще, чем жители села. Язвенной болезнью болеют преимущественно молодые и взрослые мужчины 25-40 лет. Женщины чаще заболевают после наступления менопаузы.

Язвенная болезнь - хроническая рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и образование язв, в большинстве случаев вызванное пилорическом хеликобактером [6].

Современное негативное состояние язвенной болезни объясняется недостаточной изученностью причинно-следственных связей этого заболевания с эколого-биогеохимическими факторами среды обитания населения.

Проблемы язвенной болезни определяется тем, что она является основной причиной инвалидности 68% мужчин, 30,9% женщин от числа всех страдающих заболеваниями органов пищеварения. В развитии язвенной болезни участвуют с одной стороны какие-то пусковые причинные факторы, с другой - играют роль особенности ответной реакции организма на воздействие этих факторов. Этиология язвенной болезни сложна и находится в определённом сочетании экзогенных и эндогенных факторов.

Многие исследователи обращают внимание на причинно-следственную связь язвенной болезни с условиями жизни населения, с качеством воды, пищи, состоянием чистоты атмосферного воздуха. Несмотря на успехи в диагностике, лечении язвенной болезни, это заболевание продолжает поражать всё более молодое население, не обнаруживая тенденций к стабилизации или снижению показателей заболевания.

В настоящее время ведущими причинами возникновения язвенной болезни считаются:

1.Воздействие бактерии «Helicobacter pylori».

2.Преобладание агрессивных факторов (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты) над факторами защиты слизистой оболочки.

К факторам, способствующим возникновению заболевания относят: длительное нервно-эмоциональное перенапряжение; генетическую предрасположенность; наличие хронического гастрита или дуоденита; нарушение режима питания (нерегулярная, острая, горячая или холодная пища, шипучие напитки, избыток углеводов); употребление крепких спиртных напитков и курение; употребление некоторых лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные: ацетилсалициловая кислота, индометацин и др., цитостатики, гормональные препараты) [2].

Наиболее характерным проявлением язвенной болезни является боль в верхней части живота, которая чаще возникает на голодный желудок, т.е. между приемами пищи, также характерны ночные боли. Менее специфичными симптомами являются тошнота, тяжесть после приема пищи, чувство переполнения желудка, рвота, снижение аппетита, массы тела, изжога.

Язвенная болезнь опасна своими осложнениями. Самое распространенное – это кровотечения. Тяжелейшее и опасное для жизни осложнение язвенной болезни - перфорация или прободение язвы – это образование отверстия в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Малигнизация – превращение язвы в злокачественную опухоль. Именно поэтому никогда нельзя откладывать лечение язвы и прерывать терапию.

Профилактика язвенной болезни позволяет предотвратить это распространенное и опасное своими осложнениями заболевание, а также избежать рецидивов в том случае, если человек уже болен.

Виды профилактики язвенной болезни:

1.Первичная профилактика язвенной болезни. Направлена на предупреждение развития болезни и устранение факторов риска;

2.Вторичная профилактика язвенной болезни. Направлена на снижение риска обострений и рецидивов уже существующего заболевания;

3.Третичная профилактика язвенной болезни. Направлена на снижение вероятности развития осложнений болезни.

Методы первичной профилактики язвенной болезни

1.Соблюдение гигиены ротовой полости, своевременное лечение зубов и десен. Больные зубы – это входные ворота для инфекции, а кроме того, больные зубы не дают возможности должным образом пережевывать пищу, что приводит к повышенной нагрузке на желудок.

2.Организация правильного режима и рациона питания. Следует выработать привычку принимать пищу ежедневно в одно и то же время. Кроме того, рекомендуется исключить из рациона или же ограничить употребление копченостей, чрезмерно острой, пряной и соленой пищи. Кулинарная обработка блюд должна быть щадящей – без сильной зажарки. Газированные напитки, очень горячую или, наоборот, очень холодную пищу также следует исключить.

3.Профилактика авитаминоза;

4.Отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя);

5.Профилактика и лечение гормональных нарушений;

6.Дозированные физические нагрузки, рациональная организация распорядка дня;

7.Отказ от частого приема лекарственных препаратов (по возможности), особенно бессистемного приема и самоназначения лекарств;

8.Профилактика заражения «Helicobacter pylori» – использование индивидуальной посуды, полотенец.

Вторичная профилактика язвенной болезни:

1.Санаторно-курортное лечение;

2.Регулярные курсы противорецидивной терапии в осенний и весенний период;

3.Строгое соблюдение противоязвенной диеты;

4.Санация заболеваний и хронических очагов инфекции, которые могут спровоцировать рецидив;

5.Регулярный контроль состояния язвы в медицинском учреждении.

Кроме того, для предотвращения язвенной болезни очень важен психологический комфорт: иногда стрессы и нервные расстройства также могут стать причиной развития заболевания.

В Забайкальском край заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдают более девяносто четыре тысячи человек. Имеющуюся ситуацию оценивает главный гастроэнтеролог Лариса Фёдорова: «Наиболее часто наши земляки страдают от болезней поджелудочной железы, язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. В целом, факторами, способствующими возникновению и прогрессированию заболеваний желудочно-кишечного тракта, становятся алкоголь, стресс, и неправильное питание» [1].

В Забайкальском крае проходит декадник по профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта. Согласно официальной статистике Всемирной организации здравоохранения, заболевания желудочно-кишечного тракта входят в десятку лидеров по распространённости, - информирует Центр медицинской профилактики [7].

Краевой центр медицинской профилактики совместно с ведущими специалистами-гастроэнтерологами подготовил мероприятия для населения. Для населения Забайкальского

края организуется «горячая линия», которая позволяет решить многие возникшие проблемы с главным внештатным гастроэнтерологом Министерства здравоохранения Забайкальского края Ларисой Фёдоровой [4].

Медицинскими организациями Забайкальского края производится информационная работа с населением, способствующая формированию мотивации граждан к сохранению и укреплению собственного здоровья, ведению здорового образа жизни, организуются «круглые столы» по освещению вопросов профилактики заболеваемости и смертности от болезней органов пищеварения взрослого и детского населения в редакциях газет «Забайкальский рабочий» и «Земля», выступления специалистов на краевом радио.

Таким образом, первичная профилактика язвенной болезни желудка включает в себя предупреждение заражения хеликобактерной инфекцией, исключение факторов риска развития данной патологии (курение, стесненные условия проживания, низкий уровень жизни). Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов и включает в себя соблюдение диеты, исключение стрессов, назначение антихеликобактерной схемы препаратов при появлении первых симптомов язвенной болезни желудка. Пациенты с язвенной болезнью желудка требуют пожизненного наблюдения, эндоскопического исследования с обязательным проведением тестов на «Helicobacter pylori» один раз в полугодие.

Библиографический список

1. Ахунов И.Г. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки : курсовая работа / Ильгиз Гигантович Ахунов ; ГБОУ СПО «Саткинский медицинский техникум». — Челябинск, 2018. — 22 с.
2. Бредихина Н.А. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (Вопросы лечения и профилактики) [Электронный ресурс] / Н.А. Бредихина. – М.: ЗАО НПП «Исток-Система» // Гастроскан: [сайт]. Режим доступа: https://www.gastroscan.ru/
3. Григорьев П.Я. Тридцатилетний опыт повышения эффективности медикаментозной терапии и профилактики обострений и осложнений язвенной болезни / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова Н.А. // Российский гастроэнтерологический журнал. — 1998. — № 3. — С. 11–22.
4. Жилина А.А. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в Забайкальском крае. Первые итоги. / А.А. Жилина, Н.В. Ларёва, И.Ю. Гомбоева, В.Н. Суркова. // Забайкальский медицинский журнал. — 2018. — № 3. — С. 33-35.
5. Ивашкин В.Т. Школа клинициста. Язвенная болезнь - история медицины / В.Т. Ивашкин // Медицинский вестник. — 2006. — № 19 (362). — С. 9–10.
6. Сиюхов Р.Ш. Язвенная болезнь [Электронный ресурс] / Р.Ш. Сиюхов – М.: ЗАО НПП «Исток-Система» // Гастроскан: [сайт]. Режим доступа: https://www.gastroscan.ru/
7. Стилиди Е.И. Язвенная болезнь желудка [Электронный ресурс] / Е.И. Стилиди – М.: АО «Красота и медицина», 2020 // Красота и медицина: [сайт]. Режим доступа: https://www.krasotaimedicina.ru/
8. Циммерман Я.С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии / Я.С. Циммерман. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 224 с.

О.И.Матвеева, К.С. Мещенкова
ГПОУ «Читинский медицинский колледж»
Научный руководитель – преподаватель высшей
квалификационной категории Е.А. Гвоздева

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ - ЭТО ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО БУДУЩЕГО РЕБЁНКА

Болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенным заболеваниям раннего возраста, занимая по частоте второе место после болезней органов дыхания. Питание на первом году жизни «программирует» метаболизм таким образом, что те или иные нарушения питания могут увеличить риск развития целого ряда заболеваний: таких как аллергические болезни, ожирение, метаболический синдром и некоторые другие.

Цель: Провести анализ и доказать взаимосвязь нерационального питания детей раннего возраста на задержку роста и развития ребёнка, характерные обменные заболевания .

Задачи :

- Изучить теоретические источники по данной теме;
- Исследовать архив историй заболеваний по данной теме;
- Провести курацию пациента с патологией ЖКТ;
- Провести анализ и сделать выводы полученных данных .

При анализе историй болезней детей за 2016 год в гастроэнтерологическом отделений КДКБ получены следующие данные: всего по отделению прошло 62 ребёнка в возрасте от 1до 3 лет с различными приобретёнными заболеваниями ЖКТ: язвенная болезнь, хронические гастриты, язвенные колиты, хронический небактериальные энтероколиты, синдром мальабсорбции , дискинезии желчевыводящих путей.

Из них : 64% детей находились на искусственном вскармливании, причём 27% детей вскармливались неадаптированными смесями;

Раннее введение прикормов отмечено у 76% детей ;

В графе: питание в настоящее время - у 56% стоял общий стол .

Отягощённая семейная наследственность - у 34%,

Аллергические проявления в виде атопического дерматита - у 27%

Жителей г. Читы-до 38%, жители районов- 62%

Как сопутствующие заболевания: задержка нервно – психического развития- у 39%, задержка физического развития- у 42%, макросоматическое развитие – у 24%, анемия- у 62%, рахит-у 52%

У 53% детей отмечаются частые ОРИ, патология лор. органов.

Вывод: У детей с хронической патологией ЖКТ выявлен высокий процент искусственного вскармливания. До 27% процентов детей, несмотря на многообразие адаптированных смесей, ещё вскармливаются коровьим молоком. У 76% детей был введён ранний прикорм- с 4 мес , хотя при этом были проявления атопического дерматита 27%. Наследственная отягощённость , как один из факторов риска имелась у 34% детей. Как социальный фактор показательно , что детей из районов до 62%.

Высокий процент сопутствующей обменной патологии такие , как анемия, рахит, неправильное физическое развитие(как отставание, так и ускорение).

У 1/3 детей задержка нервно- психического развития. Почти у половины детей отмечается снижение иммунитета – частые ОРИ, патология лор органов

Курация пациента. Ребёнок с 09.09.2017- находится на лечении в гастроэнтерологическом отделении КДКБ с Диагнозом: Язвенная болезнь желудка в стадии обострения, осложненная желудочно – кишечным кровотечением.

Сопутствующий диагноз: Анемия смешанного генеза, средней степени. Рахит, период репарации, средней степени, подострое течение. Задержка нервно- психического развития.

В возрасте 1 года 1 мес ребёнок поступает в гастроэнтерологическом отделении КДКБ с жалобами на отсутствие аппетита , стул с примесью свежей крови, боли в животе, вялость.

Из анамнеза заболевания: Ребёнок с 1 мес на искусственном вскармливании- в основе заменителя грудного молока мама ребёнку давала коровье молоко . Прикормы были введены на 4-м месяце жизни, каши разводились коровьим молоком , продукты детского питания , такие как Тёма, Агуша , Фрутоняня и другие давались эпизодически, изредка . С года ребёнок ел практически с общего стола. Рос и развивался ребёнок с опозданием от своих сверстников . Периодически возникали боли в животе , диспептические явления в виде, снижения аппетита, разжижение стула.

Исследования: ФГДС- выявление язвенного дефекта на слизистой желудка.

Ректороманоскопия - гиперемия, отек и зернистость слизистой оболочки, точечные кровоизлияния. Анализ кала на скрытую кровь- результат положительный. В общем анализе крови- снижение Нв до 83 г/л

Нами проведён объективный осмотр ребёнка : выявлено- масса ниже 3 центиля(8,400), длина в 10 центиле (72 см), окр. груди- 3 центиль (45 см) Заключение: Физическое развитие микросоматическое , гармоничное. Дефицит м тела 16%

НПР- До: Ходит самостоятельно -1 год , Др: Самостоятельно выполняет различные действия 1 год, Н: – 9 мес(не умеет есть густую пищу,) Ра: речь слогами- 10 мес, Рп: Понимает названия предметов, имена взрослых, отдельные поручения -1 год. Заключение: отставание – II группа , 1 степень.

Вывод: У ребёнка основным предрасполагающим фактором стало вскармливание коровьим молоком, неправильное введение прикормов. Что привело к нарушению ферментативной, иммунной систем , поражению слизистой ЖКТ .И как следствие нарушение метаболизма всего организма – что доказывает наличия рахита, анемии, задержки физического и нервно – психического развития.

Факторы риска гастроэнтерологических заболеваний являются отклонениями от здорового образа жизни, которые могут быть устранены совместными усилиями органов народного просвещения, здравоохранения и родителей.

Библиографический список

« Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в российской федерации» 2019

Тарасова Диана Геннадьевна
г. Комсомольск-на-Амуре, КГБПОУ КФ «Хабаровский медицинский колледж»
имени Г.С. Макарова
31.02.01 Лечебное дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель высшей
квалификационной категории Роднова Е.В.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПОВЫШЕНИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ

Современное общество характеризуется глобальной информатизацией, охватывающей все его сферы, проникающей в каждый дом. Сегодня доступ в Интернет есть у подавляющего большинства, в том числе и у детей. Именно на просторах глобальной паутины многие современные дети впервые сталкиваются, иногда и против своей воли, с информацией сексуального характера. Часто представляемые там картины шокируют неподготовленную детскую психику и прививают неправильные модели поведения. В целом современное поколение, по сравнению с предыдущим, характеризуется более ранним вступлением в половую жизнь. В связи с этим в настоящее время остро встаёт вопрос о необходимости сексуального образования в рамках этических норм, а также о возрасте сексуального просвещения.

Все дети и подростки имеют право на доступ к сексуальному образованию, соответствующему их возрасту. Сексуальное образование должно начинаться в раннем детстве и продолжаться на протяжении юношества и совершеннолетия. Подходящий для информации о сексе возраст зависит от физического, эмоционального и интеллектуального развития молодых людей. В раннем возрасте следует давать базовые сведения, которые в дальнейшем послужат фундаментом для более сложных знаний. Для начала, например, можно рассказывать о том, как люди растут и меняются. В предподростковом возрасте давать более подробную информацию о периоде полового созревания, о вирусах и микробах, поражающих человеческое тело, а в дальнейшем – о заболеваниях, передающихся половым путём.

Сексуальное образование постепенно расширяет возможности детей и молодежи, обеспечивая их информацией, навыками и позитивными ценностными установками, чтобы они могли осознавать и получать удовольствие от своей сексуальности, иметь безопасные и приносящие удовлетворение отношения и нести ответственность за сексуальное здоровье и благополучие, как самих себя, так и других.

Применительно к детям и молодежи, оно ставит своей целью содействие и защиту сексуального развития. Оно дает возможность делать выбор, который улучшит качество их жизни и внесет вклад в развитие участливого и справедливого общества.

В центре данного понятия находится сексуальность как позитивный потенциал человека и источник удовлетворения и удовольствия. Очевидная потребность в знаниях и навыках, необходимых для профилактики сексуальных заболеваний, имеет второстепенное значение для этого, в целом позитивного подхода. Более того, сексуальное образование

должно основываться на признанных на международном уровне правах человека, в частности, на праве знать, что предшествует профилактике заболеваний.

Сексуальное образование определяется как подход к преподаванию знаний, связанных с полом и отношениями, который соответствует возрасту и вписывается в культурные рамки, посредством предоставления научно точной, соответствующей действительности информации. Сексуальное образование предоставляет возможности исследовать собственные ценностные установки и взгляды и развивать навыки, связанные с принятием решений, общением и снижением риска во многих аспектах сексуальности.

Значение деятельности медицинских работников, в частности медицинских сестер, в охране репродуктивного здоровья очень велико, так как общество заинтересовано в сохранении популяции нашей страны, рождении здорового потомства. Значительную часть времени подростки проводят в учебных заведениях, где получают информацию о сексуальных отношениях, методах контрацепции и профилактики заболеваний, передающихся половым путем от своих сверстников. Это придает ей искаженный характер, и полученная информация часто негативно влияет на репродуктивное здоровье подростка. В связи с этим в школах и средних специальных учебных заведениях силами медицинских работников необходимо проводить беседы и лекции по вопросам полового воспитания (особое внимание уделяется проблеме начала половой жизни, малоизученным взглядам подростков на сексуальные отношения и их последствия). Но необходимо учитывать, что такие занятия дадут небольшой эффект. Воспитание современного подростка, формирование его взглядов происходят в непростых условиях, а родители и учителя избегают разговоров с подростками, в связи с этим подросток в большой степени подвержен влиянию доступной эротической литературы, сомнительных интернет-сайтов. Снижение нижней границы возраста вступления в сексуальные отношения связаны не столько с ускорением физического развития, сколько с незавершённостью полового созревания.

Ответы на интересующие вопросы о контрацепции, ИППП, планировании семьи, подростки могут получить именно во время индивидуальных встреч с фельдшером образовательного учреждения. Подобная форма работы предполагает создание в учебных заведениях кабинетов полового воспитания, оснащенных брошюрами, монографиями, проспектами по применению контрацептивов, а также всей необходимой аппаратурой для проведения занятий, демонстрации слайдов и учебных фильмов. Также в охране репродуктивного здоровья подростков важную роль играет формирование положительного отношения подростков к занятиям физической культурой и спортом.

Большую помощь в половом воспитании юношей и девушек оказывают центры планирования семьи. Деятельность, как клиник, так и кабинетов планирования семьи возможна лишь при активной работе среднего медицинского персонала. Функции центров планирования семьи следующие:

-консультирование по вопросам планирования семьи;

-подробное информирование пациентов о современных противозачаточных средствах, показаниях и противопоказаниях к их использованию;

-подбор методов контрацепции;

-проведение профилактических гигиенических осмотров и наблюдение за пациентами, применяющими контрацепцию;

-направление на консультацию при затруднении подбора контрацепции, выявлении заболеваний или беременности;

-проведение бесед по контрацепции с женщинами до и после аборта и родильницами;

-проведение работы с подростками по половому воспитанию, пропаганда здорового образа жизни.

Особую роль играет деятельность фельдшеров с высшим образованием, которые, владея вопросами организации здравоохранения и менеджмента могут осуществлять обязанности руководителей Центров профилактики.

Таким образом, средний медицинский персонал должен иметь высокий общеобразовательный и специальный уровень подготовки. Медсестры, акушерки, фельдшера должны иметь достаточно знаний, чтобы консультировать по вопросам планирования семьи и репродуктивного здоровья, иметь теоретическую и практическую подготовку по контрацепции, владеть техникой применения различных противозачаточных средств, иметь базовые клинические знания для динамического наблюдения за пациентами, особенно за беременными, родильницами и женщинами, перенесшими аборт.

При работе с подростками фельдшеру следует помнить о двойственности восприятия ими своего физического взросления: чувство гордости соседствует с отвращением, брезгливостью по отношению к собственному телу. Жизнь и поведение подростка в этот период - своего рода бунт, иногда робкий и безотчетный, а иногда резкий.

Бывает так, что для подростка занятия сексом - это проявление взросления. Тогда создается несоответствие между ранним началом половой жизни и отсутствием информации о сексуальных отношениях, их возможных последствиях. На данном этапе медицинским работникам необходимо знать особенности психики и физиологии подростка для того, чтобы вести разъяснительные работы.

Еще именно в подростковом возрасте многие девушки соблюдают изнурительные диеты, выполняют непосильные физические упражнения для отдельных групп мышц, чтобы получить «совершенную» фигуру, а в результате нарушаются обменные процессы, менструальная и детородная функции». Чтобы этого не было, медицинским работникам необходимо проводить беседы с девочками переходного возраста на соответствующие темы.

Основными направлениями деятельности фельдшера по сохранению репродуктивного здоровья должны стать обучение девушек и юношей правилам личной гигиены, в том числе интимной; наблюдение за здоровьем, в частности за молочными железами; профилактика вредных привычек и мотивация к отказу от них; проведение бесед о менструальном цикле, правилах ведения менструального календаря, сроках и днях, благоприятных и неблагоприятных для зачатия, об изменениях в организме женщины во время беременности, о методах контрацепции, вреде абортов. Необходимо разъяснять подросткам нежелательность раннего начала половой жизни.

Среди медицинских мер по борьбе с ранним началом половой жизни и заражением инфекциями, передаваемыми половым путем особое значение имеет профилактика. Работа по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем (ЗППП), включает в себя первичную и вторичную профилактику, а также общественную и индивидуальную. Формы профилактики тесно связаны друг с другом. Меры общественной профилактики оказывают воздействие на население в целом, и проводится посредством СМИ (публикации, лекции, выступления на большую аудиторию), а первичная и вторичная

профилактика имеют общую информационную базу и адресованы самым разнообразным категориям населения. В основе организации профилактики ЗППП должен быть разработан целый комплекс профилактических мероприятий. Обязательным их условием должно быть объединение с другими профилактическими программами (по ВИЧ-инфекции, наркологии, охране репродуктивного здоровья) и интеграция в общую систему здравоохранения. В современном мире наибольшее внимание уделяется раннему выявлению и профилактике заболеваний и осложнений, которые практически невозможны без участия медицинских сестер. Их знания необходимы при проведении санитарно - просветительской работы. Медицинскому работнику принадлежит ведущее место в организации первичной и вторичной профилактики ЗППП.

Первичная профилактика ЗППП - это проведение научно обоснованных мероприятий, направленных на изменение модели поведения и предотвращение заражения ЗППП. Эта форма работы является наиболее массовой и в большинстве своем основана на общественной профилактике. В то же время важным элементом первичной профилактики является индивидуальная (личная) профилактика. К первичной профилактике ЗППП относится медицинское просвещение, направленное на информирование подростков о ЗППП и их последствиях и формирование безопасного сексуального поведения. Важной формой профилактической работы является организация систематического информирования населения об эпидемиологической ситуации и мерах профилактики ЗППП через средства массовой информации (телевидение, радио, газеты и журналы). Оно должно проводиться в форме интервью ведущих специалистов-врачей в области венерологии, акушерства, гинекологии, урологии.

Среди других форм необходимо отметить выпуск и распространение среди подростков печатной продукции – памяток, буклетов, санитарных бюллетеней, выступление с лекциями, беседами, проведение «круглых столов», викторин, акций, разработка видеороликов, организация специальных сайтов и чатов в интернете и локальных компьютерных сетях. Формой первичной профилактики, организованной по принципу «равный беседует с равным», является волонтерское движение по профилактике ЗППП.

Индивидуальная (личная) профилактика – это самостоятельное применение здоровыми лицами мер, направленных на предупреждение заражения ЗППП. В большинстве случаев это обеспечивается использованием барьерных средств контрацепции - презервативов. Остальные средства (спермициды) имеют меньшую эффективность. Вторичная профилактика – это проведение мероприятий среди лиц с диагностированными ЗППП в целях снижения вероятности передачи инфекции партнерам при половом контакте, а также снижения риска повторного заражения. Вторичная профилактика основана на консультировании этих лиц, проведении разъяснительных бесед, чтении лекций, издании брошюр, памяток, буклетов, санитарных бюллетеней в целях активного информирования пациентов и изменения их поведения на более безопасное.

Вторичная профилактика может проводиться средним медицинским персоналом, владеющим знаниями в области венерологии, гинекологии, урологии с учетом социально-демографических характеристик пациентов: пол, возраст, образовательный уровень, наличие поведенческих особенностей и индивидуальных факторов риска. Подросткам даются рекомендации о том, как избежать распространения и повторного заражения ЗППП на основе соблюдения гигиенических правил в быту, коррекции поведения и использования

средств индивидуальной профилактики. Обязательным является разъяснение режима лечения и последующего контрольного наблюдения.

Такая работа с девушками и юношами подросткового возраста поможет сохранить здоровье, подготовиться к семейной жизни, почувствовать ответственность за свое будущее и будущее своих детей.

С целью определения уровня сексуальной образованности подростков МОУ СОШ №32 г.Комсомольска-на-Амуре нами была составлена анкета из 11 вопросов. В исследовании приняли участие учащиеся 9 класса общеобразовательной школы. При проведении исследования был выбран возрастной контингент, который в возрастной психологии рассматривается, как наиболее сложный. Это подростки 15-16 лет.

В исследовании участвовало 56 респондентов. Из них 57% (32 человека) – девушки и 43% (24 человека соответственно) – юноши. Примерно одинаковый численный состав респондентов поможет сделать более объективные выводы по проведенному исследованию. Учащимся, на анонимной основе предлагалось отметить правильные, на их взгляд, варианты ответов.

Проанализировав полученные данные, мы сделали следующие выводы.

Согласно ответам большинства респондентов, лидирующим средством контрацепции является презерватив, что говорит о доступности, отсутствии противопоказаний к применению мужских контрацептивов и простоте использования данного средства для молодежи. Всего от 3% до 10% анкетируемых назвали другие средства предохранения от нежелательной беременности. Данные результаты показывают неосведомленность молодых людей в этом вопросе.

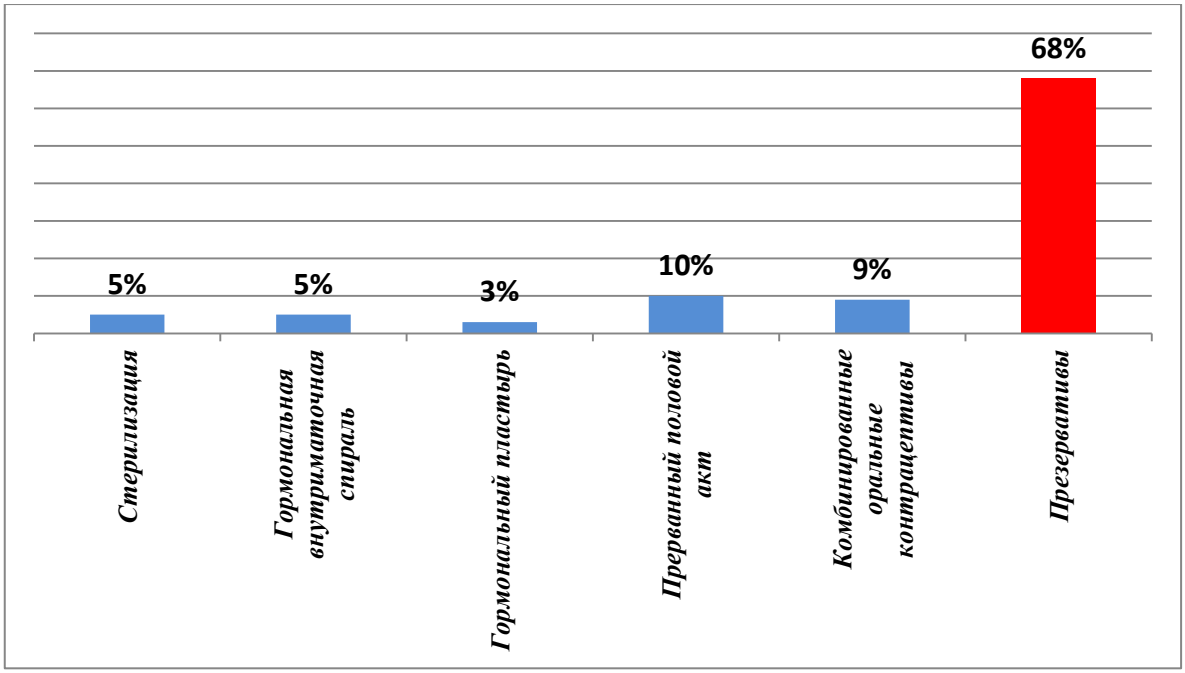


Рис 1. «Какие средства контрацепции вы знаете?»

Большинство респондентов ответили на данный вопрос, что за последствия рискованного сексуального поведения несут ответственность оба партнера в равной степени, что свидетельствует о знании подростков правильной модели сексуального поведения и негативных последствий случайных половых связей.

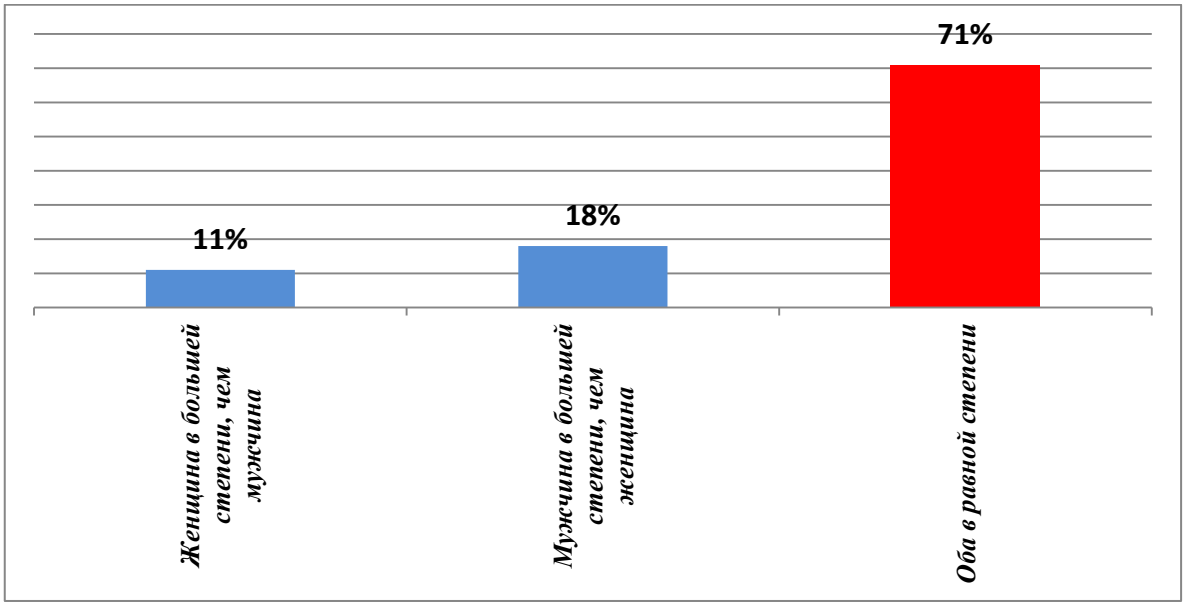


Рис 2. «Кто несет ответственность за наступление беременности или заболевания, передающегося половым путем?»

Можно наглядно убедиться в крайне низкой степени информированности подростков о цели современной контрацепции, так как более половины респондентов не знает об использовании контрацептивов для защиты от инфекций, передающихся половым путем (в частности, барьерная контрацепция).

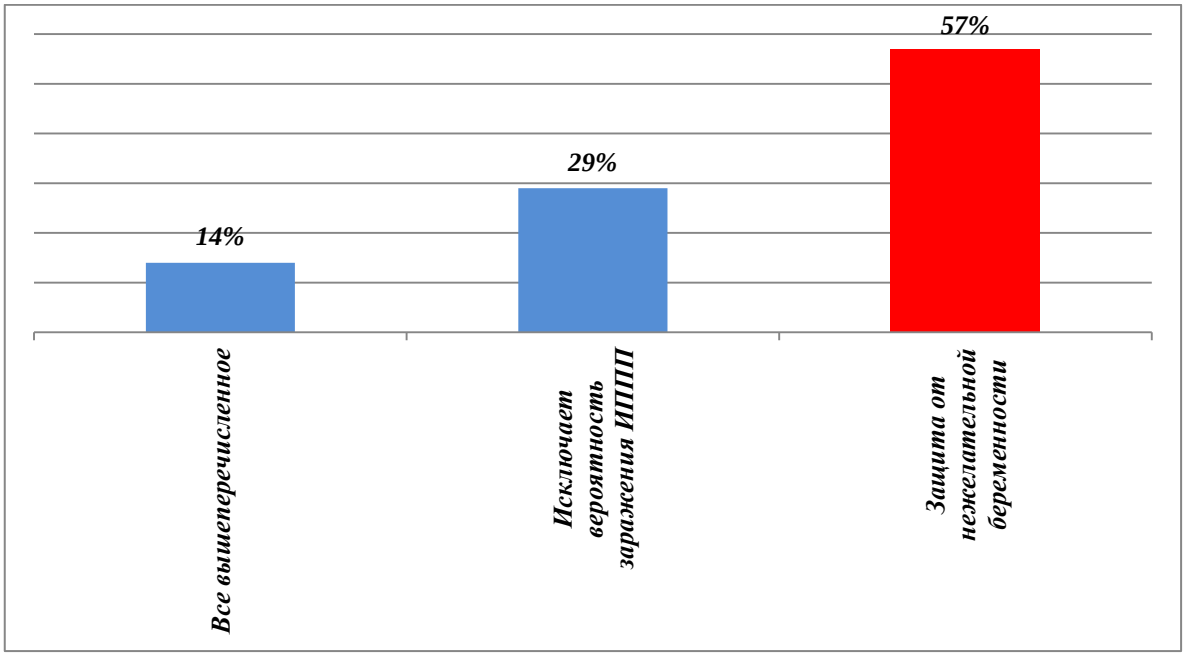


Рис 3. «Для чего нужна контрацепция?»

Большинство респондентов (67% анкетируемых) ответили, что оба партнера в равной степени несут ответственность, на втором месте (22% респондентов)– мнение о том, что эта ответственность лежит, прежде всего, на мужчине, и чуть меньше число ответов (11%), отмечающих, что это ответственность женщин. В данном случае все еще имеет место влияние стереотипов в отношении этого вопроса. Хотя тот факт, что подростки уже говорят

о равной ответственности обоих полов, может свидетельствовать о тенденции к изменению ситуации.

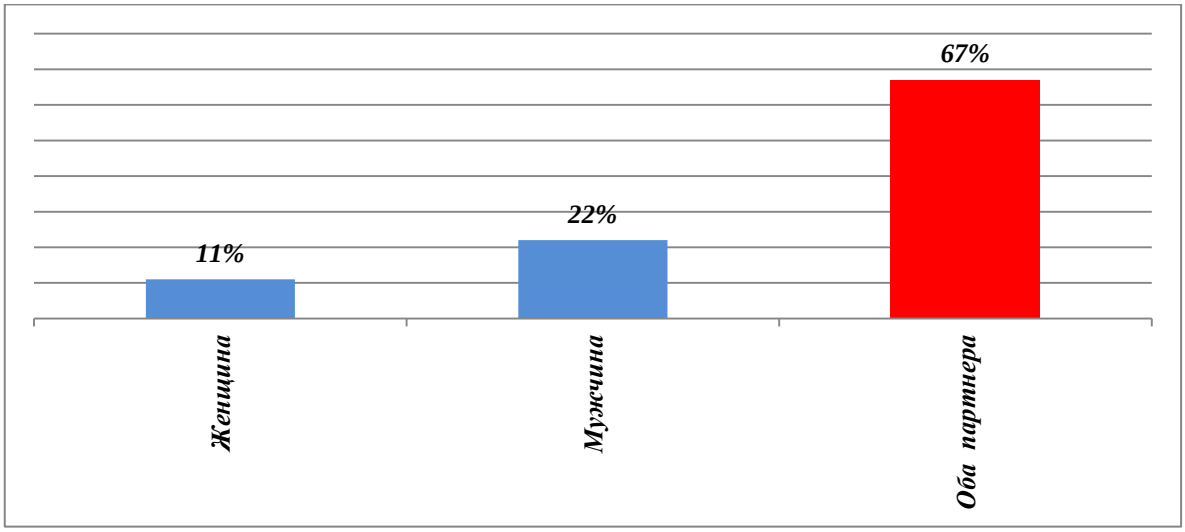


Рис 4. «Кто должен заботиться о контрацепции?»

Психология подросткового периода накладывает свои особенности на рассуждения подростков о том, почему их сверстники рано начинают половую жизнь, поэтому к основным причинам они отнесли «Желание казаться взрослым», «Из любопытства», «Быть как другие».

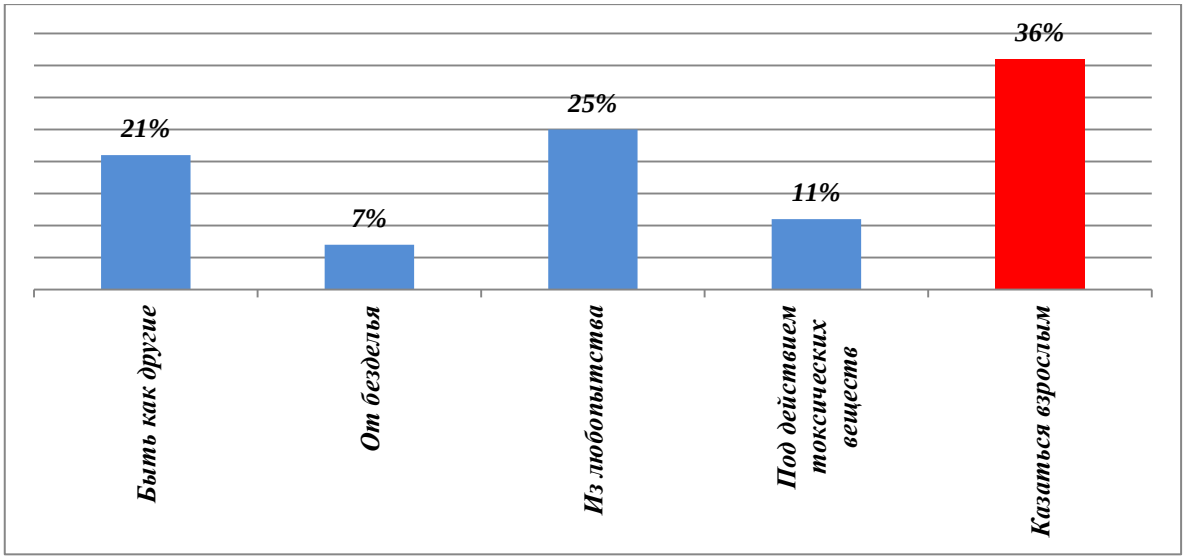


Рис 5. «Как Вы думаете, почему подростки начинают раннюю половую жизнь?»

Большая часть респондентов считают возраст от 17 до 18 лет наиболее предпочтительным для начала вступления в сексуальную жизнь (43% респондентов), что говорит о понимании ответственности за свое сексуальное поведение, но 14% анкетируемых не осознают, что ранний сексуальный дебют негативно сказывается на психологическом и физическом состоянии молодого организма.

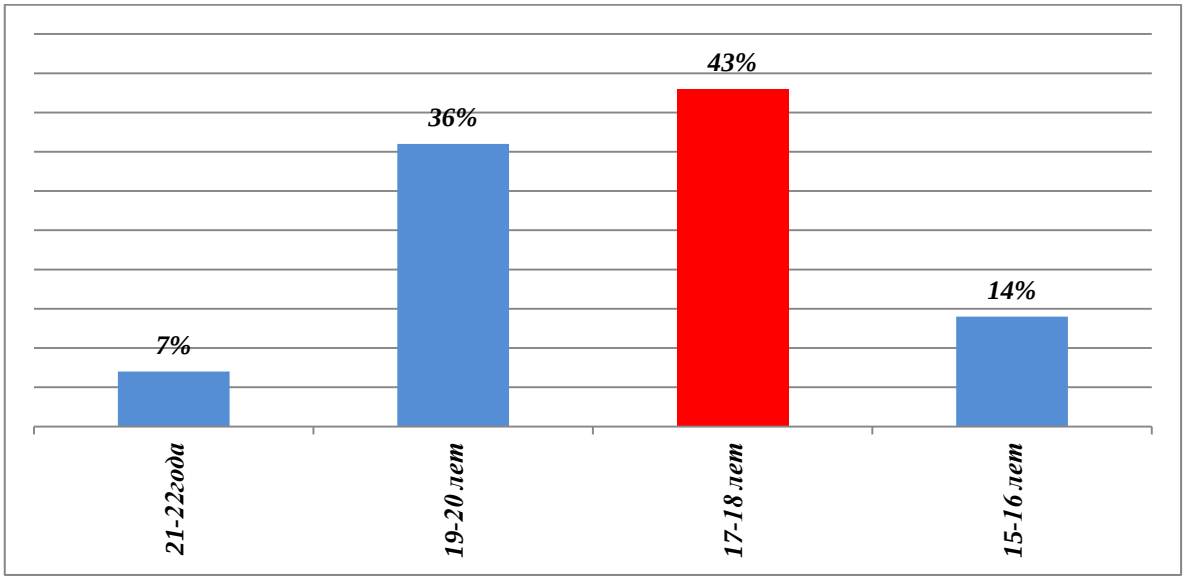
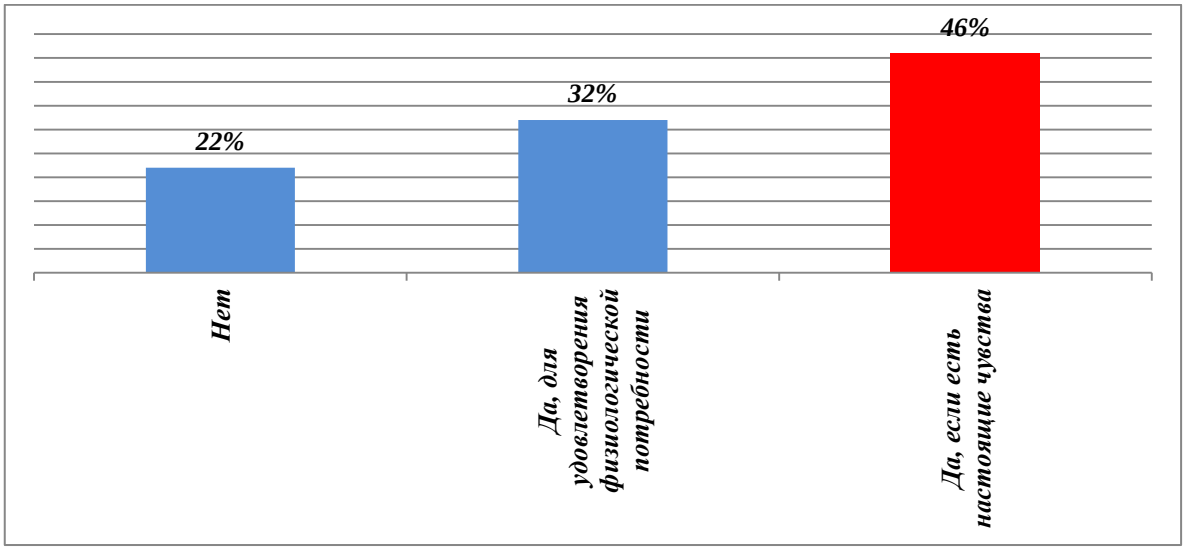


Рис 6. «Оптимальный возраст для начала половой жизни (без ущерба для здоровья)?»

По мнению большинства респондентов (46%), в их среде распространены добрачные половые отношения, поэтому молодые люди считают, что сексуальные отношения допустимы до брака, если есть настоящие чувства и для удовлетворения физиологической потребности.



Согласно ответам большинства респондентов, лидирующим средством контрацепции является презерватив и лишь от 3% до 10% анкетируемых назвали другие средства предохранения от нежелательной беременности.

По мнению большинства респондентов, сексуальные отношения допустимы до брака (46 % анкетируемых).

За раннее начало половой жизни выступают 14% опрошенных нами респондентов.

Вступать в половую связь подростков побуждает множество причин. К основной из них 36 % подростков относят стремление казаться взрослыми.

Согласно результатам проведенного исследования, молодые люди обладают весьма поверхностными знаниями о том, каковы способы и механизмы сохранения и укрепления

своего репродуктивного здоровья. Более конкретными знаниями о том, каковы последствия раннего сексуального дебюта, влияющего на физическое, социальное и психологическое благополучие, как принять ответственное решение о начале сексуальной жизни, насколько важна верность и воздержание в сексуальных отношениях, каковы пути заражения инфекциями, передающимися половым путем, какие существуют средства контрацепции молодые люди обладают крайне редко. Более того, они испытывают в них потребность. Молодые люди декларируют востребованность сексуального образования. При этом вовлеченными в процесс сексуального образования, по мнению подростков, должны быть, как медицинские специалисты, так и родители, и учителя.

Проведенное нами анкетирование и анализ полученных данных позволили сформулировать рекомендации, следование которым снижает риск наступления нежелательной беременности и заражения ЗППП. Профилактика нежелательной беременности и ЗППП должна включать в себя комплекс мер, направленных на предотвращение или уменьшение воздействия потенциальных этиологических факторов:

1. Использование эффективных средств контрацепции, в том числе экстренной.

Основными задачами контрацепции у подростков являются:

- Профилактика первого аборта и непланируемых родов;
- Профилактика ЗППП.

Подростковая контрацепция должна отвечать следующим требованиям:

- Высокая эффективность;
- Безопасность для здоровья;
- Удобство в применении;
- Доступность для приобретения.

Выбирая метод контрацепции, следует помнить, что поведение подростков отличается от поведения юношей и девушек старших возрастных групп и имеет следующие особенности:

- Нерегулярная половая жизнь;
- Нерегулярные менструации;
- Недостаточное сексуальное образование;
- Страх обнаружения средств контрацепции родителями или близкими;
- Выбор контрацептива по «совету» друзей;
- Наличие нескольких половых партнеров.

Несомненно, психофизиологические и социальные особенности подростков диктуют необходимость особенно тщательного и индивидуального подбора средств контрацепции.

Из имеющихся на сегодняшний день различных методов контрацепции подросткам рекомендуется использовать следующие:

- Барьерные (механические);
- Спермицидные (химические);
- Гормональные;
- Методы экстренной контрацепции.

Все остальные методы являются малоприемлимыми и низкоэффективными.

2. Ориентация на более позднее начало половой жизни.

Начало и продолжительность пубертатного периода подвержены значительным колебаниям. В этот период усиленно развивается весь организм, с повышенной нагрузкой

работают внутренние органы, перестраивается деятельность нервной системы, изменяется психика. У мужчины период полового созревания заканчивается только к 23-25 годам, а у женщины к 18-20 годам. Наступает период половой зрелости. Этот период характеризуется расцветом женского и мужского организма, он приходится на самый активный период жизни человека. К началу этого периода мужской и женский организмы подготовлены к выполнению детородной функции, созданию семьи, ответственному родительству.

3. Отказ от добрачных интимных отношений.

Контролируемое половое влечение - мощный источник жизненной энергии, которую можно и нужно направить на то, что обеспечит успешное будущее - на самосовершенствование: обучение, повышение культурного уровня, занятия спортом, помощь близким, познавательные поездки и т.д. Хорошо, если всем этим подросток будет заниматься с человеком, которого надеется видеть в будущем своим супругом (супругой): у молодых людей появятся общие интересы, увлечения, они лучше узнают характеры друг друга.

4. Исключение случайных половых связей.

Беспорядочный секс с разными партнерами, так или иначе, повышает вероятность развития половых инфекций: далеко не все мужчины и женщины регулярно ходят к дерматовенерологу для сдачи анализов. По этой причине рекомендуется придерживаться верности одному проверенному партнёру — соблюдать моногамию.

5. Исключение употребления психоактивных веществ.

Необходимо исключить совершение полового акта под действием алкоголя, наркотических или психотропных средств. При их применении происходит изменение сознания, в результате чего человек не отдаёт отчёта своим действиям. При нахождении в таком состоянии в несколько раз возрастает риск незащищённого полового контакта с незнакомым партнёром.

6. Своевременное обращение к врачу.

При первых признаках или подозрении на ЗППП нельзя заниматься самолечением. Это приведет к хроническому течению болезни и ее осложнению. Очень важно сразу обратиться для обследования и лечения к специалисту.

Библиографический список

1. Кон И.С. Сексуальное образование – глобальная задача XXI века //Социология: теория, методы, маркетинг. – 2013. – № 1 – С. 94–114.

2. Баклаенко Н.Г., Гаврилова Л.В. Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков //Здравоохранение: Журнал для руководства. – 2015. – № 7 – С. 88–96.

3. Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения //СОЦИС. – 2014. – № 7 – С. 110–125.

4. Мартынова В. В., Курило Т.И. Формирование ценностного отношения подростков к репродуктивному здоровью.– Минск: Современная школа, 2017.– 168 с.

5. Соколовский Е.В., Инфекции, передаваемые половым путем: руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2016.– 256 с.

Бушуева Анастасия Владиславовна,
г. Владивосток, ВБМК «Владивостокский базовый медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель хирургии Таранец О.П.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность темы работы определяется тем, что в течение последних 20 лет РМЖ занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения и первое место - в структуре смертности женщин от злокачественных новообразований.

По данным Минздрава России, РМЖ является наиболее распространенным видом рака у женщин: в 2020 г. было зарегистрировано свыше 2,2 миллиона случаев этого заболевания.

В течение своей жизни раком молочной железы будет болеть примерно каждая двенадцатая женщина. Рак молочной железы является главной причиной смерти женщин от онкологических заболеваний. В 2020 г. примерно 685 000 женщин умерли от этой болезни. [11, с.1]

Большая роль в диагностике и профилактике РМЖ принадлежит факторам риска. По данным Всемирной организации здравоохранения, при раннем выявлении и надлежащем лечении треть раковых заболеваний излечима. Рак молочной железы также излечим, если его обнаружить на ранней стадии, вероятность полного излечения составляет 94%. Кроме того, 40% онкологических заболеваний можно предотвратить, бросив курить, питаясь здоровой пищей и занимаясь физическими упражнениями, а также предотвратив заболевания, которые могут привести к раку. Именно поэтому большая роль в диагностике и профилактике РМЖ принадлежит факторам риска.

Целью данной работы является анализ факторов риска возникновения рака молочной железы.

В работе поставлены следующие задачи:

- изучить научно - методическую литературу по теме «Факторы риска возникновения рака молочной железы»;
- раскрыть сущность понятия рака молочной железы и ее общую характеристику;
- ознакомиться с факторами риска возникновения рака молочной железы;
- провести анализ выявления факторов риска возникновения рака молочной железы среди студентов 3 курса специальности «Сестринское дело» ВБМК.

Гипотеза: выявление факторов риска рака молочной железы позволяет увеличить уровень выявляемости на ранних стадиях данного заболевания.

Исследователи: В.Г. Черенков «Онкология», Ш.Х. Ганцев «Рак молочной железы» придерживаются единого мнения, что рак молочной железы не является трансмиссивным или инфекционным заболеванием. В отличие от некоторых онкологических заболеваний, которые возникают по причинам, связанным с инфекцией (например, рак шейки матки связан инфекцией, вызываемой вирусом папилломы человека (ВПЧ)), развитие рака молочной железы не является следствием каких-либо известных вирусных или бактериальных инфекций.

Примерно в половине случаев рак молочной железы поражает женщин, у которых нет какого-либо поддающегося определению фактора риска развития рака молочной железы, за исключением половой принадлежности (женщины) и возраста (старше 40 лет). Некоторые факторы увеличивают риск развития рака молочной железы, например, к таким факторам относится увеличение возраста, ожирение, вредное употребление алкоголя, семейная история рака молочной железы, отмечавшееся в прошлом воздействие радиации, репродуктивная история (например, возраст начала менструаций и возраст первой беременности), употребление табака и гормональная терапия в период постменопаузы. Работа основывается на данной точке зрения.

Объект исследования – факторы риска возникновения рака молочной железы.

Предмет исследования – деятельность медсестры в выявлении факторов риска.

В данной работе использованы следующие методы исследования:

- теоретический;
- аналитический.

Структура работы состоит из введения, 3-х разделов основной части, заключения, списка использованных источников и приложения.

Итогом исследования практического раздела является анализ факторов риска возникновения рака молочной железы среди студентов 3 курса специальности «Сестринское дело» ВБМК.

1 Общая характеристика рака молочной железы

1.1 Этиология РМЖ

Рак молочной железы - злокачественная опухоль, возникающая из ткани молочной железы, характеризующаяся довольно агрессивным ростом и способностью к активному метастазированию. В мире это наиболее частая форма рака среди женщин, поражающая в течение жизни от 1/13 до 1/9 женщин в возрасте от 13 до 90 лет. Это также второе по частоте после рака лёгких онкологическое заболевание в популяции в целом (считая и мужское население; поскольку МЖ состоит из одинаковых тканей у мужчин и женщин, рак молочной железы (РМЖ) иногда встречается и у мужчин, но случаи этого вида рака у мужчин составляют менее 1 % от общего количества больных данным заболеванием).

История рака молочных желез настолько древняя, как и человеческая цивилизация. Следы рака молочных желез находят повсеместно при археологических раскопках. От этого недуга страдали женщины Египта, Китая, Перу, народностей, населявших территорию современной России и Европы. Первая письменная характеристика рака молочной железы отражается в третьем тысячелетии до нашей эры! В тот же период времени лекарства старались классифицировать болезнь, разделяя опухоли на холодные и горячие. О раке молочной железы писали все известные врачи: Демоседес, Гиппократ, Гален и др. Последний термин «рак» был введен Гиппократом, так как опухоль напоминала ему краба, он предложил убрать молочную железу, поврежденную злокачественными опухолями, сохраняя большую грудную мышцу. Операции по удалению молочной железы известны человечеству, по крайней мере, две с половиной тысячи лет, что напоминает историю амазонок, убравших правую грудь, чтобы не мешать стрельбе из лука.

Значительный прорыв в лечении рака молочной железы произошел только в 17 веке, когда благодаря работе исследователей стало понятно, что заболевание склонно быстро распространяться по лимфатическим путями и кровеносным сосудам. Новые знания

сподвигли француза Жан-Луи Петита и шотландца Бенджамина Белла удалять не только пораженную заболеванием МЖ, но и подмышечные лимфоузлы и подлежащую грудную мышцу. Подобная техника хирургического вмешательства была доведена до совершенства в конце 19 века Холстедом М.Х., после чего операция получила название радикальная мастэктомия по Холстеду и применяется до сих пор. За последние десятилетия наука сделала огромный рывок в плане изучения морфологического строения и степени злокачественности различных видов РМЖ, разработаны способы диагностики наследственных форм, внедрены новые способы диагностики самого заболевания и отдаленных метастазов. С каждым годом внедряются новые методы лечения рака, позволяющие существенно продлить жизнь пациенткам, а во многих случаях добиться полного излечения от болезни, многие тысячелетия считавшейся неизлечимой. При грамотно подобранной терапии не менее 10% женщин с раком молочной железы 4 стадии «переступают» 10- летний рубеж выживания, при 3 стадии этот показатель достигает 40%, и с каждым годом это количество растет. [3, с.45]

Факторы риска развития рака молочной железы:

· отсутствие в анамнезе беременностей и родов;

· курение (особенно, если оно начато в юном возрасте);

· раннее менархе (до 12 лет);

· поздняя менопауза (после 55 лет);

· отягощенный семейный анамнез (онкозаболевания у кровных родственников);

· больные, леченные по поводу рака женских половых органов;

· ожирение;

· сахарный диабет;

· гипертоническая болезнь;

· злоупотребление алкоголем;

· употребление гормональных препаратов (непрерывно с целью контрацепции или лечения более 10 лет).

Патогенез РМЖ достаточно сложен, он встречается как у женского, так и у мужского пола. Почти все раки молочной железы возникают из клеток железистого эпителия, выстилающего альвеолярные и дольковые молочные протоки, и поэтому представляют собой типичные аденокарциномы. Однако, при скрининге особенно часто обнаруживаются настоящие внутрипротоковые карциномы. Большинство первичных раков к моменту постановки диагноза инвазируют строму железы (инвазивная карцинома). Подавляющее большинство опухолей представляют собой плотные новообразования, расположенные внутри железы, иногда к моменту постановки диагноза наблюдаются изъязвления кожного покрова, и опухоль приобретает инфильтрирующий характер. При небольшом поражении кожных покровов наблюдается морщинистость, втяжение кожи, при инфильтрации кожи опухолью происходит обструкция локальных лимфатических протоков и развивается симптом апельсиновой корки. Опухоли крайне полиморфны.

Существует множество этиологических факторов, которые повышают риск развития заболевания. Изначально весь каскад губительных для организма реакций начинается с повреждения генетической информации одной единственной клетки. Парадокс в том, что именно здоровые клетки, после свершения нарушения в ДНК, исполняют роль канцерогенов, другими словами, стимулируют рост опухоли. [2, с.56-57]

Повреждения ДНК, возникшие в результате воздействия эстрогена и приводящие к развитию рака этого органа, были доказаны экспериментально. Некоторые люди наследуют дефекты в ДНК (генах BRCA1, BRCA2 и P53), с которыми связывают возникновение рака.

Раковая клетка характеризуется отсутствием барьеров в делении, она способна делиться бесконечно долго, главное, чтоб ей для этого хватало питательных компонентов. Онкология молочной железы развивается вследствие снижения иммунной реактивности организма-хозяина, из-за чего раковая клетка с поврежденной ДНК остается незамеченной, продолжает размножаться и при этом перестает подвергаться атакам клеточного звена иммунитета. Все это приводит к возникновению опухоли.

Локальное распространение опухоли происходит вглубь, на грудную стенку и связанные с ней структуры или кнаружи, на кожу. По лимфатической системе опухоль распространяется на подмышечные и надключичные лимфоузлы, а также на внутриорганную лимфатическую сеть. У некоторых пациенток наблюдается агрессивный местный рецидив опухоли, который не сопровождается образованием отдаленных метастазов. Опухоль в виде обширной язвы поражает большую часть грудной стенки. Причины такой агрессивности опухоли неясны.

Рак молочной железы начинается локально и распространяется через регионарные лимфатические узлы и/или кровоток. Метастатический рак молочной железы может поразить практически любой орган; наиболее часто поражаются легкие, печень, костная система, мозг и кожа. Большинство метастазов кожи развиваются в области хирургического вмешательства на молочных железах.

Гематогенное распространение опухоли играет критическую роль, поскольку пациентки умирают от отдаленных метастазов, а не от ее локального роста. Выявлена взаимосвязь между количеством пораженных лимфатических узлов и выживаемостью. Поражение внутренних лимфатических узлов является ранним и важным признаком существования опухоли, расположенной в центральной зоне молочной железы. [9, с.75]

1.2 Классификация и стадии РМЖ

Существует несколько видов классификации рака молочных желез. Наибольшей популярностью пользуются два: TNM-метод и гистологический метод.

Классификация по TNM.

· T - опухоль; TX - когда нельзя дать оценку опухоли; T0 - когда данные про опухоль отсутствуют; Tis - carcinoma in situ -- рак на месте; T1-T4 - изменение в размерах или в площади распространенности первичной опухоли (T1<2см; T2>2 см до 5 см; T3>5 см; T4 - опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку или кожу).

· N - узел; NX - нет оценки лимфоузлам; N0 - нет метастаз в лимфоузлах; N1-N3 - увеличение лимфатических узлов (N1 - смещаемые подмышечные лимфатические узлы; N2 - фиксированные подмышечные лимфатические узлы, внутренние лимфатические узлы молочной железы; N3 - подключичные, внутренние и надключичные лимфатические узлы в различных сочетаниях).

· M - метастазирование; M0 - нет метастаз; M1 - метастазы присутствуют. [10, с.112]

Гистологическая классификация.

1) Протоковая карцинома - означает, что раковые клетки не перемещаются на ткани желез, которые находятся рядом. Считается, что эта форма самая ранняя, выявить ее достаточно сложно, так как внешне она практически не проявляется.

2) Дольковая карцинома - распространяется по долькам железы, откуда собственно и название. Поражение одновременно двух желез.

3) Инфильтрирующая протоковая карцинома - этот вид обозначает наличие небольшой твердой припухлости размером от 1 до 10 см, деформация соска. Раковые клетки способны метастазировать по лимфатическим и кровеносным сосудам.

4) Инфильтрирующая лобулярная карцинома - этот вид опухоли встречается у женщин возрастом 45-56 лет. Проявляется уплотнением в верхней части желез. Имеет способность к метастазированию на яичники или матку. Маммографией не всегда может выявить данный вид опухоли.

5) Злокачественное поражение с признаками воспаления - этот вид опухоли легко спутать с маститом, так как симптомы практически одинаковые: повышение температуры, красноватая кожа, наличие уплотнений. Этот вид опухоли молочной железы имеет 3 степень онкологических заболеваний.

6) Медуллярная карцинома - этот вид имеет объемное новообразование и четкие границы. Обычно 3-10% из всех случаев - это медуллярная карцинома.

Стадии рака молочных желез. Существует 4 стадии рака молочной железы, каждая из которых подразделяется на А и В.

1 стадия. Опухоль не превышает 2 см в диаметре и при этом не захватывает лимфатические узлы, расположенные в подмышечной впадине. Окружающую железу клетчатку, раковые клетки не затрагивают, метастазирования не наблюдается. На протяжении пяти лет выживаемость 75- 90%.

2 стадия. Размеры опухоли при стадии 2А колеблются от 2 до 5 см и лимфатические узлы не поражены, или опухоль достигает менее 2 см с метастазами не более, чем в четырех лимфатических узлах. Стадия 2В характеризуется появлением метастазов в подмышечных лимфатических узлах, возможно проникновение метастазов во внутригрудные парастернальные лимфатические узлы. На протяжении пяти лет выживаемость 73 - 85%.

3 стадия. При стадии 3А опухоль превышает 5 см в диаметре, прорастает в лимфатические узлы и в мышечный слой под молочной железой (наблюдаются выделения из соска, его вытяжение, отечность и изъязвления на коже железы). Региональные метастазы отсутствуют. Стадия 3В характеризуется наличием множественных метастазов в подмышечных лимфатических узлах, или/и одиночными метастазами в надключичных узлах. На протяжении пяти лет выживаемость 40 - 57%.

4 стадия. По своему размеру опухоль может быть различна, при этом поражая всю молочную железу и метастазируя в другие органы и ткани. На протяжении пяти лет выживаемость менее 1%.

Панцирные, рожистоподобные и маститоподобные формы рака молочной железы с самого момента их появления относят к 3 стадии рака. При данных формах рака также, как и при раке молочной железы 4 степени, выживаемость пациентов менее 10%, причем из заболевших пяти лет не проживает никто. [4, с. 11-12]

1.3 Клинические формы и симптомы РМЖ

Узловая форма. Наиболее часто встречаемая среди других форм рака молочной железы (75 - 80 %). На ранних стадиях опухоль обычно не причиняет неприятных субъективных ощущений. Единственной жалобой, как правило, является наличие

безболезненного плотного опухолевидного образования или участка уплотнения в том, или ином отделе железы, чаще в верхне-наружном квадранте.

При обследовании оцениваются следующие признаки: состояние кожи, соска и ареолы; особенности пальпируемого уплотнения; состояние регионарных лимфатических узлов.

При осмотре определяется симметричность расположения и форма молочных желез, состояние кожных покровов, ареолы и соска. Даже при небольших (до 2 см) опухолях можно определить симптом «морщинистости». При центральном расположении опухоли даже при незначительных размерах можно заметить втяжение соска и отклонение его в сторону. При пальпации можно определить «минимальный» рак - около 1 см., все зависит от локализации опухоли. При поверхностном или краевом расположении при самых малых размерах вследствие укорочения Купферовских связок появляется симптом «морщинистости», или втяжения кожи над опухолью. Узел при пальпации чаще безболезненный, без четких контуров, плотной консистенции, ограниченно подвижный вместе с окружающей железистой тканью.

Отек и инфильтрация кожи - симптом «лимонной корки», различного рода деформации ткани железы, заметное на глаз втяжение кожи над опухолью - симптом «умбиликации», отечность ареолы и уплощение соска - симптом Краузе, прорастание и изъязвление кожи, втяжение и фиксация соска и так далее. Отмечаются признаки метастатического поражения регионарных лимфатических узлов: наличие одиночных плотных, увеличенных, безболезненных узлов или в виде конгломератов.

В метастатической стадии присоединяются симптомы опухолевой интоксикации: слабость, головокружение, потеря аппетита и другие. Появляются симптомы поражения других органов: кашель, одышка, боли в брюшной полости и костях, что требует уточняющей диагностики с целью установления стадии заболевания.

Диффузные формы рака молочной железы встречаются сравнительно редко (2-4% всех больных раком молочной железы). К нему относятся следующие формы:

1) Отечно-инфильтративный рак. Он характеризуется наличием безболезненного или слегка болезненного плотного инфильтрата без четких границ, занимающего большую часть железы. Молочная железа увеличена в размерах, кожа отечная, гиперемирована в складку, собирается с трудом, имеет вид «апельсиновой корки» за счет блокады лимфатических путей опухолевыми эмболами или сдавления опухолевым инфильтратом. Отек наиболее выражен на ареоле и окружающих тканях. В подмышечной впадине нередко определяются плотные лимфатические узлы, сливающиеся в конгломерат.

2) Воспалительный (инфламативный) рак. Эта форма представлена маститоподобным и рожистым раком. Они встречаются довольно редко, но зачастую являются причиной серьезных диагностических ошибок.

Маститоподобный рак характеризуется выраженными симптомами кожной гиперемии и гипертермии. Молочная железа увеличена в размерах, отечна, напряжена, инфильтрирована, горячая на ощупь. В толще железы прощупывается болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, синюшная.

При рожеподобном раке молочной железы кожа резко гиперемирована, с неровными краями в виде «языков пламени» за счет распространения опухолевых клеток по

лимфатическим капиллярам и сосудам - раковый лимфангоит. Отек кожи, гиперемия и гипертермия приобретают наибольшую степень выраженности.

3) Панцирный рак. Редко встречается, протекает длительно, торпидно. Характеризуется обширной опухолевой инфильтрацией ткани железы, и покрывающей ее кожи. Процесс может выходить за пределы молочной железы и распространяться на грудную клетку, а также на другую молочную железу. Проявляется сморщиванием, уплотнением и уменьшением в размерах молочной железы. Изменения кожи напоминают панцирь: появляется множество мелких сливающихся опухолевых узлов, кожа становиться плотной, пигментированной и плохо смещается.

Внутрипротоковый рак. Чаще всего развивается из внутрипротоковой папилломы и представляет собой микрофолликулярные очаги. В начальной стадии одним из симптомов являются кровянистые выделения из соска. Пальпаторно опухоль сложно определить, вследствие ее небольших размеров и мягкой консистенции.

Рак Педжета. Внутрипротоковый эпидермотропный рак молочной железы, возникающий из устьев крупных выводных млечных протоков соска. Имеет различное клиническое течение: часто на первый план выступает поражение соска и ареолы, реже вблизи соска определяется опухоль, а изменения соска носят вторичный характер. Больные ощущают в области соска чувство жжения, покалывания и умеренный зуд. В начальной стадии на соске и ареоле появляются чешуйки, поверхностные эрозии, незаживающие трещины. Сосок увеличен в объеме, уплотнен, отмечается также отечность ареолы. Кожа имеет красноватый цвет, местами она представляется зернистой, как бы лишенной эпидермиса. С течением времени сосок уплощается, разрушается, на его месте образуется изъязвленная поверхность, далее процесс распространяется на ареолу. Вид молочной железы меняется: на месте соска и ареолы - изъязвленная дискообразная поверхность, возвышающаяся над уровнем кожи с валикообразными краями. В дальнейшем процесс распространяется эксцентрически, захватывая все новые участки. В ткани молочной железы можно уже четко пропальпировать опухолевидное образование. [8, с. 27-28]

К основным признакам рака молочной железы, которые должны насторожить женщину, относятся:

Уплотнения в молочной железе. Одним из самых ранних признаков неблагополучия является уплотнение, которое можно прощупать самостоятельно. Как показывает практика, 70-80% всех заболевших женщин смогли самостоятельно заметить первые симптомы рака молочной железы. Среди всех обнаруженных опухолей большая часть оказывается доброкачественными. Но помощь специалиста - врача - маммолога нужна в любом случае. Категорически необходимо избегать методик самолечения.

Выделения из молочных желез. С появлением опухоли могут начаться выделения из сосков. Они не зависят от фазы менструального цикла. Поначалу они могут не беспокоить, но со временем выделений становится больше. Цвет выделений может быть любым: прозрачным, кровянистым, желто-зеленым, с примесью гноя. Вскоре появляются ранки, которые при запущенных формах могут переходить в язвенные поражения большей площади. Причем в процесс вовлекается не только сосок, но и остальная часть груди.

Изменение вида молочной железы. Вид груди начинает изменяться, причем как цвет кожного покрова над опухолевым очагом, так и структура кожи. Оттенок кожи на молочной железе может быть от слегка розоватого до багрового. В некоторых случаях на молочной

железе можно заметить шелушение кожных покровов. Определить видоизменения на груди можно, проделав простейший тест. Подняв руки над головой, следует обратить внимание на кожу. Появление на груди своеобразных ямочек свидетельствует о проблеме. К тому же могут измениться очертания молочной железы. Приплюснутость, вытянутость либо иная другая форма - симптомы рака грудной железы. Иногда можно наблюдать втягивание соска. Причем, чем больше поражение, тем сильнее втягивается сосок.

Увеличение лимфатических узлов. Увеличение подмышечных лимфатических узлов и болевые ощущения с пораженной стороны - повод для немедленного обращения к врачу.

Рак груди может копировать симптомы других заболеваний молочной железы, например, мастита (воспаление молочной железы с покраснением груди, повышением температуры тела и болями в молочной железе), рожистого воспаления (воспалительное заболевание кожи с покраснением, болезненностью в области молочной железы) и другие. Именно поэтому любые изменения молочных желез (особенно после 30 лет) должны насторожить женщину и стать причиной обращения к врачу. Если замечен, хотя бы один из симптомов заболевания, следует сразу пройти обследование. Болезнь, выявленная на I стадии, в 90% случаев излечивается. Согласно статистике, III стадия поддается лечению всего лишь на 40%.

Злокачественная опухоль груди - опасный патологический процесс, развивающийся в МЖ. Данная проблема усугубляется увеличением количества случаев рака молочной железы среди женщин моложе 40 лет.

На начальной стадии заболевания внешние симптомы РМЖ отсутствуют. Первые симптомы рака груди можно заметить, когда механизм болезни уже запущен. [6, с. 38-39]

2 Факторы риска возникновения РМЖ

Немодифицируемые факторы

Пол. Просто быть женщиной означает наличие главного фактора риска рака молочной железы. В связи с тем, что у женщин имеется значительно больше клеток молочной железы по сравнению с мужчинами и, возможно, из-за того, что на их клетки молочной железы оказывает воздействие женские гормоны роста, рак молочной железы встречается значительно чаще среди женщин. У мужчин также возможно возникновение рака молочной железы, но это заболевание наблюдается в 100 раз реже, чем у женщин.

Возраст. Риск возникновения рака молочной железы увеличивается с возрастом. Около 18% случаев рака молочной железы выявляется у женщин в возрасте 40-50 лет, в то время как 77% случаев рака диагностируется после 50 лет.

Генетические факторы риска. Около 10% рака молочной железы наследуется в результате изменения генов (мутаций). Наиболее часто происходят изменения в генах BRCA1 и BRCA2. В норме эти гены помогают предотвращать рак путем выработки белков, не позволяющих клеткам превращаться в опухолевые клетки. Однако если наследуется измененный ген от одного из своих родителей, тогда имеется повышенный риск рака молочной железы.

Женщины с наследуемой мутацией BRCA1 или BRCA2 имеют 35-85% вероятность развития рака молочной железы в течение жизни. У женщин с этими наследуемыми мутациями имеется также повышенный риск рака яичников. Выявлены и другие гены, которые могут приводить к наследуемому раку молочной железы. Одним из них является ген ATM. Этот ген ответственен за восстановление поврежденной ДНК. В некоторых семьях,

имеющих высокую частоту рака молочной железы, выявлены мутации такого гена. Другой ген - СНЕК-2 - также повышает риск рака молочной железы при наличии его мутации. Наследуемые мутации гена супрессии (подавления) опухоли р53 тоже могут повысить риск развития рака молочной железы, а также лейкоза, опухолей ГМ и различных сарком.

Семейный рак молочной железы. Риск рака молочной железы выше среди женщин, чьи близкие (кровные) родственники страдали таким заболеванием. Риск развития рака молочной железы повышен, если:

есть один или более родственников с раком молочной железы или яичников.

рак молочной железы возник в возрасте до 50 лет у родственника (мать, сестра, бабушка или тетя) со стороны отца или матери. Риск выше, если у матери или сестры был рак молочной железы.

есть родственники с раком молочной железы или яичников.

есть один или более родственников с двумя злокачественными опухолями молочной железы и яичников или два различных рака молочной железы.

имеется родственник-мужчина (или родственники) с раком молочной железы.

имеется в семье случаи рака молочной железы или яичников.

имеются в семье заболевания, связанные с наследуемым раком молочной железы (синдромы Li-Fraumeni или Cowdens).

Наличие одного ближайшего родственника (мать, сестра или дочь) с раком молочной железы приблизительно удваивает риск рака молочной железы у женщины, а наличие двух ближайших родственников увеличивает ее риск в 5 раз. И хотя точный риск неизвестен, женщины, в семье которых был рак молочной железы у отца или брата также имеют повышенный риск рака молочной железы. Таким образом, около 20-30% женщин с раком молочной железы имеет члена семьи с таким заболеванием. [1, с.24]

Раса. У белых женщин рак молочной железы развивается несколько чаще, чем у афро-американских женщин. Однако афро-американские женщины чаще умирают от этого рака в связи с более поздней диагностикой и распространенными стадиями, которые труднее поддаются лечению. Не исключено, что у афро-американских женщин имеются более агрессивные опухоли. У местных американских женщин и у женщин азиатского и латиноамериканского происхождения отмечен низкий риск развития рака молочной железы.

Предшествующее облучение молочной железы. Если женщины, в более молодом возрасте лечились по поводу другой опухоли и получали лучевую терапию на область грудной клетки, то они имеют повышенный риск развития рака молочной железы. У более молодых больных отмечен более высокий риск. Если лучевая терапия проводилась в сочетании с химиотерапией, то риск снижается, так как она часто приводит к прекращению выработки гормонов яичника.

Менструальные периоды. Женщины, у которых менструации начались рано (до 12 лет) или у которых менопауза наступила поздно (после 50 лет) имеют незначительно повышенный риск рака молочной железы. [7, с.87]

Модифицируемые факторы

Отсутствие детей. Бездетные женщины и женщины, родившие первого ребенка после 30 лет, имеют несколько выше риск развития рака молочной железы.

Применение противозачаточных препаратов. До настоящего времени не ясно, влияет ли применение внутрь противозачаточных препаратов на риск рака молочной железы.

Предполагается, что женщины, применяющие противозачаточные препараты, имеют повышенный риск рака молочной железы по сравнению с теми, кто их никогда не применял. У женщин, прекративших прием оральных противозачаточных препаратов более 10 лет тому назад, повышенного риска рака молочной железы не отмечено.

Гормональная заместительная терапия. Доказано, что длительное (несколько лет) применение гормональной заместительной терапии после менопаузы, особенно комбинация эстрогенов и прогестерона повышает риск рака молочной железы. Более того, это увеличивает вероятность смерти от рака молочной железы.

Если сохранена матка, врачи обычно рекомендуют применение эстрогена и прогестерона. Эстроген облегчает симптомы менопаузы и предотвращает остеопороз (истончение костей, которое может привести к перелому). Однако эстроген может повысить риск развития рака матки. Прогестерон добавляется для предотвращения этого осложнения.

В случае если матка отсутствует, то рекомендуется применение только эстрогена. Обычно это известно под названием заместительной терапии эстрогеном.

Крупные исследования показали, что повышенный риск рака молочной железы связан с применением комбинации эстрогена и прогестерона. Более того, увеличивается вероятность рака в поздних стадиях.

Риск от применения гормональной заместительной терапии существует только в отношении тех, кто ее получает в настоящее время или получал недавно (в течение последних 5 лет).

В настоящее время нет серьезных причин для назначения гормональной заместительной терапии с целью временного облегчения симптомов менопаузы. Кроме повышения риска рака молочной железы, такая терапия приводит к повышению риска сердечных заболеваний, образования тромбов и инсультов.

Решение о применении гормональной заместительной терапии после менопаузы должно приниматься женщиной и врачом после рассмотрения возможных рисков и пользы, включая факторы риска заболевания сердца, рака молочной железы, остеопороза и тяжесть симптомов менопаузы.

Кормление грудью. Предполагается, что кормление грудью несколько снижает риск рака молочной железы, особенно если кормление продолжается в течение 1,5-2 лет. Однако имеются суждения, что связи между кормлением грудью и риском рака молочной железы не существует.

Объяснение этого заключается в следующем. Как беременность, так и кормление грудью уменьшает общее число менструальных циклов. Это аналогично риску в результате позднего начала менструации или ранней менопаузе, что также уменьшает общее число менструальных циклов. **Наличие большего количества детей и длительное кормления грудью может снизить риск рака молочной железы наполовину.**

Алкоголь. Употребление алкоголя четко связано с повышением риска рака молочной железы. По сравнению с непьющими, у женщин, употребляющих одну рюмку алкоголя в день, отмечено незначительное повышение риска. У тех же, кто употребляет от 2 до 5 рюмок алкоголя ежедневно, риск повышается более существенно по сравнению с непьющими женщинами. Алкоголь также повышает риск развития рака полости рта, глотки и пищевода. Мы рекомендуем ограничить употребление алкоголя или отказ от него вообще.

Ожирение и диеты с высоким содержанием жиров. Ожирение связано с повышенным риском развития рака молочной железы, особенно у женщин после менопаузы (возникающей обычно в возрасте 50 лет). Хотя яичники вырабатывают большинство эстрогенов, жировая ткань может превращать некоторые другие гормоны в эстроген. Наличие большого количества жировой ткани может увеличить уровни эстрогена и повысить вероятность развития рака молочной железы. Однако взаимосвязь между весом и риском рака молочной железы сложная. Например, риск повышен у женщин, набравших лишний вес во взрослом возрасте, но не повышен у тех, кто имел избыточный вес с детства. Кроме того, избыточный жир в области талии больше влияет на риск, чем такое же количество жира в области поясницы и бедер. Это, предположительно можно объяснить тем, что жировые клетки в различных частях тела несколько отличаются по метаболизму.

Изучение значения жира в пище и риска рака молочной железы нередко дает противоречивые результаты. Чаще всего говорят, что рак молочной железы встречается реже в странах, где типичная диета содержит малое количество общего жира, с низким содержанием полиненасыщенного жира и насыщенного жира.

С другой стороны, многие исследования в США не обнаружили зависимости между риском рака молочной железы и потреблением пищевого жира. Ученые до сих пор не могут объяснить такое очевидное несоответствие. Многие полагают, что исследования, касающиеся взаимосвязи диеты и риска рака молочной железы, осложняются наличием других различий (например, уровнем активности, потреблением других пищевых веществ, генетических факторов), которые также могут изменять риск рака молочной железы.

Эти факторы влияют также на риск возникновения некоторых других видов рака, а потребление некоторых жиров четко связано с риском заболеваний сердца. Мы рекомендуем поддерживать нормальный вес и ограничить употребление красного мяса, особенно, с высоким содержанием жира или переработанного в мясные продукты.

Физическая активность. Изучение физической активности и рака - относительно новая область исследования. Показано, что энергичное занятие физическими упражнениями в молодости может создать длительную защиту от рака молочной железы, а умеренная физическая активность во взрослом возрасте может снизить риск рака молочной железы. [5, с.327]

Группы факторов риска:

1. Подтвержденные. К этой группе относят факторы, которые не вызывают сомнения, – это наследственность, онкологические опухоли молочных желез в анамнезе, внутрикистозные разрастания, внутрипротоковыепапилломы.

2. Возможные. К ним относятся заместительная гормонотерапия, которая продолжалась длительный период, мастопатия, травмы, раннее начало месячных, первые роды в позднем возрасте, менопауза позже 55 лет, отсутствие родов.

3. Маловероятные. Алкоголь, контрацептивы, наркотические средства, никотин.

Таким образом, на сегодняшний день не выявлено ни одного специфического фактора риска развития рака молочной железы, поскольку заболевание является мультифакторным, связанным как с генетическими предпосылками, так и с влиянием окружающей среды. Вместе с тем все перечисленные факторы часто встречаются в группе здоровых женщин, у которых на протяжении жизни рак молочной железы не развивается. В 4,0-8,0% наблюдений злокачественные новообразования молочной железы диагностируется при отсутствии

какого-либо фактора риска (патологии молочной железы, дисгормонального заболевания и других). Такая ситуация требует более глубокого детального изучения различных факторов риска, обнаружения наиболее неблагоприятных их сочетаний и поисков новых, ранее не установленных факторов, влияющих на развитие рака молочной железы или препятствующих ему.

3 анализ факторов риска возникновения рака молочной железы среди студентов 3 курса ВБМК

Для того, чтобы провести анализ факторов риска возникновения РМЖ среди студентов Владивостокского базового медицинского колледжа 3 курса специальности «Сестринское дело» было проведено анонимное анкетирование. Объектом исследования стали женщины репродуктивного возраста. В анкетировании приняли участие женщины в возрасте от 19 до 49 лет, в количестве 40 человек. В ходе исследования стало известно, что большая часть анкетируемых, это женщины до 30 лет (рис.1).

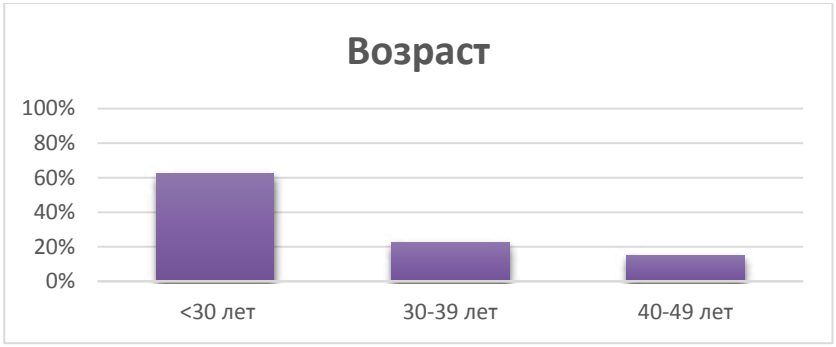


Рис.1 Возраст участников анкетирования.

Для оценки осведомленности о раке молочной железы среди женского коллектива анкетируемым был задан вопрос «Знаете ли вы о проблеме рака груди?».

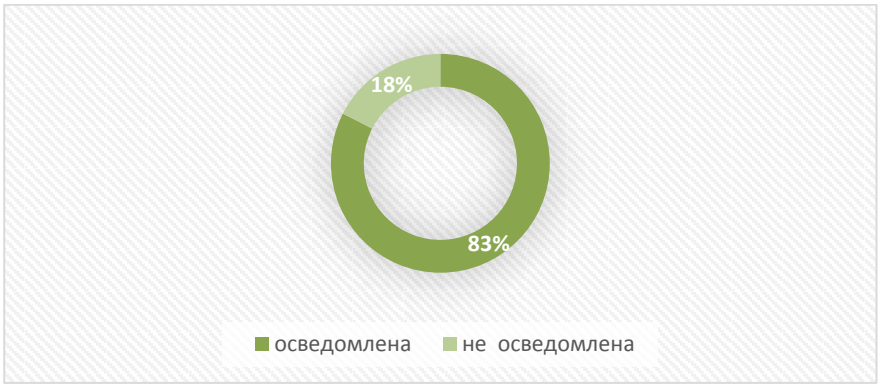


Рис.2 Осведомленность студенток о раке молочной железы.

Из полученных данных можно сделать вывод, что 82% студенток имеют представление о раке молочной железы, в то время как 18% не знают.

На первом этапе исследования мы решили оценить приверженность к ведению здорового образа жизни, а также выявить гиподинамию среди женского коллектива ВБМК (рис.3).

На вопрос анкеты: «Занимаетесь ли вы спортом?» — положительно ответили только 50 % опрошенных. В то время как на вопрос про малоподвижный образ жизни большинство ответили отрицательно (72,5%) опрошенных.

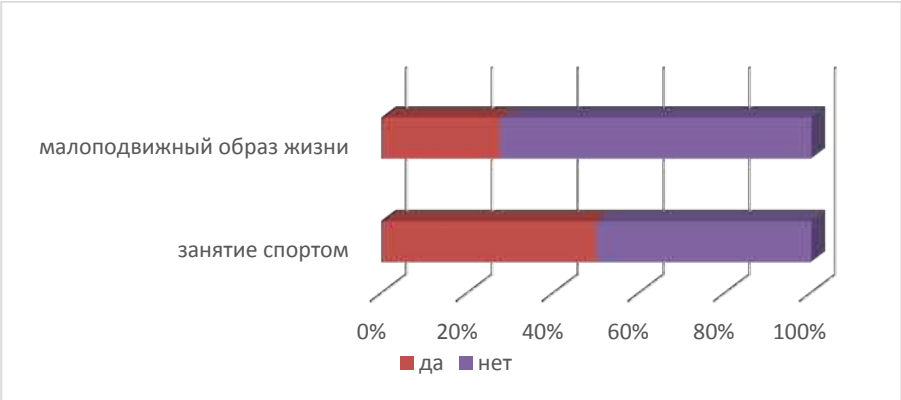


Рис.3 Выявление гиподинамии.

Гиподинамия является одним из факторов риска любого заболевания, не только РМЖ. По мнению учёных, постоянная физическая активность уменьшает вероятность рака груди на 10-25%. Следует помнить, что для нормального функционирования молочная железа должна быть окружена крепкими мышцами, поддерживающими ее.

Одним важных факторов риска является менструальный статус. Для этого был задан вопрос касающийся начала менструации (рис.4).

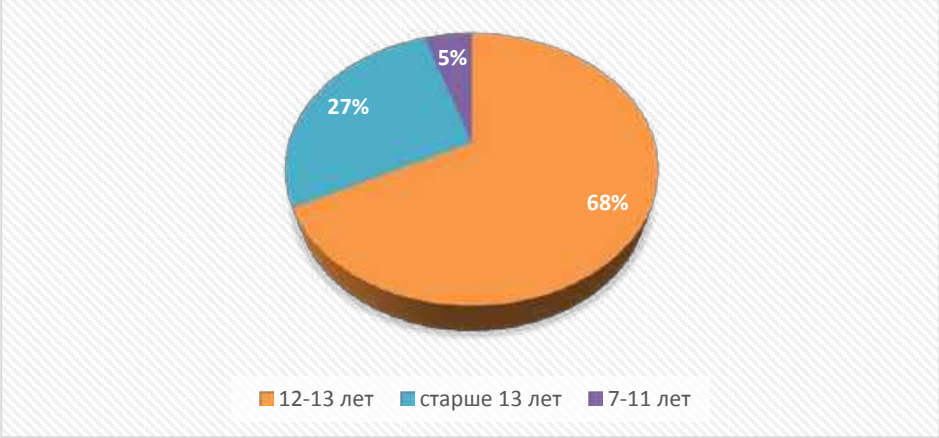


Рис.4 Менструальный статус.

Ранее менархе (ранее 12 лет) или позднее (после 13 лет), увеличивает риск патологии в 2-2,5 раза. По итогу опроса данный фактор риска имеется у 5% (7-11 лет) и 28% (старше 13 лет) анкетируемых.

Также на заболеваемость РМЖ влияет репродуктивное здоровье женщины.

На вопросы: «Делали ли вы аборт? В каком возрасте впервые родили? Кормили ли вы ребенка грудью? Принимаете ли вы гормональную контрацепцию?» - ответы распределились следующим образом:

15% женщин делали аборт, у 2,5% респондентов рождение первого ребенка произошло в возрасте старше 30 лет, 7,5 % - отказались от грудного вскармливания, 12,5% для предотвращения нежелательной беременности принимают гормональный контрацептивы (рис.5).

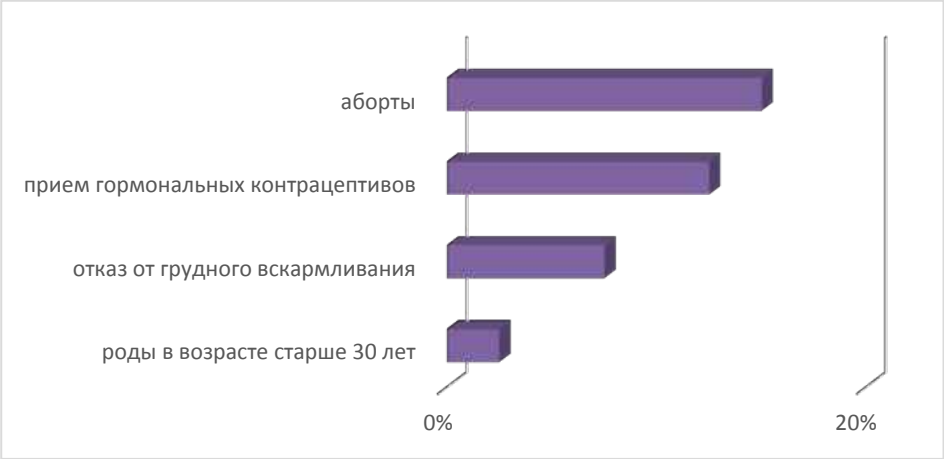


Рис.5 *Сколько беременностей, родов, и абортов характеризуют качественную сторону репродуктивного поведения.*

Каждый дополнительный год кормления грудью снижает риск развития рака груди на 4,3%, а каждые дополнительные роды - на 7%.

Под влиянием наследственного фактора у некоторых женщин серьезно возрастает вероятность развития рака молочной железы. Для того, чтобы выяснить наследственную предрасположенность студенткам был задан вопрос: «Был обнаружен у кого из членов семьи (родители, брат / сестра) рак молочной железы, простаты, легких или кишечника?». 15% опрошенных входят в данную группу риска (рис.6).

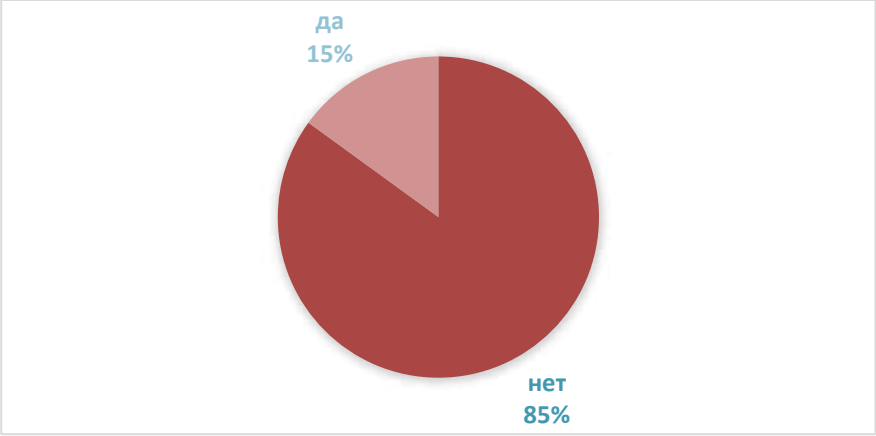


Рис.6 Наследственность.

Женщины, которые имеют одну/более ближайших родственниц (сестра/мать) больных раком груди, подвергаются незначительно большему риску; в случае если раковое поражение у родственницы развилось в постклимактерический период и тем более, если при этом рак охватил обе молочные железы, риск немного возрастает.

Одним из факторов, который может повлиять на риск развития рака молочной железы и других онкозаболеваний, является ожирение. Чтобы этот фактор выявить мы решили выяснить у студенток какой у них вес. (рис.7)

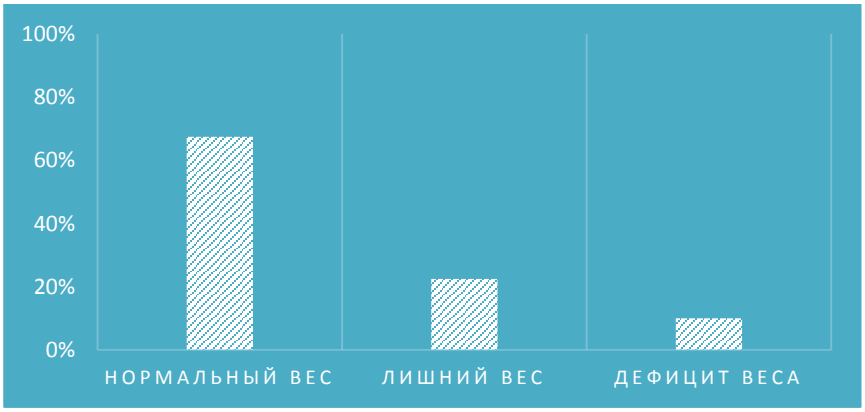


Рис.7 Весовая категория.

У 22,5% опрошенных имеется такой фактор риска, как ожирение. Оно увеличивает риск возникновения болезни на 40%. Ожирение приводит к нарушению гормонального баланса и, как следствие, появлению патологических изменений в клетках.

По итогам анкетирования можно сделать следующие выводы:

1. Существует множество факторов риска.

2. Опрос среди студенток 3 курса ВБМК показал существование факторов риска возникновения рака молочной железы: ранее и позднее начало менструации, первая беременность после 30 лет, прием гормональных контрацептивов, отказ от кормления грудью, гиподинамия, наличие наследственности, ожирение.

Заключение

Цель курсовой работы достигнута: проанализированы факторы риска возникновения рака молочной железы.

Задачи исследования выполнены:

- изучена научно - методическая литература по теме «Факторы риска возникновения рака молочной железы»
- раскрыта сущность понятия рака молочной железы и дана ее общая характеристика
- ознакомлены с факторами риска возникновения рака молочной железы
- проведен анализ выявления факторов риска возникновения рака молочной железы среди студентов 3 курса специальности «Сестринское дело» ВБМК.

Выводы:

1. Рак молочной железы — это злокачественное новообразование (опухоль) железистой ткани молочной железы. В мире это самый частый вид рака среди женщин, им болеют женщины в возрасте от 13 до 90 лет. На начальной стадии заболевания внешние симптомы рака молочной железы отсутствуют. Первые симптомы рака груди можно заметить, когда механизм болезни уже запущен.

2. Существует много факторов риска возникновения рака молочной железы. Некоторые из этих факторов невозможно контролировать (немодифицируемые), например: женский пол, возраст после 40 лет, наследственность, раса, менструальные периоды. Другие факторы риска контролируются (модифицируемые), например: отсутствие детей, применение противозачаточных препаратов, кормление грудью, злоупотребление алкоголем, ожирение и диеты с высоким содержанием жиров, физическая активность.

3. Опрос среди студенток 3 курса специальности «Сестринское дело» ВБМК показал существование факторов риска возникновения рака молочной железы: ранее и позднее начало менструации, первая беременность после 30 лет, прием гормональных контрацептивов, отказ от кормления грудью, гиподинамии, наличие наследственности, ожирения.

Группа риска возникновения рака молочной железы составляют больше половины респондентов.

Возможные факторы риска – 60%.

Маловероятные факторы риска - 40%.

Анкетируемых с возможными факторами риска выявлено 24 человека, им рекомендуется пересмотреть образ жизни и ежемесячно выполнять самоосмотр на 5–7 день менструального цикла, в возрасте после 40 лет проходить маммографию 1 раз в 2 года. При наличии наследственной предрасположенности к РМЖ, необходимо наблюдение онколога на 10 лет раньше самого «молодого» РМЖ в семье. (Например, если мать заболела в 45 лет — дочери необходимо начать наблюдаться в онкологическом учреждении в 35 лет.) Женщин с маловероятными факторами риска 16 человек, им также необходимо следить за своим здоровьем, в возрасте 20-40 лет проходить осмотры в смотровом кабинете 1 раз в год.

Библиографический список

1. Бит-Сава Е.М. Наследственный рак молочной железы: учебно-методическое пособие для вузов/ Е.М. Бит-Сава, Н.Е. Мантурова, К.С. Титов, М.Б. Белогурова – М. :Санкт-Петербург, 2019. – С. 59.

2. Ганцев, Ш. Х. Онкология : учебник / Ш. Х. Ганцев ; под редакцией Ш. Х. Ганцева, В. Н. Павлова. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2020. – С. 302.

3. Давыдов М. И. Онкология: учеб. пособие / М.И. Давыдов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- С. 79.

4. Дымарский Л.Ю. Рак молочной железы / Л.Ю. Дымарский - М. : Медицина, 2018. – С. 325.

5. Савина В.А. Факторы риска развития доброкачественных и злокачественных новообразований молочной железы / В.А. Савина, Е.А. Титарева, К.А. Блинова // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека: сб. статей. – Иваново, 2019. – Вып.5. – С. 326-328.

6. Семиглазов В.В. Рак молочной железы: профилактика и лечение/ В.В. Семиглазов, Э.Э. Топузов М: Медицина, 2018. – С. 347.

7. Франка Г. А. Рак молочной железы : практическое руководство для врачей / под ред.: Г. А. Франка, Л. Э. Завалишиной, К. М. Пожарисского. - М: Практическая медицина, 2020. – С. 176.

8. Харченко В.П. Маммология. Национальное руководство/ В.П. Харченко, Н.И. Рожкова М: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 257.

9. Черенков, В. Г. Онкология : учебник / В. Г. Черенков. - 4-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018 – С. 528.

10. Чиссов В.И. Онкология: учеб. / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2019. – С. 1072.

11. Всемирная организация здравоохранения, 2021 [Электронный ресурс]/Центр СМИ – Рак молочной железы. – Режим доступа: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

Кутовая Светлана Владимировна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель хирургии, магистр Бастрыгина Т.В.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ БИРОБИДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА В ВОПРОСАХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Состояние здоровья молодежи является важным фактором и предопределяющим условием благополучия общества и его прогрессивного развития. На сегодняшний день, общепризнанным является определение здоровья, которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Стоматологическое здоровье представляет собой составную часть общего здоровья человека. Согласно оценкам, приведенным в исследовании «Глобальное бремя болезней» 2019 г., болезнями полости рта страдает до 3,5 миллиарда человек во всем мире, а наиболее распространенной патологией является кариес постоянных зубов. По оценкам, кариес постоянных зубов имеют 2 миллиарда человек во всем мире и 520 миллионов детей имеют кариес сменяемых зубов [2].

Кариес зубов практически во всех странах затрагивает население любого возраста и является самым распространенным заболеванием среди населения, поэтому проблема его профилактики продолжает оставаться одной из самых актуальных в современной стоматологии.

Кариозные поражения зубов и заболевания слизистой оболочки полости рта снижают качество жизни, негативно влияют на состояние пищеварительной системы, ухудшают внешний вид и общее самочувствие человека. Профилактика заболеваний полости рта и обучение правильной гигиене является первым шагом на пути к красивой улыбке и оздоровлению всего организма.

Сохранность и укрепление стоматологического здоровья это важная задача нашего общества. Важной группой населения страны являются студенты. Внимательное и бережное отношение к здоровью студенческой молодежи имеет большое социально-медицинское значение. Изучение стоматологического здоровья студентов – медиков является существенным и актуальным, т.к. студенческая молодежь является главным резервом квалифицированных специалистов, которые должны не только сохранять здоровье населения, но и свое здоровье.

Вследствие многообразия факторов риска возникновения стоматологических заболеваний, очень важно выделять из них наиболее значимые для отдельного индивидуума.

Важные сведения о факторах риска, связанных со знаниями и поведением человека, предоставляет анкетирование.

Цель исследования

На основании анкетирования оценить уровень гигиенических знаний и практических навыков по уходу за полостью рта студентов Биробиджанского медицинского колледжа.

Материалы и методы исследования

В исследовании принимали участие 30 студентов Биробиджанского медицинского колледжа в возрасте 18–37 лет. Разработанная нами анкета содержала 20 вопросов характеризующих информированность, мотивацию, оценку своего стоматологического здоровья, основных понятий о профессиональной гигиене полости рта.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования большинство студентов, около 89 %, оценивают свое здоровье полости рта как хорошее.

Начало регулярной самостоятельной чистки зубов у 15 % обследуемых приходился на трехлетний возраст; на четыре года у 36 %; на пять лет у 30 %; в шестилетнем возрасте 14 % отмечают систематичность ухода за полостью рта; в семь лет 4 %.

Основная часть интервьюированных 94 % показала, что правилам чистки зубов их обучали родители и только 6 % указали, что приемам чистки зубов их обучал стоматолог. Из них только 1 % отметили последующую контролируемую чистку зубов.

На вопрос какими зубными пастами вы пользуетесь ответы распределились следующим образом: Colgate – 32 %; Blendamed – 30 %; R.O.C.S. – 5 %; SPLAT – 24 %; Прочие (Асепта, Glister, Lacalut, Parodontax, Лесной бальзам, Новый жемчуг, Doctor Proff, President) – по 7,5 % (рис. 1).



Рисунок 1. Основные зубные пасты, предпочитаемые респондентами

Из зубных щеток 80 % студентов предпочтение отдали фирме Oral B, Colgate; 13 % компаниям Glister и Blendamed; 7 % – R.O.C.S. и Doctor Proff. При этом 76 % отметили, что всегда используют одинаковые зубные пасты и щетки; 24 % разные.

Как часто Вы меняете зубную щетку? На этот вопрос анкетируемые ответили следующим образом: 1 раз в месяц – 0 %; 1 раз в 2 месяца – 23 %; 1 раз в 3 месяца – 50 %; 1 раз в 5–6 месяцев – 27 %.

Процент опрошенных студентов чистящих зубы дважды в день, составил 86 % (утром/вечером); у 14 % – 3 раза в день (утром/днем/вечером). По длительности чистки образовались следующие группы: 1 мин – 6 %; 2 мин – 44 %; 3 мин – 50 %.

Использование дополнительных средств гигиены полости рта является распространенным среди опрошенных студентов. Наиболее используемыми в студенческой среде являются флоссы (5 %) и ополаскиватели (54 %) и не используют дополнительные средства гигиены – 41 %.

Следовательно, студенты медики знают основные правила ухода за полостью рта, но необходима коррекция знаний по дополнительным средствам ухода.

Кровоточивости десен при чистке зубов у 60 % интервьюированных не наблюдалась, 23 % студентов обозначили ответ «редко», 17 % респондентов отметили кровоточивость десен при чистке зубов.

Одного и того же стоматолога посещают 40 % обследуемых, у 60 % студентов нет определенного предпочтения в выборе врача. На вопрос о частоте посещений стоматолога, студентам были предложены следующие варианты ответов: 2 раза в год, один раз в год, при наличии экстренной ситуации, свой вариант ответа. По частоте посещения стоматолога респонденты разделились на группы: 70 % – один раз в год; 26 % – 2 раза в год; 4 % – 3 раза в год посещают стоматолога (рис. 2).



Рисунок 2. Частота посещения студентами стоматолога

Основанием обращения к стоматологу в основном являлся профилактический осмотр у 80 % студентов; экстренная ситуация у 20 %; консультация - 0 %. Причинами, откладывающими визит к врачу 77 % опрошенных отметили нехватку времени, 23 % боязнь лечения у стоматолога.

Наиболее часто выявляемой патологией на стоматологическом приеме являлись кариес в 43 %, кариес и пульпит 23 %, пульпит в 20 %, зубные отложения в 6 % случаев.

Фторпрофилактика в последнее посещение стоматолога была проведена 2 % студентов, остальным 98 % фторпрофилактика не проводилась.

На лечении у ортодонта находятся 1 % респондентов, 5 % проходили ортодонтическое лечение в возрасте от 13 до 20 лет, 94 % обследуемых к ортодонту не

обращались. Большинство студентов считают, что регулярное посещение стоматолога является залогом сохранения зубов.

Таким образом, исследования показали, что студенты-медики имеют хороший уровень гигиенических знаний и практических навыков, имеют мотивацию к гигиеническому уходу за полостью рта, регулярно санируются.

Библиографический список

1. Цырюльникова А.А. Стоматологический статус студентов [Текст] / А.А. Цырюльникова, А.В. Крюкова, Л.Н. Денисенко // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 120–121.

2. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). Seattle: Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020 [Электронный ресурс]. – https://www.healthdata.org/gbd/2019

Коротченко Людмила Владимировна,
ГБПОУ «Медицинский колледж министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области»
31.02.01 Лечебное дело, III курс
Научный руководитель - Матвеева Елена Павловна,
канд. мед. наук, доцент

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

(Анализ частоты выявления врожденных пороков развития у плодов и новорожденных в Магаданской области за 2018-2020гг.)

Проведен мониторинг младенческой и перинатальной смертности по ВПР в Магаданской области, анализ тенденций по отношению к общерегиональным и общероссийским показателям за 2018—2020 гг.

Ключевые слова: младенческая смертность, перинатальная смертность, врождённые пороки развития.

Актуальность исследования

По ряду причин врожденные пороки развития остаются одной из основных проблем современного здравоохранения. Это, в первую очередь, связано с их относительно высокой частотой у новорожденных, большим вкладом этой патологии в мертворождаемость и младенческую смертность, их влиянием на качество жизни больных детей и взрослых, а также их семей [1,2,6].

Соответственно, для решения этих проблем требуется организация пренатального скрининга, совершенствование медицинского обслуживания, социальной помощи и обучения таких больных для улучшения качества их жизни [1].

Эти задачи невозможно решить без знания эпидемиологической ситуации по врожденным порокам развития [5].

Охрана материнства и детства является приоритетной задачей государственной политики в области здравоохранения. Одной из стратегических задач службы охраны материнства и детства остается снижение заболеваемости и смертности новорожденных, сохранение жизни каждого жизнеспособного плода [3, 4].

Цель исследования: изучение частоты врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений у плода и новорожденного в Магаданской области.

Объект исследования: истории развития новорожденных с врождёнными пороками развития (форма №097/у).

Методы исследования: анализ данных основных показателей врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений в Магаданской области, ДФО и РФ за 2018 – 2020 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Смертность среди детей младше одного года как один из базовых статистических показателей демографии в Магаданской области вычисляли в виде абсолютных чисел и коэффициента младенческой смертности. Данный коэффициент отражает количество детей, умерших в возрасте до 1 года на 1000 новорожденных за один год (‰).

Таблица 1

Младенческая смертность в РФ, ДФО и Магаданской области за период 2018-2020гг.

	Число детей, умерших в возрасте до 1 года			Число детей, умерших в возрасте до 1 года, на 1000 родившихся живыми		
	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2018 г	2019 г	2020 г.
РФ	8244	7328	6489	5,1	4,9	4,5
ДФО	530	524	457	5,4	5,7	5,1
МО	5	8	4	3,5	6,1	3,1

Динамика изменения коэффициента младенческой смертности в РФ за последние 3 года имеет тенденцию к снижению, а в Магаданской области этот показатель не является стабильным. В изучаемый период времени ФСГС РФ отмечает как его повышение, так и понижение. Отмечен рост младенческой смертности с 3,5‰ по областному показателю в 2018 г. (когда умерли 5 детей из 1427 родившихся) до 6,1‰, (умерли 8 из 1285 детей) в 2019 году, причем в 2019 г. данный показатель был выше общерегионального и общероссийского (Таб.1).

Величина и динамика показателей ПС являются объективными критериями для оценки влияния медицинских, биологических и социальных факторов на здоровье беременных женщин и новорожденных детей.

Перинатальная смертность (ПС) – число мертворожденных и умерших в возрасте до 7 дней на 1000 родившихся живыми и мертвыми – представляет собой важный медикодемографический показатель и одновременно отражает уровень акушерской и неонатальной помощи.

Перинатальная смертность (ПС) в акушерских стационарах России и в Дальневосточном ФО имеет тенденцию к увеличению. Анализ полученных данных показал, что в РФ ПС продолжала увеличиваться с 7,23 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2018г. до 7,25 в 2020г., несмотря на снижение показателя в 2019г на 2,1% и составила 7,1 на 1000 родившихся живыми и мертвыми. В Дальневосточном ФО - аналогичная ситуация, 8,21 и 8,31 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2018 и 2020гг, при незначительном снижении до 8,16 в 2019г.

По данным Росстата, максимально высокий уровень ПС стабильно сохраняется в Магаданской области, и превышает показатели РФ на 25,8% в 2018г, 8,4% в 2019 и 20,1% в 2020 г (9,74; 7,75 и 9,08 на 1000 родившихся живыми и мертвыми) и 15,7% в 2018г и 8,4% в 2020г в Дальневосточном ФО (Таб.2).

Таблица 2

Показатель перинатальной смертности в РФ, ДФО и МО за период 2018- 2020 гг.

	Показатель перинатальной смертности ($^0/_{00}$)		
	2018 г	2019 г	2020 г.
РФ	7,23	7,1	7,25
ДФО	8,21	8,16	8,31
МО	9,74	7,75	9,08

В структуре причин ПС в России, по данным Росстата, первые три места стабильно принадлежат внутриутробной гипоксии, респираторным нарушениям и врожденным аномалиям.

Одним из показателей, определяющих демографическую безопасность региона, является коэффициент младенческой смертности, который характеризует репродуктивный потенциал, условия проживания, качество медицинского обеспечения, уровень развития регионов и происходящие в них экономические и социальные изменения.

Таблица 3

Младенческая смертность от врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений

	Число детей, умерших в возрасте до 1 года			Доля ВПР в структуре причин младенческой смертности, %			Коэффициенты младенческой смертности (на 10000 родившихся живыми)		
	2018	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**	**2018**	**2019**	**2020**
РФ	1842	1551	1385	22,34	21,16	21,34	11,4	10,3	9,6
ДФО	106	89	91	20	16,98	19,9	10,8	9,7	10,07
МО	1	1	1	20	12,5	25	7,08	7,68	7,7

В целом по Российской Федерации показатель младенческой смертности от ВПР находится на одном уровне. Так, в 2018 году ВПР составляли в структуре всех причин смерти детей в возрасте до 1 года 22,34%, а в 2020м – 21,34%.

В Дальневосточном ФО отмечена иная ситуация. Так, в 2018 на долю ВПР приходилось 20% случаев, а в 2019 году доля уменьшилась до 16,98%. В 2020 году удельный вес данной причины смерти уже опять составлял 19,9%.

Такое же, но более существенное различие имеет место и в Магаданской области. В структуре младенческой смертности на долю ВПР в 2018 году приходилось 1/5 всех случаев, в 2019 отмечалось значительное снижение показателя до 1/8 случаев, а в 2020г - их доля увеличивается вновь до 1/4 (Таб.3).

Обобщая статистические данные частоты всех зарегистрированных врожденных пороков развития, деформаций и хромосомных нарушений в Магаданской области, можно сделать неутешительный вывод. Учет ВПР проводился как среди живорожденных, так и среди мертворожденных детей. Частота определялась как число случаев врожденных пороков развития на 1000 новорожденных детей. Наиболее отчетливо прослеживается тенденция к увеличению данного показателя с $51,16^{0}/_{00}$ до $80,15^{0}/_{00}$ (Таб.4).

Таблица 4

Частота всех зарегистрированных случаев врожденных пороков развития, деформаций и хромосомных нарушений в ГБУЗ «Магаданский родильный дом» за период 2018-2020 гг.

Показатели	**2018**	**2019**	**2020**
Число родившихся (живыми и мертвыми) всего человек	1285	1427	1310
(пороки развития), деформации и хромосомные нарушения чел.	74	73	105
Частота (на 1000) пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	57,58	51,16	80,15

Согласно статистическим данным Магаданского родильного дома с 2018 по 2020 годы прослеживается тенденция к увеличению частоты всех зарегистрированных случаев врожденных пороков развития, деформаций и хромосомных нарушений.

В структуре врожденных пороков у новорожденных детей первые три ранговых места занимали пороки развития сердечно-сосудистой системы, аномалии развития мочевыделительной и костно-мышечной систем (Таб.5).

Таблица 5

Распределения новорожденных детей с учетом варианта аномалии развития (%) за период 2018-2020 гг.

	ССС	МВС	Костно-мышечная система	Хромосомные аномалии	ЧЛХ	Геманг иомы	Дых. система	Пищ. система	ЦНС
2018	45,90	18,90	8,10	1,30	2,70	5,40	5,40	2,70	9,40
2019	46,6	27.4	8,2	4,1	2,7	1,4	1,4	2,7	5,5

2020	60,0	35,20	3,80	0,95	1,90	0,95	0,95	2,85	2,85

Результаты проведенного исследования показали, что уровень ВПР сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем в 2020г существенно увеличился и составил 60% и 35,2% против показателей 2018 г - 45,9% и 18,9% соответственно на 100 новорожденных, а диапазон колебаний пороков развития костно-мышечной, центральной нервной, пищеварительной и дыхательной систем достаточно стабилен на протяжении всего периода исследования.

Кроме того, установлена зависимость частоты ВПР от времени года: наименьшее количество детей с ВПР рождаются летом, наибольшее - осенью (22% и 28% соответственно) (Таб.6).

Таблица 6

Частота ВПР от времени года за период 2018-2020 гг.

	декабр	ноябрь	октябрь	сентябрь	август	июль	июнь	май	апрель	март	февраль	январь
2020	6	6	15	9	8	4	7	8	5	9	15	13
2019	6	5	6	12	7	7	7	6	13	3	0	1
2018	9	7	3	6	5	3	7	10	4	6	8	6
Итого	21	18	24	27	20	14	21	24	22	18	23	20

Поэтому можно предположить, что влияние тератогенных факторов в регионе достаточно стабильно на протяжении всего периода исследования.

Общая численность жителей на 2021 год составляет 91,8 тысячу человек. За период с 2010г. по 2021г. наблюдается уменьшение численности населения с 95982 человек до 91797 за счет миграции населения.

Суровый климат северного региона и недостаточная развитость социальной сферы, в том числе и здравоохранения - косвенно влияют на отток жителей в центральные районы России.

По данным Федеральной службы государственной статистики в Магаданской области наблюдается уменьшение численности населения с 95982 человек в 2010 году до 91797 человек в 2021 году.

На январь 2019 по числу жителей Магадан занимал 187 место из 1117 городов РФ.

По Данным «Магаданского областного медицинского информационно-аналитического центра» наибольшее число врожденных аномалий развития детей с 0 до 18 лет приходится на 2018 год -1347 детей, к 2020 году их число уменьшилось до 1105(Таб.7).

Таблица 7

Динамика показателя ВПР, выявленных до и после рождения (до 18 лет включительно) в Магаданской области с 2018 по 2020 гг.

	2018	2019	2020
Всего детей	30130	29697	29431
Число детей с ВПР	1347	1248	1105
Частота (на 1000) детей	44,7	42,02	37,5

Из таблицы 7 следует, что количество детей с ВПР уменьшается и соответственно показатель частоты пороков развития с 44,7$^0/_{00}$ в 2018г до 37,5$^0/_{00}$ в 2020г.

Таблица 8

Структура врожденных пороков развития, с учетом распределения детей от 0 до 18 лет за период 2018-2020гг., (%)

	ССС	Аномалии органа зрения	ЦНС	Хромосомные аномалии	Костно-мышечная	Другие ВПР
2020	71	8	5	7	8	1
2019	76	7	5	5	6	1
2018	85	4	3	3	4	0

Таким образом, анализ динамики врожденных пороков развития в Магадане за период 2018— 2020 гг. установил снижение частоты врожденных аномалий среди детей от 0 до 18 лет на 16,1%. В структуре врожденных аномалий развития наибольший удельный вес имели пороки сердечно-сосудистой системы, аномалии органов зрения, костно-мышечной, ЦНС, хромосомные аномалии и другие.

Результаты представленного анализа

1. Статистическая информация показателя младенческой смертности в РФ и ДФО отражает положительные изменения в демографии рождаемости, поскольку численность младенческой смертности с каждым годом стабильно уменьшается, но в Магаданской области в 2019 г. данный показатель был существенно выше общерегионального и общероссийского.

2. Показатели перинатальной смертности в Магаданской области за весь изучаемый период превышали таковые РФ (в 2018г — в 1,3 раз, в 2019 году - в 1,09 и в 2020 гг. — в 1,25 раз) и ДФО (в 2018 г-1,11 раз и в 2020г — 1,09 раз соответственно).

3. В структуре младенческой смертности в Магаданской области на долю ВПР в 2018 году приходилось 1/5 всех случаев, в 2019 отмечалось значительное снижение показателя до 1/8 случаев, а в 2020 году - их доля увеличивается вновь до 1/4.

4. В период с 2018-2020 гг. в Магаданской области прослеживается тенденция к увеличению частоты всех зарегистрированных случаев врожденных пороков развития, деформаций и хромосомных нарушений в ГБУЗ «Магаданский родильный дом».

5. В структуре ВПР у новорожденных детей ведущее место занимают ВПР сердца, мочевыделительной, костно- мышечной системы и ЦНС.

6. В Магаданской области количество детей от 0 до 18 лет с врожденными пороками развития, деформациями и хромосомными нарушениями уменьшается, в структуре ВПР

ведущее место занимают ВПР сердечно – сосудистой системы, органа зрения и костно-мышечной системы.

Таким образом, анализ данных показателей младенческой, перинатальной смертности, младенческой смертности от врожденных аномалий (пороков развития), в Магаданской области, требует улучшения пренатальной диагностики нарушений состояния плода, т.е. качественных изменений в здравоохранении.

Библиографический список

1. Демикова Н.С., Кобринский Б.А. Эпидемиологический мониторинг врожденных пороков развития в Российской Федерации. Рос вестник перинатологии педиатрии 2012; 4 (1): 152—154.
2. Демикова Н.С., Лапина А.С., Подольная М.А., Кобринский Б.А. Динамика частоты врождённых пороков развития в РФ (по данным федеральной базы мониторинга ВПР.). Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2015; 60(2): 72–7.
3. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869).
4. Рахманин Ю.А., Новиков С.М., Авалиани С.Л., Синицына О.О., Шашина Т.А. Современные проблемы оценки риска воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения и пути её совершенствования. Анализ риска здоровью. 2015; (2): 4–11.
5. Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/ (дата обращения 02.02.2022)
6. Щеголев А.И., Туманова У.Н., Шувалова М.П., Фролова О.Г. Врождённые аномалии как причина мертворождения. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015; (10-2): 263–7.

Михайлова Анна Валерьевна,
г. Якутск, ГБПОУ РС (Я) «Якутский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель – Федоров Павел Дмитриевич,
преподаватель клинических дисциплин

ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКА – ОДНО ИЗ ВЕДУЩИХ УСЛОВИЙ ИХ ПРАВИЛЬНОГО ГАРМОНИЧНОГО РАЗВИТИЯ

К составлению полноценного рациона школьника требуется глубокий подход с учетом специфики детского организма. Освоение школьных программ требует от детей высокой умственной активности, приобщаясь к знаниям, они выполняют не только тяжелый труд, но одновременно и растут, развиваются, и для всего этого они должны получать полноценное питание.

Правильное питание – это основа здоровья человека. Как известно, неправильное питание и малоподвижный образ жизни являются главными причинами возникновения различных заболеваний. Необходимо знать, что процессы жизнедеятельности организма

находятся в тесной зависимости от питания человека. Питательные вещества, такие как белки, углеводы и жиры, являются составными частями клеток и тканей организма. В состав клеток и тканей входят, и другие элементы пищи - минеральные соли и витамины. 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.

Актуальность. В настоящее время приоритетной становится проблема повышения культуры питания, с тем чтобы рацион питания соответствовал энергетическим затратам и физиологическим потребностям растущего организма.

Объект исследования – рацион питания.

Предмет исследования – питание как - залог здоровья, силы и красоты человека.

Цель исследования – заключается в рассмотрении рационального питания, как его основу здоровья и долголетия.

Задачи:

1. Познакомиться с понятием сбалансированное питание.
2. Изучить рацион питания школьников.
3. Выяснить значение питания в жизни человека.

Практическая значимость работы заключается в пропаганде здорового образа жизни и занятий физической культурой, в применении разнообразных методов исследования с учащимися и в рассмотрении полученных результатов.

Школьный период, охватывающий возраст от 7-17 лет, характеризуется интенсивными процессами роста, увеличением костного скелета и мышц, сложной перестройкой обмена веществ, деятельности эндокринной системы, головного мозга. Эти процессы связаны с окончательным созреванием и формированием человека.

К особенностям этого возрастного периода относится также значительное умственное напряжение учащихся в связи с ростом потока информации, усложнения школьных программ, сочетание занятий с дополнительными нагрузками (факультативные занятия, кружки, домашнее задание). Для обеспечения всех этих сложных жизненных процессов школьнику необходимо полноценное питание, которое покроет повышенные потребности его организма в белках, жирах, углеводах, витаминах, энергии.

Очень важно обеспечить поступление в организм необходимых пищевых веществ в оптимальном количестве и в нужное время. Ведь что такое рациональное питание?

По существу, это соблюдение 7 основных правил питания:

Правило первое: пищевой рацион должен быть максимально разнообразным.

Нет ни одного продукта, который мог бы удовлетворить потребность организма во всех питательных веществах. Поэтому для полноценного питания человеку нужны различные продукты, дополняющие друг друга.

Правило второе: основу пищевого рациона должны формировать хлеб, изделия и блюда из круп и макарон, картофеля.

Эти продукты, богатые белками и углеводами, должны обеспечивать более половины суточной потребности в энергии. Кроме того, они являются важным источником растительного белка, витаминов (в особенности группы В), минералов (калий, кальций, магний) и пищевых волокон, необходимых для нормального пищеварения.

Правило третье: овощи (дополнительно к картофелю) и фрукты необходимо включать в рацион несколько раз в течение дня и в количестве не менее 400 г в сутки.

Обладая невысокой калорийностью, овощи и фрукты являются незаменимыми источниками витаминов, минералов, легко усвояемых углеводов, аминокислот и многих других биологически активных веществ, так необходимых нашим клеткам.

Правило четвертое: в ежедневный рацион следует включать молочные продукты, лучше с низким содержанием жира.

Они полезны человеку во все периоды его жизни, так как содержат питательные и биологически активные вещества и являются важным источником незаменимых аминокислот, минералов и, особенно, кальция.

Правило пятое: из мясных продуктов предпочтение следует отдавать нежирному мясу и птице.

Мясо – источник белков и жиров.

Правило шестое: сахар, соль и алкоголь – самые “незваные” гости в пищевом рационе.

Правило седьмое: если вы не уверены, что правильно и разнообразно питаетесь – контролируйте свою массу тела.

Энергетическая потребность

Расход энергии, как и энергетическая ценность рациона, определяется в больших калориях (ккал) или по международной системе единиц (СИ) в килоджоулях (1ккал=4,184кДж).

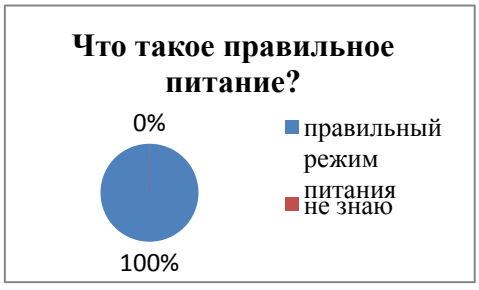
Суточные энергозатраты человека складываются из трех величин: основного обмена, расхода энергии на усвоение пищи и энергозатрат на выполнение работы в течение дня.

Основной обмен характеризует расход энергии организма в состоянии полного покоя, натощак, при комфортной температуре воздуха. Он определяет количество энергии, расходуемой на обеспечение жизненных функций органов и систем организма (дыхание, работа сердца, почек, обмен веществ в скелетной мускулатуре и т. д.). Величина основного обмена зависит от пола, возраста, массы тела, размера его поверхности, от климата, физиологического состояния организма. Расход энергии при приеме и усвоении пищи обусловлен деятельностью пищеварительных органов и работой мускулатуры в связи с приемом пищи. Больше энергии тратится на усвоение белков, меньше - на усвоение углеводов и жиров.

Анкетирование учащихся на базе Вилюйской СОШ №3 им. Н. С. Степанова.

Познакомившись с главными правилами организации правильного питания, стало интересно узнать, как выполняют эти правила учащиеся. Так для изучения сбалансированности питания, было проведено анкетирование учащихся 9-11 классов. В нем участвовало 95 учащихся.

1. Что такое правильное питание?



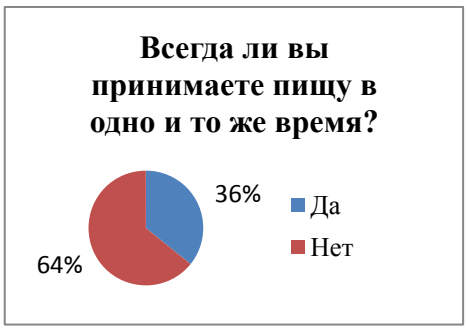
Можно сказать, что учащиеся имеют представление о правильном питании.

2. Сколько раз в день вы принимаете пищу?



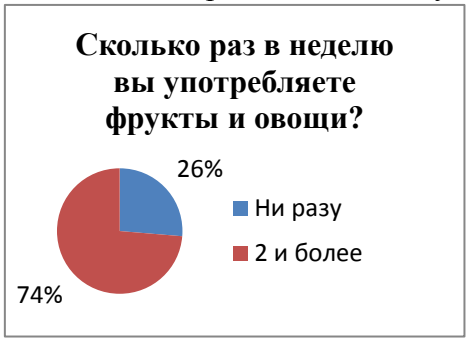
Таким образом, половина школьников не придерживается дробного питания, что может сказаться на их здоровье.

3. Всегда ли вы принимаете пищу в одно и то же время?



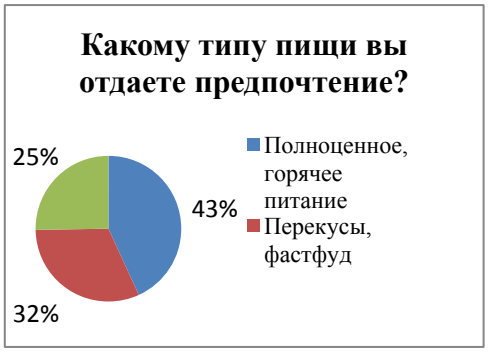
Большинство не придерживается, режима питания это может привести к развитию атеросклероза, ожирения, болезням обмена веществ.

4. Сколько раз в неделю вы употребляете фрукты и овощи?



Овощи и фрукты – являются исключительными источниками важнейших незаменимых нутриентов: аскорбиновой кислоты, β-каротина, биофлавоноидов. Они содержат в значительном количестве пищевые волокна, магний, калий, железо, фолиевую кислоту, витамин К. Поэтому так важно включать их в свой рацион питания.

5. Какому типу пищи вы отдаете предпочтение?



Фаст-фуд – это удобно, быстро и относительно недорого. Но употребляя его, человек далеко не всегда задумывается о том, какой вред он наносит собственному организму. Скольких полезных витаминов и минералов он сам себя лишает, а мог бы их получить, питаясь правильно, и сбалансировано, употребляя в пищу здоровую еду.

По ответам на вопросы анкеты можно увидеть, что учащиеся в большей степени стараются придерживаться правильного питания, но не всегда отдают предпочтение рациональному питанию. Иногда очень трудно удержаться перед множеством различных вкусностей, которые часто вредны для нашего организма.

Выводы:

1. Сбалансированное питание – это не просто набор полезных продуктов, это стиль жизни. Необходимо знать меру в поглощении пищи и помнить основные правила и законы

потребления разных продуктов. Вознаграждением будет нормальный вес, крепкое здоровье и отличное самочувствие.

2. Питание школьника при грамотной организации должно обеспечить организм обучающихся всеми пищевыми ресурсами, способствовать полноценному развитию растущего организма в условиях интенсивных интеллектуальных нагрузок.

3. Здоровое питание должно нравиться человеку, помогая сохранять здоровье, спортивную форму, активность и работоспособность. Здоровое питание в современных условиях жизни необходимо и потому, что оно вносит свой вклад в сокращение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, сахарного диабета, некоторых видов рака, и ряда других соматических болезней, включая заболевания с недостатком витаминов (авитаминозы, гиповитаминозы) и минеральных веществ.

Заключение

В заключение хочется сказать, что от той пищи, которая поступает в наш организм, зависит наше здоровье и будущее. Надо регулярно очищать свой организм от шлаков и токсинов, накапливающихся в нем из-за неправильного питания, нездорового образа жизни и плохой экологии, а также повышать свой иммунитет. Заниматься в спортивных секциях, вести здоровый образ жизни.

Библиографический список

1. Михайлов В. С. Культура питания и здоровье семьи / В. С. Михайлов, Л. А. Трушкина, Н. П. Могильный. – М.: Профиздат, 1987 – 208 с.

2. Здоровое питание. Здоровый образ жизни. – М.:АСТ: Апрель. 2005 – 237 с. – (Медицина и здоровье).

3. Смоляр В. И. Рациональное питание / Смоляр В. И. –Киев: Наук, думка,1991 – 368 с.

Липченкова Анастасия Олеговна,
ГБПОУ «Медицинский колледж министерства здравоохранения и демографической политики Магаданской области»
31.02.02 Акушерское дело, III курс
Научный руководитель - Матвеева Елена Павловна,
канд. мед. наук, доцент

НЕДЕТСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕЖНОГО ВОЗРАСТА
(Анализ родов у юных беременных г. Магадана за 2018-2020гг.).

В исследовании представлены результаты 44 статистических карт выбывших из стационара (форма 066/у-02) юных беременных г. Магадана за период 2018–2020 гг. Выявлены наиболее часто встречаемые осложнения беременности и родов, патологические состояния новорожденных.

Ключевые слова: беременность, роды, юная первородящая.

Актуальность исследования

В условиях резкого снижения рождаемости особое значение приобретает качество здоровья детей, которое в значительной мере зависит от здоровья матери, особенностей течения беременности и родов [4]. Наиболее благоприятным для деторождения является возраст женщин с 18 до 40 лет. Периодом «физиологической незрелости» считается возраст моложе 18 лет, когда не сформированы системы организма, только формируются основы образа жизни, стиль поведения, которые будут в дальнейшем определять физическое и психическое здоровье [1, 8, 9].

Женщины, не достигшие физиологической зрелости (до 18 лет), составляют 1,5-4% по отношению ко всем беременным [5]. В последние годы среди всех первобеременных отмечается увеличение числа юных женщин. Подобное явление может быть связано с увеличением половой активности подростков, более ранним началом половой жизни, когда отсутствуют элементарные навыки контрацепции. Все это приводит к возникновению ранней, часто «неожиданной беременности». Термин «неожиданная беременность» подчеркивает ее существенные особенности: незапланированность, случайность возникновения, отсутствие предварительной настроенности на материнство, внезапное изменение социального статуса, жизненных возможностей и планов [1, 7, 9].

Возрастные особенности организма накладывают отпечаток на течение беременности и родового акта: чаще наблюдается угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, тяжелые формы гестозов, аномалии родовой деятельности, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде, травматизм мягких тканей родового канала, послеродовые заболевания [6, 7, 11].

Физиологическая и психологическая неготовность юных матерей к вынашиванию беременности сопровождается как высоким числом осложнений беременности и родов, так и рождению недоношенных, больных младенцев [10].

Таким образом, комплексная деятельность по оказанию различных видов помощи несовершеннолетним матерям и их детям поможет решить проблему социальной адаптации этой категории населения к современным условиям.

Цель исследования: выявить особенности течения беременности и родов у юных первородящих г. Магадана.

Объект исследования: юные беременные г. Магадана в возрасте от 14 до 17 лет.

Предмет исследования: ранняя беременность и роды у несовершеннолетних девушек г. Магадана.

Задачи исследования:

Провести анализ течения, исходов беременности и родов у подростков г. Магадана;

Методы исследования: анализ данных родоразрешенных в ОГБУЗ "Магаданский Родильный Дом" в возрасте от 14 до 17 лет за 2018 – 2020 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

В роддоме города Магадана с января 2018 г. по декабрь 2020 г. родоразрешено 44 юных девушек в возрасте от 14 до 17 лет. Выявлено, что средний возраст в группе юных первородящих составил 16,5 лет. Ранняя беременность на фоне не устоявшейся функциональной активности основных звеньев репродуктивной системы, неготовности многих систем организма к полноценному вынашиванию беременности и родам становятся

причиной различных патологических состояний [1, 4]. Беременность у обследованных подростков наступала на фоне соматической и экстрагенитальной патологии.

Таблица 1. Основные осложнения в гестационном периоде у юных беременных за 2018–2020 гг.

Показатели	Годы		
	2018	2019	2020
Анемия	6 43%	7 50%	5 31%
Узкий таз	4 29%	5 36%	4 25%
Инфекции, передающиеся половым путем	2 14%	4 29%	1 6%
Внутриутробная гипоксия плода	1 7%	4 29%	4 25%
Фетоплацентарная недостаточность	2 14%	2 14%	2 13%
Ожирение	3 21%	-	1 6%
Пиелонефрит	3 21%	3 21%	1 6%
Без сопутствующей патологии	1 7%	2 14%	1 6%

Неблагополучное состояние юной женщины обуславливает преобладание таких осложнений беременности, как анемия — в 31-50%, внутриутробная гипоксия плода – в 7-29%, фетоплацентарная недостаточность — в 13-14%, инфекции, передающиеся половым путем – в 6-29%, пиелонефриты – в 6-21%. Размеры костного таза не всегда успевают достигнуть окончательных величин (у 25-36% девушек констатируется суженный таз).

Таблица 2. Осложнения в родовом периоде у юных беременных за 2018–2020 гг.

Показатели	Годы		
	2018	2019	2020
Нормальные роды	5 36%	8 57%	7 44%
Дисфункция родовой деятельности	4 29%	3 21%	5 31%
Кесарево сечение	3 21%	4 29%	6 38%
Преждевременное излитие околоплодных вод	1 7%	1 7%	4 25%

Родовой акт сопровождается не только мобилизацией физических сил роженицы, но и большим нервным напряжением, чувством страха и болью, с возникновением которых включаются все защитные и компенсаторные механизмы организма. Стрессовые ситуации и интенсивные эмоции, связанные с беременностью вне брака, отрицательно влияют на кровообращение и сократительную деятельность матки, обуславливая слабость родовых сил. Причиной частого развития слабости родовой деятельности у подростков является, по-видимому, низкий гормональный фон, незрелость шейки матки вследствие замедленного формирования биологической готовности организма несовершеннолетних к родам [11]. Наиболее часто в родах встречались: дисфункция родовой деятельности (21-31%), преждевременное излитие околоплодных вод (7-25%), Кесарево сечение (21-38%).

Таблица 3. Осложнения в перинатальном периоде за 2018–2020 гг.

Показатели	Годы		
	2018	2019	2020
Здоровый новорожденный	11 79%	9 63%	9 54%
Асфиксия новорожденного	1 7%	4 28%	6 38%
Недоношенность	1 7%	-	1 6%
Крупный плод	1 7%	-	1 6%
Гибель плода	-	1 7%	-

Всего родилось 44 ребенка, из них живыми 43 (98%), и мертворожденными 1 (2%). Асфиксия новорожденного составляет 7–28 %, недоношенность 0-7%, крупный плод 0-7%.

Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать выводы:

1. Ювенильная беременность, в связи с функциональной незрелостью, низким уровнем соматического и репродуктивного здоровья у подростков г. Магадана чаще осложнялась анемией, фетоплацентарной недостаточностью, внутриутробной гипоксией плода, инфекциями, передающимися половым путем, пиелонефритами, общеравномерносуженным тазом.
2. У юных беременных г. Магадана, роды сопровождались аномалией родовой деятельности, преждевременным излитием околоплодных вод. С целью рождения живого, не травмированного ребенка, в 13 случаев беременность закончена операцией кесарева сечения.
3. Следствием заболевания матери, осложненного течения беременности, развития фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода - дети чаще рождались в состоянии асфиксии.
4. Для решения проблем ранней беременности в Магаданской области необходимо разработать и реализовать мероприятия по профилактике подростковой беременности, проведении санитарно-просветительской работы по здоровому образу жизни среди молодежи и подростков, знакомство их с методами контрацепции, пропаганда ценности семьи и брака.

Библиографический список

1. Архипова А.В. Социально-медицинские аспекты беременности и родов у юных первобеременных женщин / А.В. Архипова, О.М. Стрельникова // Нижегородский мед. журн. – 2010. – № 3. – С. 26-28.
2. Дерягин Г.Б., Сидоров П. И. Сексуальное поведение и насилие: Монография. - М., МЕДпресс – информ. 2007.- 272 с.
3. Иванов А.Г. Медикосоциальные проблемы репродуктивного потенциала молодежи: монография / А.Г. Иванов. – Тверь: Триада, 2011. – 112 с.
4. Кадырова С.Г. Особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у подростков в Таджикистане: дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2011. – 150 с.
5. Коваленко М.С., Ефремова М.Г., Окорочкова Ю.В., Особенности течения беременности и родоразрешения первородящих критических возрастных групп // Журнал Наука молодых – Eruditio Juvenium. №1- 2014.-с. 94-99.
6. Крысько А.А. Подростковая беременность и юное материнство. Причины, проблемы и пути решения. 2013- 95 с.
7. Логутова Л.С. Экстрагенитальная патологии и беременность. – М.: ЛитТерра, 2013. – 544 с.
8. Максимова Т.М. Состояние здоровья и ценностные ориентации современной молодежи / Т.М. Максимова // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2012. – №2. – С. 40-43.
9. Медикосоциальные проблемы репродуктивного потенциала молодежи: монография / А.Г. Иванов. – Тверь: Триада, 2011. – 112 с.
10. Хасанова А. Беременность в юности, или новая категория пациенток в акушерстве // «Медфармвестник Поволжья №2 С. 7-8.
11. Чечулина О. В. Течение беременности и родов у девушек-подростков и прогнозирование их исходов. Автореф. дис. докт. мед. наук. Казань; 2007. С. 61

Алексеева Аделина Вадимовна
г. Якутск, ГБПОУ РС(Я) "Якутский медицинский колледж"
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель - преподаватель хирургии Портнягина Т.Н.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С COVID-19 СРЕДНЕЙ, ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ И В КРИТИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Человечеству объявлена беспрецедентная глобальная «война», и наш враг – это новое заболевание - коронавирус. «Полем битвы» являются больницы, а наши «солдаты» - это медицинские работники. Чтобы победить в этой «войне», мы, прежде всего, должны обеспечить медработникам необходимые ресурсы и условия, включая обмен опытом, техническими знаниями и средствами.

Средний медицинский персонал и медицинские сестры в частности должны знать правила ухода за пациентами в коронавирусной инфекцией на разных стадиях заболевания.

Цель исследование: определить особенности сестринского ухода за пациентами с COVID-19, выявить разницу в двух группах пациентов. Исследуемые и контрольная группа.

Объектом исследования: пациенты проходящие лечение в инфекционном стационаре с COVID-19 и контрольная группа.

Предмет исследования: определение последовательности выполнения медицинской сестрой манипуляций перечисленных в check-листе.

Методы исследования: изучения check-листов пациентов прошедших лечение COVID-19 и контрольной группы. Анализ данных, обобщение и сопоставление полученных контрольных точек. Статистическая обработка при помощи программы STATISTICA Advanced.

Исследование проводилось с март по май 2021 года. В исследовании приняло участие 30 пациентов инфекционного отделения и контрольная группа терапевтического отделения в количестве 30 человек. При проведении исследования акцент работы был на;

I. Общий уход

1 Контроль: Показатели жизнедеятельности пациента должны постоянно контролироваться, особенно изменения в сознании, частоте дыхательных движений и насыщении кислородом. Внимательно следите за изменениями давления в дыхательных путях, дыхательного объема и частоты дыхательных движений.

2 Предотвращение аспирации: (1) Отслеживание застоя в желудке: выполняйте непрерывное постпилорическое кормление с помощью пищевого насоса, чтобы уменьшить гастроэзофагеальный рефлюкс.

(2) Оценивайте застой в желудке каждые 4 часа. Повторно введите аспират, если остаточный объем желудка < 100 мл; в противном случае сообщите лечащему врачу;

(3) Профилактика аспирации во время транспортировки пациента: перед транспортировкой прекратите кормление через носопищеводный зонд, удалите остатки контрастной массы в желудке и подсоедините желудочный зонд к мешку с отрицательным давлением. Во время транспортировки поднимите голову пациента до 30°;

(4) Профилактика аспирации в случае ВПНК: Проверяйте увлажнитель каждые 4 часа. Без промедления удаляйте скопившуюся в трубке воду, чтобы предотвратить кашель и аспирацию, вызванные случайным попаданием конденсата в дыхательные пути. Удерживайте положение носовой канюли выше, чем у аппарата и трубок. Оперативно удаляйте конденсат в системе.

II. Уход за пациентами, получающими кислородную терапию через высокопоточную носовую канюлю (ВПНК)

1 Оценка: Предоставьте подробную информацию о кислородной терапии ВПНК, чтобы добиться расположения пациента до ее реализации. Выберите подходящий носовой катетер в зависимости от диаметра полости носа пациента. Отрегулируйте натяжение головного ремешка и используйте декомпрессионный пластырь, чтобы предотвратить пролежневые поражения кожи лица, связанные с воздействием прибора. Поддерживайте уровень воды в камере увлажнителя. Титруйте расход, долю вдыхаемого кислорода (FiO2) и температуру воды, основываясь на респираторных потребностях и переносимости пациента.

2 Контроль: Сообщите лечащему врачу о необходимости принятия медицинского решения о замене ВПНК на искусственную вентиляцию легких, если произойдет любое из следующих событий: нестабильность гемодинамики, нарушение дыхательных функций, о чем свидетельствует явное сокращение вспомогательной дыхательной мускулатуры, сохранение гипоксемии, несмотря на кислородную терапию, ухудшение сознания, частота дыхания > 40 вдохов в минуту на постоянной основе, значительное количество мокроты.

3 Устранение выделений: Слюну, сопли и мокроту пациентов следует вытирать бумагой санитарно-гигиенического назначения и помещать в герметичный контейнер с хлорсодержащим дезинфицирующим средством (2500 мг/л). В качестве альтернативы, выделения могут быть удалены с помощью орального экстрактора слизи или отсасывающей трубки и помещены в коллектор мокроты с хлорсодержащим дезинфицирующим средством (2500 мг/л).

Заключение

В исследовании мы рассмотрели клинические особенности ухода за пациентами с COVID-19 и контрольную группу с острой респираторной инфекцией. Для мониторинга, оценки эффективности лечения и более детального изучения клинических особенностей уходя за пациентами согласно check-листа. Результат проведенного исследования свидетельствует о том, что тяжесть пациента определяет объём манипуляций направленных на лечение и уход. Группа пациентов НКВИ была за ведомо тяжелее и количество лечебных процедур преобладало. Несмотря на это можно заключить, что выполнение лечебных манипуляций по check-листу повышает процент благоприятного исхода заболевания.

Библиографический список

1. Национальная комиссия здравоохранения Китайской Народной Республики. Протоколы диагностики и лечения COVID-19 (7-я пробная версия) [EB/OL]. (2020-03-04) [2020-03-15].

http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202003/46c9294a7dfe4cef80dc7f5912ebl989.shtml

2. Горбаленя А.Е., Бейкер С.К., Барич Р.С. и соавт. Коронавирус, связанный с тяжелым острым респираторным синдромом. Виды и их вирусы. Заявление исследовательской группы по коронавирусу [J/OL]. BioRxi 2020. ИЦО: 10.1101/2020.02.07.937862.

3. ВОЗ. Ситуация с новым коронавирусом (2019-nCoV).

Отчет-22[EB/OL].(2020-02-11)(2020-03-15].

https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/

4. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 13 (14.10.2021.)

Шиловская Александра Антоновна
г.Владивосток, ВБМК«Владивостокский базовый медицинский колледж»
34.02.01. Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель — преподаватель хирургии
Таранец Ольга Петровна

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Актуальность работы определяется тем, что заболевания артерий нижних конечностей (ЗАНК) являются постоянно растущей проблемой здоровья населения земного шара, от которой страдают миллионы людей во всем мире и сопряжены с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений и летальных исходов.

Облитерирующий атеросклероз (ОА) нижних конечностей- широко распространенное заболевание кровеносных сосудов, при котором из-за стеноза или полной окклюзии артерий нарушается артериальный кровоток в пораженной конечности.

В Российской Федерации хроническими заболеваниями артерий нижних конечностей страдают около 3 миллионов человек. Мужчины болеют чаще, чем женщины, в среднем соотношение 10:1.

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей определяются прежде всего, их частотой. По данным эпидемиологических исследований, на долю заболевания приходится более 20% всех видов сердечно-сосудистой патологии, т.е. они встречаются у 2-3% всего населения. Число этих больных увеличивается с возрастом, составляя на 6-7-м десятилетии жизни уже 5-7%. Возможности реабилитации при этом заболевании ограничены. Лечение таких больных является в настоящее время основной задачей ангиологии. (О. Наставшева).

Статистика атеросклероза весьма неутешительна. Уже после 30-35 лет атеросклерозом заболевает 75% мужчин и 38% женщин. В возрасте 55-60 лет эти цифры приближаются почти к 100%. Однако, смертность от атеросклероза составляет в среднем 58%, хотя в некоторых странах она достигает 69%. (И.И. Ветров).

Ежегодно в России выполняется около 10000 оперативных вмешательств при поражении артерий нижних конечностей. В специальной литературе постоянно анализируются социально-экономические аспекты данной проблемы.

Актуальность проводимого исследования обусловлена тем, тем, что облитерирующий атеросклероз приводит к инвалидизации, поэтому надо как можно раньше выявить факторы риска и проводить профилактику.

Облитерирующий процесс, однажды возникнув, не имеет тенденции к обратному развитию, и исходом этого процесса является инвалидизация или даже ампутация конечности.

Цель работы: проанализировать факторы риска возникновения облитерирующего атеросклероза.

В работе представлены следующие задачи:

1. Изучить научно- методическую и учебную литературу по теме исследования.

2. Изучить и проанализировать основные факторы риска развития облитерирующего атеросклероза

3. Провести анализ частоты встречаемости факторов риска

Гипотеза- выявление факторов риска облитерирующего атеросклероза позволяет увеличить уровень выявляемости на ранних стадиях данного заболевания.

Объект исследования работы- факторы риска атеросклероза

Предмет исследования- деятельность медицинской сестры в выявлении факторов риска

В данной работе использованы следующие методы исследования:

- теоретический;

- сравнительный.

Итог исследования практической части – это анализ факторов риска развития облитерирующего атеросклероза среди группы лиц.

1. Общая характеристика облитерирующего атеросклероза

1.1 Этиология и патогенез ОА

Облитерирующий атеросклероз (артериосклероз) нижних конечностей – хроническое заболевание, сопровождающееся окклюзионно-стенотическим поражением периферических артерий крупного и среднего калибра вследствие отложения в их стенке липидов и проявляющееся недостаточностью артериального кровообращения в конечностях различной степени выраженности.

В основе поражения артерий нижних конечностей при атеросклерозе лежат общие причины и патогенетические механизмы развития данного заболевания в целом, одним из местных проявлений которого оно является.

Вместе с тем окончательно характер и особенности процессов, происходящих в стенке артериальных сосудов при данном заболевании, не выяснены. В настоящее время различают четыре основных механизма, способных вызвать типичные для атеросклероза поражения сосудов: дислипидемию, нарушение состояния сосудистой стенки, изменение функционирования клеточного рецепторного аппарата, генетический (наследственный) фактор.

Одним основным звеном патогенеза атеросклероза является повреждение клеточных, соединительнотканных и других структур артериальной стенки различной этиологии.

Первая теория патогенеза атеросклероза, получившая в литературе название холестериновой, была сформулирована Н.Н. Аничковым в 1915 г. Суть ее сам автор выразил словами: «без холестерина не может быть атеросклероза». Продолжая свои исследования, Н.Н. Аничков выдвинул комбинационную теорию происхождения атеросклероза, согласно которой холестерин рассматривается как фактор, непосредственно реализующий атеросклеротические изменения артерий.

Способствуют отложению холестерина следующие явления:

1) нарушения липидного обмена и его регуляции (конституциональные, эндокринные и др.);

2) алиментарный фактор (избыток холестерина в пище);

3) «механические» влияния (главным образом гемодинамические) на стенки сосудов;

4) первичные изменения артерий (дистрофические, возрастные и др.).

Пусковым фактором для возникновения атерогенной бляшки служит повреждение клеток эндотелия, а роль нарушений липидного обмена сводится к способствующим атерогенезу условиям. Известно, что ряд вирусов (Коксаки, Эпштейна-Барр, простого герпеса, цитомегаловирусной инфекции и др.) может поражать клетки сосудистого эндотелия, нарушая в них липидный обмен и создавая условия для формирования атеросклеротической бляшки. Повреждения внутренней оболочки сосудов могут индуцировать перекиси липидов, которые ингибируют в эндотелиальных клетках артерий фермент простациклин-синтетазу.

В результате развиваются локальная недостаточность простациклина (вазодилататор) и относительное преобладание его функционального антагониста тромбоксана, проявляющего вазоконстрикторные свойства. Это приводит к адгезии тромбоцитов на поверхности эндотелия, способствующей повреждению клеток последнего и развитию бляшки.

Нарушению липидного обмена в патогенезе атеросклероза отводится ведущая роль.

Согласно второму механизму развития атеросклероза, в поражении артерий существенная роль принадлежит морфологическим и функциональным нарушениям клеток интимы и гладких мышечных клеток субэндотелия, предрасполагающих к внутристеночному отложению липидов. При атеросклерозе находят гетерогенность эндотелия, появление крупных многоядерных клеток, увеличение гладких мышечных клеток субэндотелия с формированием вокруг них слизистой капсулы, содержащей коллаген и фибронектин. Одновременно в стенке артериальных сосудов обнаруживаются стволовые клетки крови и макрофаги. Вместе с тем рядом исследователей эти изменения рассматриваются как проявление ответной реакции организма на действие неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды.

В нашей стране под руководством академика А.Н. Климова активно развивается аутоиммунная теория патогенеза атеросклероза, согласно которой этот патологический процесс инициируют аутоиммунные комплексы, содержащие липопротеины в качестве антигена.

Аутоиммунные комплексы характеризуются следующими особенностями:

- вызывают повреждение эндотелия и тем самым ускоряют проникновение липопротеинов крови в сосудистую стенку;
- продлевают циркуляцию липопротеинов в крови;
- задерживают окисление и экскрецию холестерина с желчью, т.е. способствуют развитию гиперлипопротеинемии;
- проявляют цитотоксическое действие, откладываясь и фиксируясь в стенке артерий.

Роль наследственного фактора в развитии атеросклероза подтверждается существованием различных форм семейных гиперхолестеринемий: уровень холестерина в сыворотке крови больных превышает 13 ммоль/л. Возникновение этих нарушений связывается с отсутствием в гепатоцитах достаточного количества рецепторов ЛПНП из-за мутации генов.

Итак, если говорить обобщенно, то ОАСНК развивается так:

Внутренняя стенка здоровых сосудов гладкая и ровная. Это позволяет крови течь в просвете сосуда без каких-либо затруднений. При атеросклерозе внутренняя стенка артерии становится неровной и утолщённой за счет отложений холестерина (холестериновые

бляшки). Этот патологический процесс и называется атеросклерозом. При дальнейшем развитии заболевания происходит сужение или полная закупорка артерий, что приводит к значительному уменьшению поступления крови к ногам. Следствием этого является появление болей в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающаяся хромота), онемение, зябкость в стопах. При прогрессировании заболевания боли в ногах становятся постоянными. В конечном счете появляются трофических язвы и некрозы в области стопы. Если не предпринято никаких лечебных мер, то следующей стадией заболевания может стать гангрена (омертвение) конечности.

1.2 Классификация

По степени регионарной гипоксии:

I – функциональная компенсация;

II – декомпенсация при физической нагрузке;

III – декомпенсация в покое;

IV – некротическая, (деструктивная, гангренозная).

По течению:

- острое (злокачественное, генерализованное, встречающееся обычно у молодых);

- подострое (волнообразное);

-хроническое (в течение многих лет с длительным периодом компенсации регионарного кровообращения без выраженных обострений).

И.М. Ганджа предложил классификацию атеросклероза с выделением следующих трех стадий.

I стадия - нейрометаболическая, характеризующаяся общим или сердечно-сосудистым неврозом, изменениями липидного обмена (повышением содержания холестерина и беталипопротеидов), уменьшением продукции глюкокортикоидов надпочечниками, некоторым увеличением активности альдостерона, снижением продукции дегидроэпиандростерона, воздействием гормонов на функциональное состояние печени, приводящим к изменениям в свертывающей и противосвертывающей системах крови и к изменению мукополисахаридов сосудистых стенок с повышением их проницаемости. В этой стадии патологический процесс обратим, и поэтому лечебно-профилактические мероприятия наиболее эффективны.

II стадия - органическая, когда помимо отложения холестерина в сосудистую стенку в последней начинает развиваться фиброзная ткань. Однако даже при наличии указанных изменений в части случаев процесс может протекать скрыто, бессимптомно.

III стадия - стадия исхода: характеризуется остаточными необратимыми изменениями в органах.

Согласно классификации, А. В. Покровского, в основе выделения четырех стадий недостаточности артериального кровоснабжения конечностей лежит появление боли в зависимости от дистанции ходьбы со скоростью 4-5 км/ч:

I стадия: появление боли в конечности при ходьбе на расстоянии более 1 км;

II стадия:

а) появление боли при ходьбе на расстоянии более 200 м;

б) появление боли при дистанции ходьбы до 200 м;

III стадия: появление боли в конечностях в покое или при ходьбе менее, чем на 25 м;

IV стадия: наличие язвенно-некротических изменений в тканях

1.3 Клиническая картина

В начальных стадиях заболевания клинические проявления скудны. Это, как правило, признаки общеневротического характера, а также нейрососудистые нарушения. В дальнейшем более явственно проявляются такие признаки невроза, как неуравновешенность, раздражительность, нарушение сна, быстрая утомляемость, ослабление внимания, головокружение и головные боли, снижение памяти. При резко выраженном общем атеросклерозе появляются поседение или облысение, атрофия и снижение тонуса кожных покровов. Поверхностные артерии становятся извитыми, отчетливо просматриваются под кожей, при пальпации определяется их уплотнение, ригидность.

Процесс в сосудах при облитерирующем атеросклерозе развивается медленно, благодаря чему смягчается тяжесть недостаточности кровообращения. Для атеросклероза характерно постепенное развитие симптомов. На первое место выступает симптом перемежающейся хромоты. Именно боли, возникающие при движении, заставляют больного обратиться к врачу.

Клиническая картина зависит от стадии заболевания:

Стадия 1- функциональной компенсации. Больные отмечают зябкость, судороги и парестезии в нижних конечностях, иногда покалывание и жжение в кончиках пальцев, повышенную утомляемость, усталость. При охлаждении конечности приобретают бледную окраску, становятся холодными на ощупь. Боль в икроножных мышцах появляется при ходьбе на расстоянии более 1 км.

Стадия 2- субкомпенсации. Интенсивность перемежающейся хромоты нарастает. Она возникает уже после преодоления расстояния более 200 м (2а стадия) или до 200 м (2б стадия). Кожа стоп и голеней теряет присущую ей эластичность, становится сухой, шелушащейся, на подошвенной поверхности выявляется гиперкератоз. Замедляется рост ногтей, они утолщаются, становятся ломкими, тусклыми, приобретают матовую или бурую окраску. Нарушается и рост на пораженной конечности, что приводит к появлению участков облысения. Начинает развиваться атрофия подкожной жировой клетчатки и мелких мышц стопы.

Стадия 3- декомпенсации. В пораженной конечности появляются боли в покое, ходьба становится возможной лишь на расстоянии 25-20 м. Окраска кожных покровов резко меняется в зависимости от положения пораженной конечности: при подъеме ее кожа бледнеет, при опускании появляется покраснение кожи, она истончается и становится легкоранимой. Незначительные травмы вследствие потертостей, ушибов, стрижки ногтей приводят к образованию трещин и поверхностных болезненных язв. Прогрессирует атрофия мышц голени и стопы.

Стадия 4- деструктивных изменений. Боли в стопе и пальцах становятся постоянными и невыносимыми. Образующиеся язвы обычно располагаются в дистальных отделах конечностей, чаще на пальцах. Края и дно их покрыты грязно-серым налетом, грануляции отсутствуют, вокруг них имеется воспалительная инфильтрация; присоединяется отек стопы и голени. Развивающаяся гангрена пальцев и стоп чаще протекает по типу влажной гангрены.

2. Факторы риска возникновения ОА:

Механизмы развития атеросклероза крайне сложны и в полном объеме еще не изучены. Так, в развитии заболевания принимает участие большое количество различных факторов. Но существует и определенная общность всех данных факторов: дело в том, что все они провоцируют нарушение обмена жиров, что, в свою очередь, влечет за собой повреждение стенок артериальных сосудов.

В ходе возникновения и формирования атеросклероза важная роль отводится следующим факторам:

- немодифицируемые (неизменяемые): возраст; пол; наследственность.

- модифицируемые (изменяемые): дислипидемии, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, гиподинамия, нерациональное питание, гипергомоцистеинемия, воспаление.

Немодифицируемые (неизменяемы) ФР:

- Возраст: мужчины> 40 лет, женщины> 50 лет или с ранней менопаузой.

- Пол: мужской (до 55 лет заболеваемость ИБС, церебральным и периферическим атеросклерозом среди мужчин в 3–4 раза выше, чем среди женщин. В более старшей возрастной группе (старше 65–70 лет) заболеваемость выравнивается). Более позднее развитие атеросклероза у женщин объясняют защитным эффектом эстрогенов.

- Наследственность: раннее начало ИБС у ближайших родственников: острый инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия у мужчин в возрасте <55 лет, у женщин <65 лет.

Модифицируемые (изменяемые) ФР:

- Артериальная гипертония: АД ≥ 140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов. Кроме того, известно, что АГ ассоциируется с нарушением функции эндотелия, которое сопровождается увеличением местной выработки вазоконстрикторных факторов (эндотелиин, ангиотензин II и др.) и уменьшением синтеза простациклина, брадикинина и окиси азота.

Эти изменения могут иметь решающее значение в повреждении эндотелиальной стенки и пропитывании липидами интимы крупных сосудов.

Высокое АД оказывает повреждающее действие на сосуды.

- Курение (вне зависимости от количества) Курение ассоциируется с дисфункцией эндотелия, являющейся пусковым фактором развития и прогрессирования атеросклероза. Кроме того, курение оказывает обратимое протромботическое влияние, повышая уровень фибриногена в крови и адгезию тромбоцитов, приводит к снижению уровня ЛПВП и повышению тонуса сосудистой стенки.

- Абдоминальное ожирение: объем талии (у мужчин> 94 см, у женщин> 80 см) или ИМТ ≥ 30 кг/м2. Избыточная масса тела способствует увеличению смертности от различных заболеваний, но в первую очередь от осложнений атеросклероза.

- Сахарный диабет 1 или 2 типа.

- Нерациональное питание. При хроническом употреблении в пищу продуктов с высоким содержанием насыщенных жирных кислот и ХС (преимущественно животный жир) в гепатоцитах накапливается избыточное количество ХС и по принципу отрицательной обратной связи в клетке снижается синтез специфических ЛПНП-рецепторов и, соответственно, уменьшается захват и поглощение гепатоцитами атерогенных ЛПНП.

- Воспаление. Получено много доказательств наличия воспаления в очаге атеросклеротического поражения: присутствие в нем большого количества макрофагов, активированных Т-лимфоцитов, тучных клеток, тромбоцитов и т.д., продукция этими клетками различных цитокинов.

- Различные травмы конечностей, обморожения, перенесенные операции на них в прошлом.

3. Анализ факторов риска возникновения ОА среди населения г. Владивостока

Рассмотрев основные факторы риска возникновения ОА, перейдем к анализу частоты встречаемости.

В ходе проведенного исследования было опрошено 40 человек. Анкетирование было проведено на базе поликлиники №9 г. Владивостока. Из них 50%- мужчины (20 человек) в возрасте от 20 до 80 лет и 50%- женщины (20 человек) в возрасте от 20 до 80 лет. Участникам анкетирования было предложено ответить на вопросы, связанные с их здоровьем и образом жизни, чтобы суметь проанализировать их факторы риска.

Первый модифицируемый фактор ОА- артериальная гипертония.

На вопрос «Страдаете ли вы высоким давлением?» ответило все 40 человек. Из всех опрошенных мужского пола чаще и больше страдают АГ в возрасте 40 лет и старше. Женщины же, в ходе опроса, начинают сталкиваться с этой проблемой в возрасте от 50 лет.

На диаграмме рисунка 1 показано, в какой возрастной категории страдают этой проблемой больше всего.

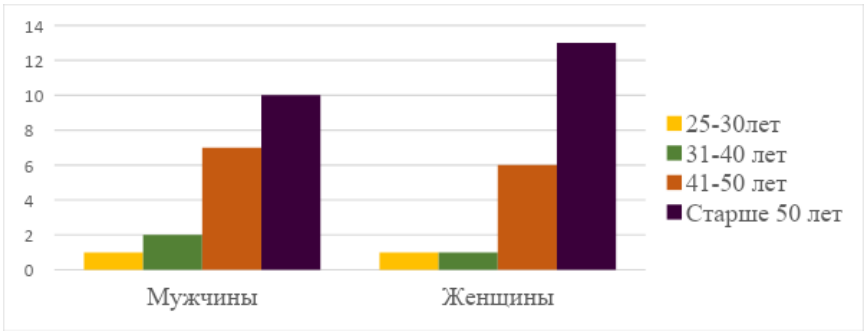


Рисунок 1- Возрастная категория людей, страдающая артериальной гипертонией

Следующий фактор риска – курение.

Участники анкетирования ответили на вопрос о курении. Из ответов стало ясно, что среди опрошенных 26 людей курят (65%) из всех участников анкетирования) и 14 человек- не курят (35%).

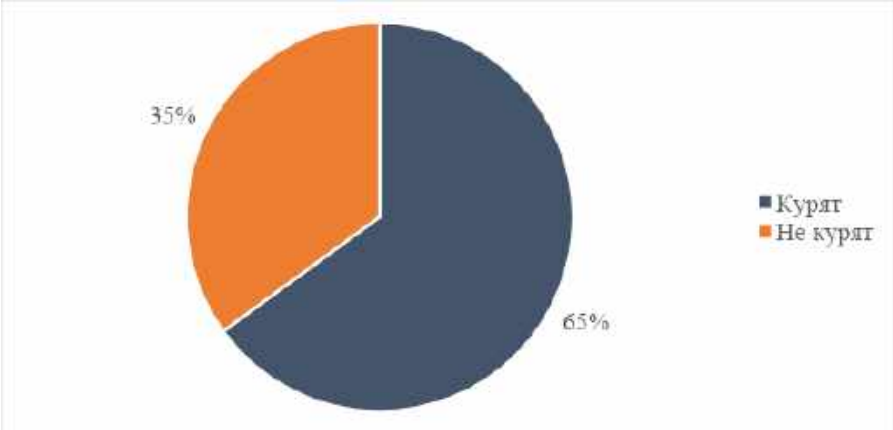


Рисунок 2- Распределение опрошенных с фактором риска «курение»

Из диаграммы становится ясно, что злоупотребляют сигаретами больше всего мужчины. Нужно помнить, что такой фактор риска, как пол, один из главнейших факторов в развитии ОА. В курсовой работе было уже сказано, что именно мужчины более подвержены этому заболеванию, чем женщины.

Перейдем к следующему фактору – абдоминальное ожирение.

Таблица 2- Среднее значение ИМТ у опрошенных

ИМТ (в среднем)				
Возраст	25-30лет	31-40 лет	41-50 лет	старше 50 лет
Мужчины	30	30	31	30
Женщины	26	27	30	30

Ниже на диаграмме рисунка 3 показано среднее значение ИМТ у опрошенных людей.

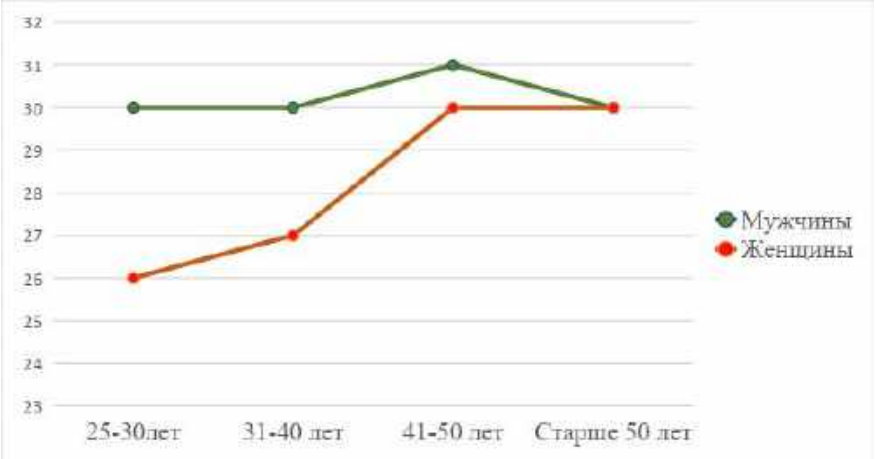


Рисунок 3- Среднее значение ИМТ у опрошенных

В ходе анкетирования у опрошенных был выявлен такой фактор риска, как ожирение. Почти все, ответив на вопрос об ИМТ, указали, что их показатели превышают норму. В среднем он составил: у женщин 26 и более (это говорит об избыточной массе тела), у мужчин от 30 и выше (является признаком ожирения).

Четвертый модифицируемый фактор ОА- сахарный диабет 1 и 2 типа.

Ответив на вопрос «страдаете ли вы сахарным диабетом», выяснилось, что у 6 людей (что составляет 15%) из 40 опрошенных присутствует диабет 1 или 2 типа.

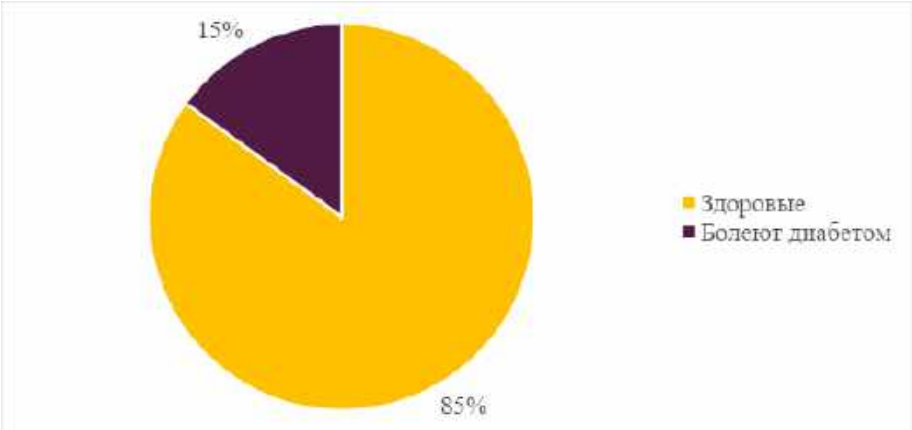


Рисунок 4- Присутствие сахарного диабета в анамнезе опрошенных

Далее рассмотрим пятый фактор риска: нерационально питание.

Большинство опрошенных ответили на вопрос «Какая пища преобладает?», что в их рационе преобладает жирная пища (26 человек). Всего 14 человек ответило, что в рационе употребляют больше овощей.

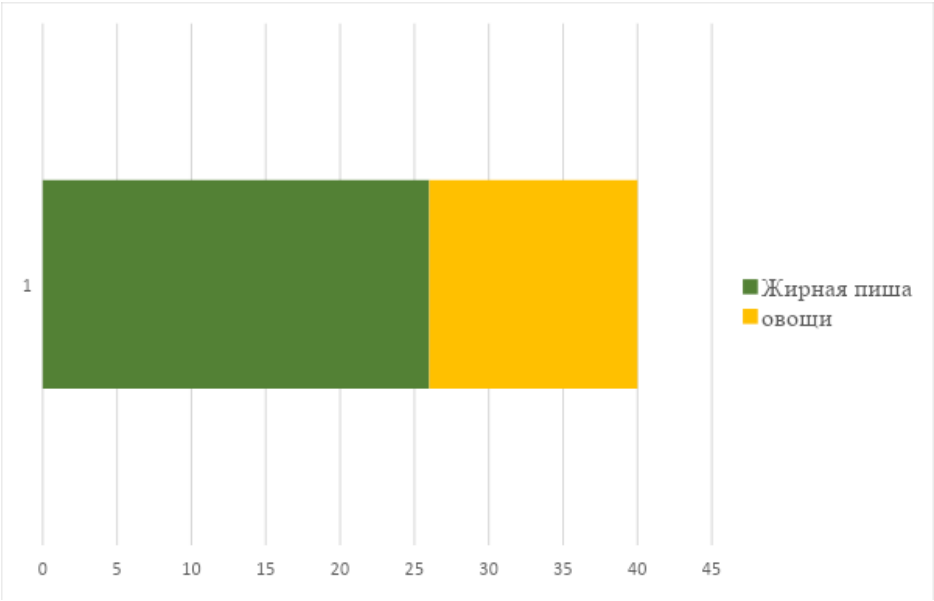


Рисунок 5- Рацион питания анкетируемых

Из полученных данных можно сделать вывод, что большое количество людей не следит за своим рационом питания. Преобладание жирной пищи в рационе плохо сказывается на состоянии здоровья. Нужно помнить, что несбалансированное питание приводит к в высокому ИМТ. А это также один из основных факторов риска ОА, описанных в данной курсовой выше.

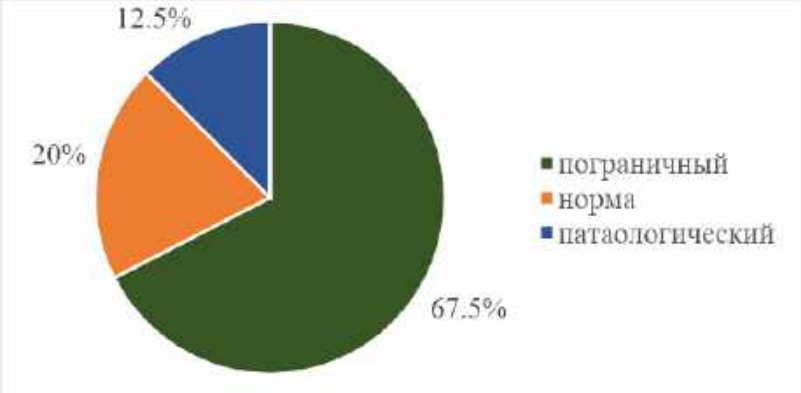


Рисунок 6-Нарушение липидного обмена

Также благодаря анкетированию было выявлено, что у опрошенных людей в анализе крови общий холестерин в пограничном состоянии у 27 человек (67,5%), в норме он у 7 человек (20%), а патологический показатель у 5 человек (12,5%).

Далее рассмотрим фактор риска – травмы или обморожения конечностей.

На вопрос «Были ли у вас в прошлом травмы или обморожения нижних конечностей?» ответили все. В ходе анкетирования выяснилось, что 31 человек (77,5%) в прошлом получали различные травмы (Рисунок 6). Из них 7 человек –обморожение и 24 человека- переломы и вывихи. Это показано на диаграмме рисунка 7.

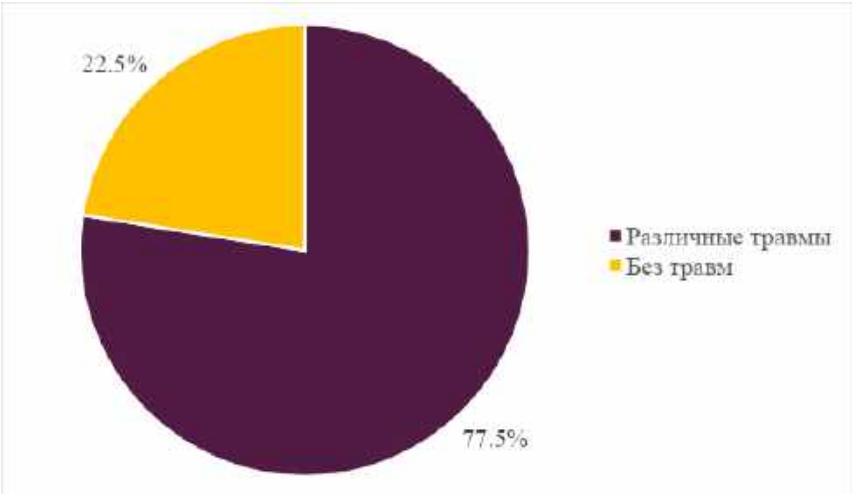


Рисунок 7- Наличие или присутствие различных травм нижних конечностей в анамнезе анкетируемых

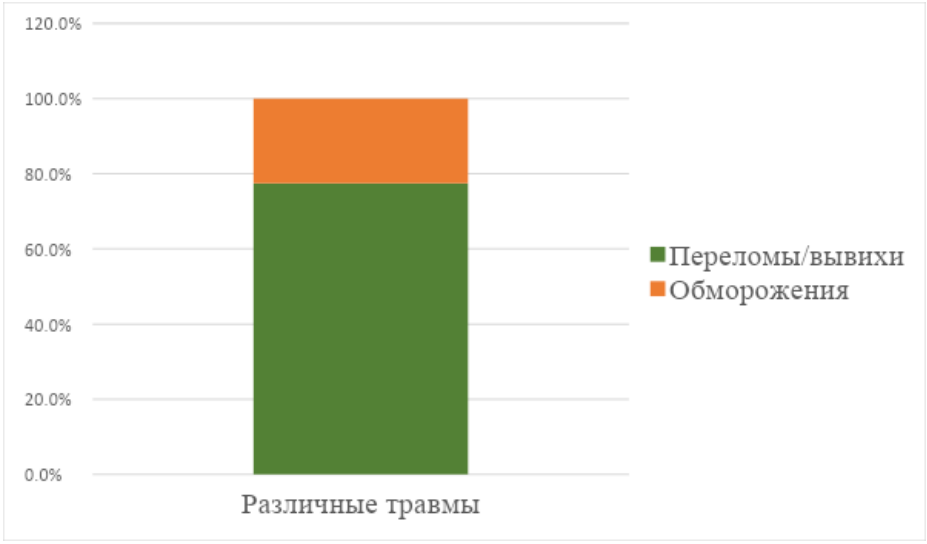


Рисунок 8- Виды травм у анкетируемых

Отсюда можно сделать вывод, что у опрошенных в анамнезе больше всего были такие травмы как- переломы, вывихи (77,4%), обморожений меньше (22,4%).

Перейдем к немодифицируемому фактору риска ОА- пол.

Как говорилось выше, на анкету ответило 20 мужчин и 20 женщин. Именно среди мужчин, были выявлены первые признаки развития ОА, такие как: промежуточная хромота, боли в ногах, небольшие потери чувствительности в нижних конечностях.

На вопрос «Есть ли у вас боль в ногах?» Ответили все 20 мужчин (100%). И у всех присутствует данный признак.

На следующий вопрос «Появляется ли боль в ногах и хромота, когда пройдете 200 – 500 метров?» Из этих опрошенных ответили, что есть- 11 человек (55% среди всех мужчин). Что говорит уже о 1 стадии ОА.

У женщин, на эти вопросы были такие ответы: Присутствие болей в ногах – 6 человек (30%). Из этих 6 человек -4 жалуются на боли хромоту, когда пройдут 200-500 метров.

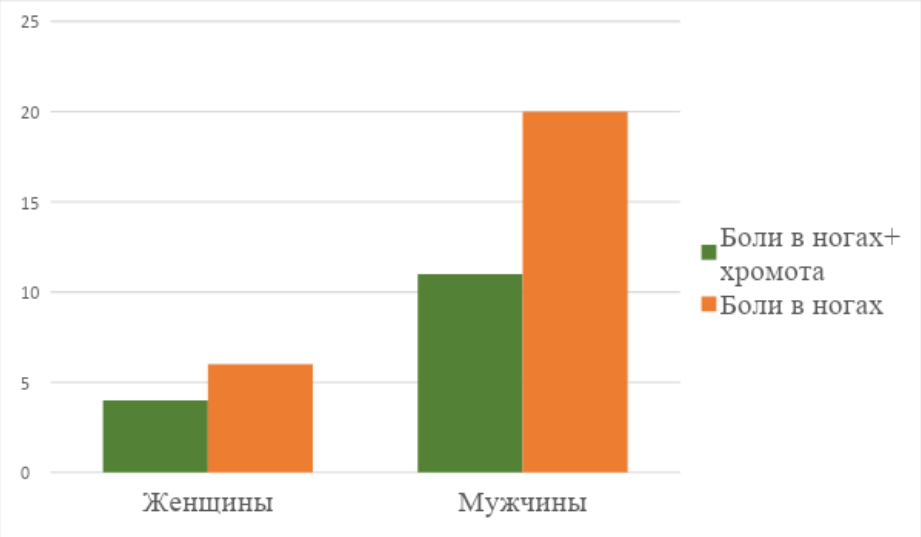


Рисунок 9- Первые признаки развития ОА среди мужчин и женщин

Из полученных данных выяснили, что в большей степени именно мужчины уже имеют признаки ОА.

Далее, рассмотрим еще один немодифицируемый фактор риска- возраст.

Из тех мужчин и женщин, кто раннее ответил «Да» на вопросы «Есть ли у вас боль в ногах?», «Появляется ли боль в ногах и хромота, когда пройдете 200 – 500 метров?», рассмотрим их возраст.

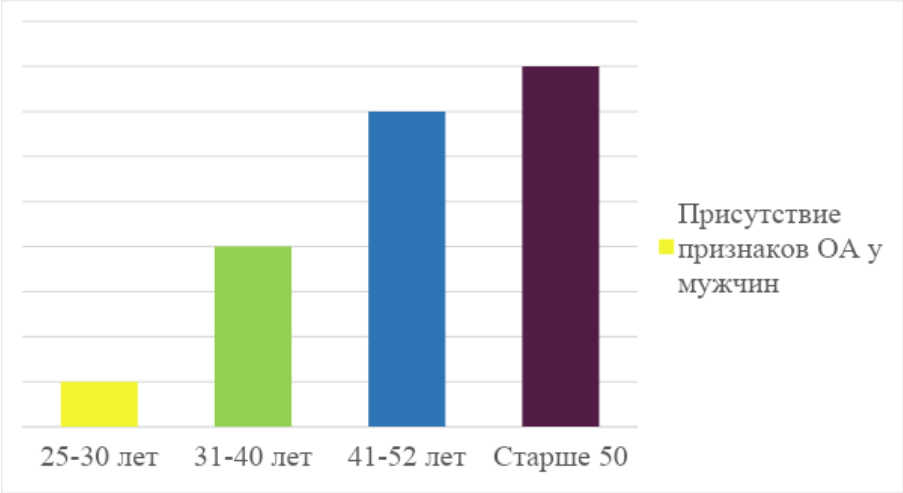


Рисунок 10- Возрастная категория мужчин с признаками ОА

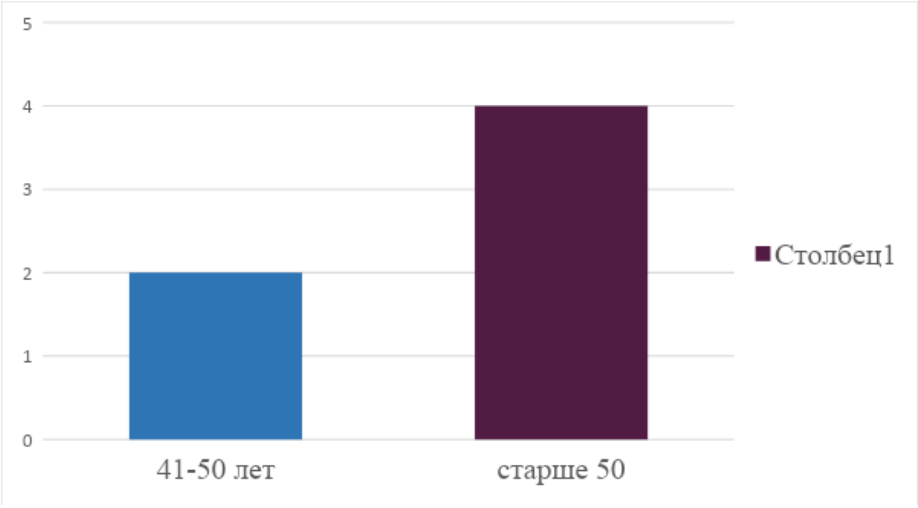


Рисунок 11-Возрастная категория женщин с признаками ОА

У женщин другая ситуация. Среди них, начальными проявлениями ОА страдают с возраста 41-50 лет (2 человека), 50 лет и старше- 4 человека.

Из полученных данных получаем, что возраст мужчин с начальными появлениями заболевания в среднем начинается от 31-40 лет, а женщин в более позднем возрасте- 41-50 лет.

Таким образом, можно прийти к выводу, что все проанализируемые факторы риска ОА имеют важную роль в развитии этого заболевания. Людям, которые уже имеют это заболевание и которые предрасположены к нему, т.е. имеют все возможные факторы, следует

следовать рекомендациям по устранению этих рисков и профилактике их осложнений, что планируется в дальнейшем рассмотреть в дипломной работе.

Заключение

Итак, в ходе проделанной работы были расширены знания, касающиеся облитерирующего атеросклероза нижних конечностей.

Кроме того, в результате работы со статистическими данными анкетирования можно сделать общий вывод о том, что в настоящее время, влияние модифицируемых и немодифицируемых факторов на развитие облитерирующего атеросклероза очень высока.

Облитерирующий атеросклероз - тяжелое хроническое заболевание сосудов нижних конечностей. Его главной особенностью является неуклонно прогрессирующее течение, приводящее к развитию все более тяжелых стадий артериальной недостаточности, критической ишемии, гангрене и ампутации.

В результате проделанной работы при анкетировании пациентов было выявлено, что мужчины более подвержены развитию атеросклероза, чем женщины. Первые признаки данной патологии могут проявляться уже с 45 лет, а у женщин - с 55 лет.

Основными факторами риска облитерирующего атеросклероза, на которые можно повлиять, являются: курение (65% опрошенных курят), ожирение (практически все опрошенные пациенты страдают уже как минимум 1 степенью ожирения или имеют избыточную массу тела), травматизация конечностей (77,5% опрошенных имеют в анамнезе различные травмы и обморожения в прошлом), артериальная гипертония.

Кроме того, можно сделать вывод также, что частота встречаемости всех факторов риска очень высока. Из всех 40 опрошенных есть минимум 3 фактора способствующих развитию облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. Практически все они имеют представление о заболевании и об его исходе, но пренебрегают профилактикой. Не устраняют все возможные модифицируемые факторы риска. Что было выявлено в исследовательской части.

Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей является не только основной причиной усугубляющей потери физической активности среди лиц старших возрастных групп, но и в качестве важнейшего фактора трудопотерь, поэтому необходимо укреплять понимание угрозы дальнейшего роста сосудистых заболеваний и предпринимать меры по устранении их факторов риска. Вышесказанное определило цель и задачи данного исследования.

Библиографический список

1. Атеросклероз. Учебно-методическое пособие для студентов. / Под редакцией профессора В.С. Василенко, доцента Ю.Б. Семеновой. – СПб.: СПбГПМУ, 2018. – 40 с.
2. Пономарев Э.А. Хирургические заболевания сосудов. [Текст]: учебное издание/ С.С. Маскин/под ред. С.С. Маскина-Волгоград: ВолгГМУ 2017-120 с.
3. Покровский А. В. Консервативное лечение пациентов с перемежающейся хромотой // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2014. — № 1. — С. 173–180.
4. Савельев В. С. и др. Критическая ишемия нижних конечностей: определение понятия и гемодинамическая характеристика // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1996. — № 3. — С. 84–90.

5. Стяжкина С. Н., Рустамов М. А., Баязитов Р. Р., Закирова А. А. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей // Проблемы науки №11 (12), 2016

6. Система поддержки принятия врачебных решений. Хирургия: Клинические протоколы лечения / Составители: А. В. Шабунин, А. Н. Алимов, В. В. Бедин [и др.]. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 96 с.

7. Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. Российское общество хирургов. Российское кардиологическое общество. Российская ассоциация эндокринологов. Национальные рекомендации по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей. — М., 2019. — 89 с.

8. Влияние факторов риска на развитие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно Ясенецкого кафедра общей хирургии. Подрезенко Е.С., Дунаевская С.С. 2017 [Электронный ресурс]. URLhttps://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-faktorov-riska-na-razvitie-obliteriruyuschego-ateroskleroza-sosudov-nizhnih-konechnostey/viewer

9. Заболеваемость облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей среди работников предприятия атомной промышленности. Научная статья. Азизова Т.В., Кузнецова К.В.,Банникова М.В. и др. [Электронный ресурс]. URL:https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-obliteriruyuschim-aterosklerozom-arteriy-nizhnih-konechnostey-sredi-rabotnikov-predpriyatiya-atomnoy-promyshlennosti/viewer

10. Aboyans V. et al. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal // Eur. HeartJ. England. — 2018. — Vol. 39, № 9. — P. 763–816.

Скрыбыкина Марина Афанасьевна
СД21-2
Г. ЯКУТСК ГБПОУ РС(Я)
«Якутский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело
научный руководитель – преподаватель ГБПОУ РС(Я)
«Якутский медицинский колледж»
Полятинская Галина Ивановна

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ АССОЦИИРОВАННОГО С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Введение. По данным ВОЗ рак шейки матки (РШМ) является четвертым наиболее распространенным видом рака среди женщин в мировом масштабе – по оценкам, в 2018 г. произошло 570 000 новых случаев заболевания, из них на РШМ пришлось 7,5% всех случаев смерти женщин от рака. По оценкам, более 85% из более чем 311 000 ежегодных случаев смерти от РШМ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. [1].

Вирус папилломы человека (ВПЧ) – это группа распространенных и генетически разнородных ДНК – содержащих вирусов, поражающих эпителий кожных покровов и слизистых оболочек. Является самой распространенной вирусной инфекцией половых путей.

Появлению инфекции способствует общее снижение резистентности организма после перенесенных заболеваний инфекционной этиологии; вредные привычки, такие как злоупотребление алкоголем и табакокурение, также влияют на развитие инфекции. Большое число половых партнеров или партнеров имевших контакт с больной РШМ; генитальные инфекции, аногенитальные бородавки, воспалительные заболевания, применение оральных контрацептивов, неоднократные аборты, ранние первые роды – экзогенные факторы развития рака дистальных отделов женских половых органов.

У женщин со стабильной иммунной системой РШМ развивается в течение 15 – 20 лет. В то время как у женщин с ослабленной на развитие может уйти от 5 до 10 лет [1].

В 2020 г. ВОЗ в Глобальной стратегии по устранению РШМ как проблемы общественного здравоохранения, говорит о том, что для достижения этой цели необходимо применять комплексный подход к профилактике РШМ и борьбе с ним.

Комплексная борьба с РШМ включает: первичную профилактику (вакцинация против ВПЧ), вторичную профилактику (скрининг, лечение предраковых поражений), третичную профилактику (диагностика, лечение инвазивного РШМ) и паллиативную помощь [1].

По рекомендациям ВОЗ женщины, ведущие активную половую жизнь, должны проходить скрининг для выявления аномальных цервикальных клеток и предраковых поражений начиная с 30-летнего возраста [1].

Скрининг представляет собой систему первичного обследования здоровых, клинически бессимптомных лиц с целью выявления среди них случаев заболевания. Скрининг включает в себя тестирование на предраковые состояния и рак, при этом большинство исследований направлено на диагностику изменений эпителия шейки матки (ШМ), которые вызваны ВПЧ. В случае, если обследование выявит ВПЧ – инфекцию, предраковые поражения или рак на ранней стадии необходимо незамедлительно приступить к лечению, что позволит предупредить дальнейшее развитие рака, а также с высокой вероятностью достигнуть выздоровления.

Методы исследования состояния эпителия ШМ:

- молекулярно – генетические (ВПЧ – тест, экспрессия вирусных онкобелков Е6, Е7);
- цитологический (РАР – тест, жидкостная цитология);
- расширенная кольпоскопия;
- биопсия ШМ с гистологическим исследованием биопсийного материала;
- оптико – электронное сканирование ткани ШМ;
- определение биомаркеров (мРНК, микроРНК, метилирование);
- иммуноцитохимическое и иммуногистохимическое определение онкобелков p16, ki67.

Как правило, программы скрининга РШМ основаны на обнаружении ВПЧ с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени, либо в выявлении цитологических и/или молекулярно – генетических изменений в клетках ШМ. Цитологическое исследование и ВПЧ – тестирование считаются наиболее эффективными методами выявления поражений ШМ.

После заражения ВПЧ влияет на процесс деления клеток – усиливая его чем вызывает разрастание эпителия, что в дальнейшем может привести к появлению новообразований . В период 1980 – 1990 гг. была выявлена связь ВПЧ с дисплазией и плоскоклеточным раком шейки матки. Методы гибридизации показали, что от 80 до 100% случаев РШМ содержат ДНК ВПЧ [4].

Длительно протекающее инфицирование ВПЧ является важнейшим фактором риска развития опухоли. Поэтому диагностика ВПЧ наряду с цитологическими исследованиями являются важнейшими элементами скрининга и профилактики РШМ. [4].

Остановимся подробнее на традиционном цитологическом методе исследования (мазок по Папаниколау, PAP – тест) и жидкостной цитологии.

Отличие жидкостной цитологии (ЖЦ) от традиционного метода (ТМ) заключается в том, что взятый материал помещается в жидкую среду, из которой потом на специальной центрифуге образуются цито – препараты, состоящие из «отмытых клеток», которые сконцентрированы на одном месте и образуют ровный слой.

Целью исследования является анализ влияния ВПЧ как одного из факторов развития РШМ среди женского населения Республики Саха (Якутия) на основании данных исследований, проведенных в РС(Я) научными сотрудниками в период с 2018 – 2019 гг. Были поставлены следующие **задачи**: изучить научные работы и литературу по теме исследования; сравнить ТМ и метод ЖЦ; провести анализ полученных данных; сделать заключение проведенного исследования.

Объект. РШМ ассоциированный ВПЧ.

Предмет. Диагностика и профилактика РШМ ассоциированного ВПЧ.

Методы исследования. Анализ данных полученных в лаборатории патоморфологии, гистологии и цитологии Клиники Медицинского института Северо – Восточного Федерального университета им. М.К. Аммосова в 2018 г., где исследовали цитологический материал ШМ 7600 женщин, обратившихся в различные медицинские учреждения РС(Я) в 2017 г. Диагностика проводилась путем окрашивания стекол по методу Романовского – Гимза [2].

Для выявления тенденций эпидемического процесса в различных возрастных группах исследователями была применена возрастная классификация Ю.Ю. Елисеева, согласно которой женщины были разделены на 4 группы по возрастам [2]:

- молодой – 18 – 29 лет;
- зрелый – 30 – 44 лет;
- средний – 45 – 59 лет;
- пожилой – 60 – 74 лет.

Остановимся подробнее на 2 возрастных группах – 18 – 29 лет и 30 – 44 лет, так как они показали, что дисплазии различной степени тяжести наиболее часто встречались у женщин репродуктивного возраста [2].

Данные исследования мазков со слизистой ШМ и цервикального канала среди возрастной группы от 18 до 29 лет показали:

- наличие воспалительных процессов у 956 пациенток (34%);
- дисбиоз флоры влагалища – 740 пациенток (40,7%);
- наличие косвенных признаков ВПЧ – 269 пациенток (39%);
- наличие фоновых заболеваний – 187 пациенток (33,2%).

Частота встречаемости фоновых заболеваний ШМ:

- гиперкератоз плоского эпителия – 12 пациенток (30%);
- плоскоклеточная метаплазия – 127 пациенток (30,4%);
- пролиферация железистого эпителия – 35 пациенток (51,5%);
- гиперплазия по типу дисплазии – 13 пациенток (34,2%).

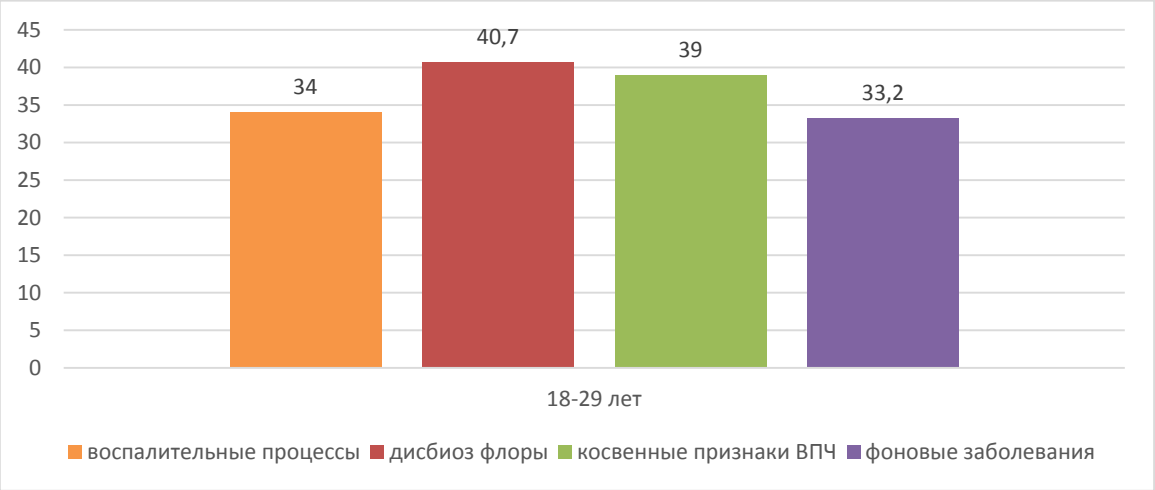


Рис. 1. Результаты цитологического исследования среди женщин молодого возраста (18 – 29 лет), %

Данные исследования мазков со слизистой ШМ и цервикального канала среди возрастной группы от 30 до 44 лет показали:

- дисбиоз флоры влагалища – 693 пациенток (38,2%);
- наличие косвенных признаков ВПЧ – 269 пациенток (39%);
- наличие фоновых заболеваний – 212 пациенток (37,6%).

Частота встречаемости фоновых заболеваний ШМ:

- гиперкератоз плоского эпителия – 16 пациенток (40%);
- плоскоклеточная метаплазия – 149 пациенток (35,7%);
- пролиферация железистого эпителия – 30 пациенток (44,1%);
- гиперплазия по типу дисплазии – 17 пациенток (44,7%).

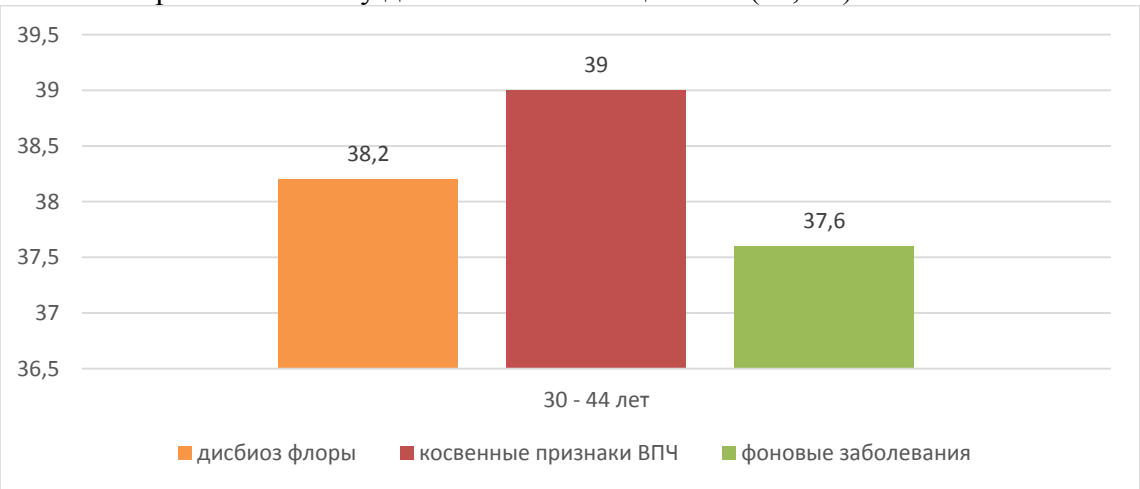


Рис. 2. Результаты цитологического исследования среди женщин молодого возраста (30 – 44 лет), %

Как известно, инфицированность ВПЧ увеличивает риск развития дисплазий в 10 раз. В обследованной группе было выявлено, что частота выявления сочетания дисплазий и

косвенных признаков ВПЧ составила 207 случаев (57,6%) от всех дисплазий [2], т.е. больше половины всех случаев. Что в очередной раз подтверждает связь ВПЧ и риска развития РШМ.

Как показало исследование важно выявление не только начальных стадий рака, но фоновых и предраковых заболеваний, так как они чаще всего встречаются у социально активной группы женщин репродуктивного возраста.

Однако, в 1472 случаях от общего числа исследованных женщин, был получен результат «железистый эпителий не взят» и результат «материал неинформативен» был получен в 143 случаях [2]. Что составило 21,3% от общего числа забранного материала. Что указывает на преобладание таких аспектов человеческого фактора, как плохой забор материала, отсутствие специальных инструментов, гарантирующих взятие материала со всех зон, прием пациентки во время менструации, а также на зависимость от климатических условий.

В последние годы активно применяется метод ЖЦ, которая обеспечивает качество забора (многослойный препарат с минимальным содержанием крови, бактерий и нейтрофильных лейкоцитов), хранения и транспортировки исследуемого материала. Не менее важным является то, что из одного забора возможно выделить до 6 одинаковых по клеточному составу мазков, что позволяет проводить дополнительные исследования.

По данным различных исследований, чувствительность ЖЦ составляет до 95%, в то время как чувствительность традиционного метода менее 60%. Авторы резюмируют, что «метод ЖЦ является более надежным, уменьшает количество ложноотрицательных результатов, количество неудовлетворительных для анализа препаратов и время, необходимое врачу цитологу для оценки клеточного материала» [4].

Разберем результаты еще одного исследования проведенного на базе Клиники МИ СВФУ им. М.К. Аммосова в 2019 г., которое показало более высокую диагностическую ценность ЖЦ по сравнению с традиционным методом (ТМ). Исследование было проведено в лаборатории патоморфологии, гистологии и цитологии Клиники МИ СВФУ им. М.К. Аммосова среди 35 пациенток в возрасте от 23 до 54 лет. Всего было проведено 35 исследований цервикальных образцов ТМ и методом ЖЦ [3].

Метод традиционной цитологии выявил:

- отсутствие внутриклеточного поражения – 10 пациенток (28,5%);
- реактивные изменения – 13 пациенток (37,1%);
- дисплазия ШМ легкой степени – 10 пациенток (28,5%);
- дисплазия 2 степени – 2 пациентки (5,7%).

Метод жидкостной цитологии показал:

- отсутствует патология – 9 пациенток (25,7%);
- реактивные изменения (плоскоклеточная метаплазия, воспаление, умеренная гиперплазия) – 14 пациенток (40%);
- реактивные изменения – 14 пациенток (40%);
- дисплазия ШМ легкой степени – 11 пациенток (31,4%);
- дисплазия 2 степени – 1 пациентка (2,8%).

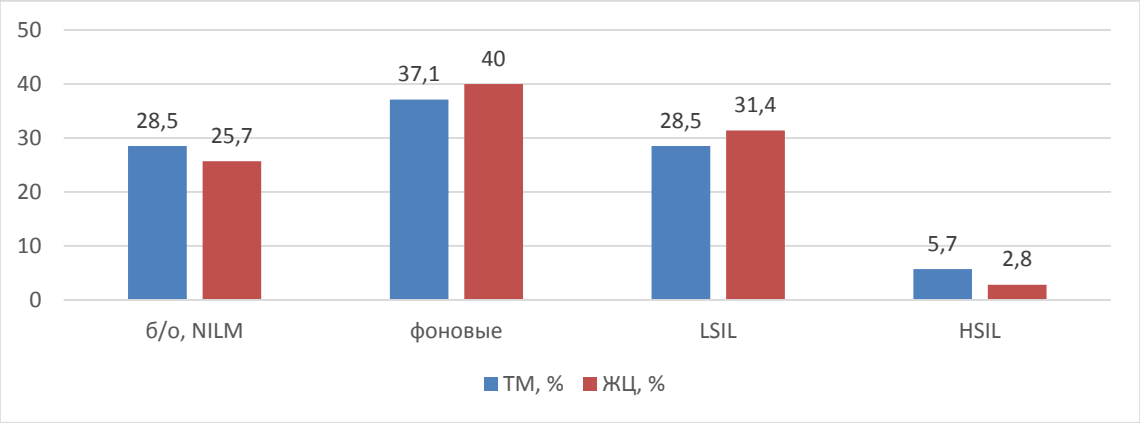


Рис. 1. Сравнительная характеристика диагностики заболеваний ШМ ТМ и методом ЖЦ

Также было проведено типирование ВПЧ методом ПЦР на базе микробиологической лаборатории Клиники МИ СВФУ. Ко-тестирование (типирование) подтвердило случаи носительства ВПЧ у 3 женщин с диагнозом LSIL: 1 пациентка – ВПЧ 16, 39 типов; 1 пациентка – ВПЧ 6 типа; 1 пациентка – ВПЧ 68, 39 типов. С диагнозом NILM: 1 пациентка – ВПЧ 16, 51 типов [3].

Таким образом, проведенное исследование показало, что метод ЖЦ имеет большую ценность в диагностике патологии ШМ. Помимо этого необходимо дополнительно проводить ВПЧ – тестирование, которое позволит выявлять начальные, предраковые стадии и своевременно начинать специфическое лечение.

РШМ имеет распознаваемую предклиническую фазу, длительный период развития, в связи с чем существуют реальные возможности для профилактики данного заболевания путем внедрения в практическое здравоохранение надежных и высокоэффективных скрининговых программ.

Тем не менее данные государственной медицинской статистики по заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) с 2007 по 2019 гг. показали наименьший уровень заболеваемости и смертности от РШМ в РС(Я) среди национальных республик расположенных в Сибири. В то же время среди всех государственных образований в сибирской части России наиболее тяжелая ситуация по заболеваемости и смертности от РШМ сложилась в регионах, в которых проживают различные этносы – Республика Тыва, Кемеровская область, Республика Бурятия, Забайкальский край [5]. Эти же регионы являются наиболее экономически уязвимыми, что подтверждает заявление ВОЗ о связи уровня дохода с частотой смертности от РШМ. Эти данные в очередной раз свидетельствуют о целесообразности проведения вакцинации против ВПЧ (как первичной профилактики РШМ) в первую очередь в регионах с высоким уровнем заболеваемости и смертности от РШМ.

Заключение.

Во всем мире профилактика ВПЧ и РШМ базируется на проведении цитологического скрининга и своевременном проведении вакцинации. Поэтому на данный момент наиболее эффективным средством первичной профилактики ВПЧ инфекции считается вакцинация.

ВОЗ рекомендует включение вакцинации против ВПЧ в национальные календари прививок всех стран мира. Согласно позиции ВОЗ внедрение ВПЧ-вакцины не должно

снижать значения эффективных программ скрининга РШМ, в которые в том числе входят методы традиционной и жидкостной цитологии.

Анализ проведенных исследований показал, что итоговый результат во многом зависит от качества забора материала. В первом случае мы получили 21,3% мазков не подлежавших дальнейшему исследованию, так как те были неверно забраны. К тому же, по данным различных источников от 17% до 34% полученных результатов цитологических исследований являются ложноотрицательными, где основной причиной таких показателей так же указывается неправильный или плохой забор материала.

Медицинские организации согласно Федеральному закону "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323 - ФЗ обязаны проводить профилактическую работу, в том числе просветительскую среди женщин – рассказывать об особенностях подготовки к сдаче мазка, необходимости проведения исследований, частоте посещения врача-гинеколога и частоте сдачи необходимых анализов (их цели), ознакамливать с факторами риска гинекологических заболеваний, методами их профилактики и т.д.

Все это поможет сделать диагностику полученного материала более точной, позволит уменьшить количество неинформативного материала и частоту ложноотрицательных результатов. Что в свою очередь позволит выявлять изменения в полости ШМ на ранних стадиях и приступить к своевременному лечению.

Библиографический список

1. Вирус папилломы человека (ВПЧ) и рак шейки матки [Электронный ресурс] URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/ human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer (дата обращения: 04.02.2022)

2. Кириллина М.П., Иванова А.К., Попова И.Д., Гармаева Д.К. Анализ частоты встречаемости фоновых и предраковых заболеваний шейки матки по результатам профилактического и диагностического цитологического исследования // Якутский медицинский журнал. 2018. ном. 3. с. 29 – 32.

DOI: 10.25789/YMJ.2018.63.08

3. Кириллина М.П., Кононова И.В., Иванова А.К., Воронцова В.А., Лушникова Е.Л. Внедрение метода жидкостной цитологии для совершенствования диагностики заболеваний шейки матки // Якутский медицинский журнал. 2019. ном. 1. с. 38 – 40.

DOI: 10.25789/YMJ.2019.65.11

4. Кириллина М.П., Кононова И.В. Софронова С.И., Иванов П.М. Вирус папилломы человека как фактор развития рака шейки матки // Якутский медицинский журнал. 2020. ном. 4. с. 82 – 86.

DOI: 10.25789/YMJ.2020.72.20

5. Кононова И.В., Кириллина М.П., Софронова С.И., Мамаева С.Н. Межрегиональный анализ заболеваемости раком шейки матки и смертности от него в сибирской части России (2008 – 2019 гг.) // Якутский медицинский журнал. 2021. ном. 2. с. 70 – 76.DOI: 10.25789/YMJ.2021.74.18

Симонович Мария Юрьевна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал
КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
31.02.03 Лабораторная диагностика, 2 курс, группа 21-Д
Преподаватель Русских Татьяна Павловна

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ВТОРОГО ТИПА, ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Сахарный диабет - тяжелое хроническое прогрессирующее заболевание, которое требует медицинской помощи на протяжении всей жизни больного и является одной из главных причин преждевременной смертности.

По данным Всемирной организации здравоохранения, каждые 10 секунд в мире умирает 1 больной сахарным диабетом, то есть ежегодно умирает около 4 миллионов больных - больше, чем от СПИДа и гепатита.

Отсутствие преемственности на этапах лечения ведет к невозможности организовать должные уход и контроль состояния больного, оказать ему не только медицинскую помощь, но и социально-психологическую поддержку. В существующей системе нет структур, помогающих больным сахарным диабетом адаптироваться к новым условиям жизни, дающих мотивацию для самоконтроля, само- и взаимопомощи, активно взаимодействующих с микро- и макроокружением больного. В этих условиях отсутствие активного наблюдения на дому за больными диабетом с ограниченными возможностями ухода и передвижения приводит к росту уровня несвоевременно диагностированных осложнений, ведущих к обширным ампутациям и высокой летальности.

Общие причины, провоцирующие заболевание и увеличение распространенности диабета во всем мире, связаны с тенденциями в изменении образа жизни, культуры питания, динамики жизненных процессов, урбанизация и старение населения.

Объект исследования – пациенты с сахарным диабетом КГБУЗ «Городской больницы №4».

Предмет исследования – уровень осведомленности пациентов КГБУЗ «Городской больницы №4» об осложнениях сахарного диабета.

Цель работы - разработать рекомендации для пациентов о профилактике осложнений сахарного диабета.

Для достижения поставленной цели предлагается изучить следующие задачи:

- Изучить литературу по заданной теме
- Разработать анкету для пациентов для определения степени информированности больных о заболевании и осложнениях сахарного диабета
- Провести анкетирование среди пациентов КГБУЗ «Городская больница №4»
- Проанализировать полученные результаты
- разработать рекомендации по профилактике осложнений сахарного диабета

Этиология и патогенез сахарного диабета

Сахарный диабет (diabetesmellitus) представляет собой хроническое нарушение обмена веществ обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина, характеризующейся гипергликемией после еды или натощак и сопровождающееся при наиболее выраженных формах кетозом и белковым истощением.

Инсулин - полипептидный гормон, состоящий из двух аминокислотных цепей. Синтез инсулина происходит в β-клетках островков Лангерганса поджелудочной железы. Синтезированный инсулин накапливается в секреторных гранулах этих клеток в виде кристаллов, содержащих цинк.

Физиологические эффекты инсулина в организме:

1. Стимулирует транспорт глюкозы через мембрану клетки с помощью облегченной диффузии. Скорость поступления глюкозы в мышечные и жировые клетки определяет интенсивность ее фосфорилирования и дальнейшего метаболизма. Примерно половина глюкозы, поступившей в организм, расходуется на энергетические нужды, от 30 до 40% превращается в жиры, а около 10% - в гликоген
2. Снижает концентрацию глюкозы в плазме крови.
3. Ингибирует глюконеогенез.
4. Ингибирует липолиз.
5. Стимулирует синтез белков и тормозит их распад - анаболическое действие.
6. Стимулирует рост и размножение клеток.

Недостаточность инсулина при СД приводит в первую очередь к снижению поглощения глюкозы клетками и к гипергликемии. Особенно высокая концентрация глюкозы в плазме крови наблюдается вскоре после приема пищи, так называемая постпрандиальная гипергликемия. В норме почечные клубочки непроницаемы для глюкозы, но при повышении ее концентрации в плазме выше 9-10 ммоль/л она начинает активно выделяться с мочой. Это, в свою очередь, приводит к повышению осмотического давления мочи, замедлению реабсорбции воды и электролитов. Объем суточной мочи увеличивается до 3-5 л, а в тяжелых случаях - 7-8 л - развивается полиурия, а как следствие – обезвоживание организма, что сопровождается сильной жаждой. При отсутствии инсулина происходит избыточное расщепление белков и жиров, которые используются клетками в качестве источников энергии. Из-за этого, с одной стороны, организм теряет азот в виде мочевины и аминокислоты, а с другой стороны, в нем накапливаются токсичные продукты липолиза - кетоны. Они имеют очень большое значение в патофизиологии СД: Выведение из организма сильных кислот приводит к потере буферных катионов, истощению щелочного резерва и кетоацидозу. Особенно чувствительны к изменению осмотического давления крови и параметров кислотно-основного равновесия ткани головного мозга. Таким образом, нарастание кетоацидоза может приводить к кетоацидотическойкоме, а затем к необратимым повреждениям нейронов и смерти больного.

Классификация сахарного диабета

Существует ряд классификаций сахарного диабета по различным признакам. В совокупности они входят в структуру диагноза и позволяют достаточно точно описать состояние больного диабетом.

Этиологическая классификация:

I. Сахарный диабет 1-го типа - деструкция β-клеток, ведущая к развитию абсолютной пожизненной инсулиновой недостаточности

II. Сахарный диабет 2-го типа - от преимущественной резистентности к инсулину с относительной недостаточностью инсулина до преимущественного секреторного дефекта с резистентностью к инсулину или без неё.

III. Другие формы диабета:

1) генетические дефекты инсулина и /или его рецепторов,
2) заболевания экзокринной части поджелудочной железы,
3) эндокринные заболевания: синдром Иценко-Кушинга, акромегалия, диффузный токсический зоб, феохромоцитома и другие,
4) диабет, индуцированный лекарствами.
5) диабет, индуцированный инфекциями.
6) необычные формы иммунноопосредованного диабета.
7) генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом.

IV. Гестационный сахарный диабет — возникает во время беременности и может полностью исчезнуть или значительно облегчиться после родов. Механизмы возникновения гестационного диабета схожи с таковыми в случае диабета 2-го типа. Частота возникновения гестационного диабета среди беременных женщин составляет примерно 2—5%. Несмотря на то, что после родов этот тип диабета может полностью исчезнуть, во время беременности — это заболевание наносит существенный вред здоровью матери и ребёнка. Женщины, страдавшие гестационным диабетом во время беременности, подвержены большому риску заболеть впоследствии диабетом 2-го типа. Влияние диабета на плод выражается в избыточной массе ребёнка на момент рождения, различных уродствах и врождённых пороках развития. Данный симптомокомплекс описан как диабетическая фетопатия.

Классификация по степени компенсации углеводного обмена:

1. Фаза компенсации
2. Фаза субкомпенсации
3. Фаза декомпенсации

Компенсированная форма диабета — это хорошее состояние больного, у которого лечением удается достигнуть нормальных показателей сахара в крови и его полного отсутствия в моче. При *субкомпенсированной форме* диабета не удается достигнуть таких высоких результатов, но уровень глюкозы в крови ненамного отличается от нормы, то есть составляет не более 13,9 ммоль/л, а суточная потеря сахара с мочой составляет не более 50 г. При этом ацетон в моче отсутствует полностью. Хуже всего протекает *декомпенсированная форма* диабета, потому что в этом случае улучшить углеводный обмен и снизить сахар в крови удается плохо. Несмотря на лечение, уровень сахара поднимается более 13,9 ммоль/л, а потеря глюкозы с мочой за сутки превышает 50 г, в моче появляется ацетон. Возможна гипергликемическая кома.

Факторы риска развития сахарного диабета

К факторам риска развития сахарного диабета 1 типа относят:

I. Немодифицируемые :

1. Наследственная предрасположенность
2. Европеоидная раса
3. Возрастная группа моложе 30 лет

II. Модифицируемые:

1. Окружающая среда
2. Воздействие некоторых вирусных инфекций, такие как вирусы эпидемического паротита, гепатита, краснухи
3. Стресс

4. Не сбалансированное питание

К факторам риска развития сахарного диабета 2 типа относят:

I. Немодифицируемые:

1. Наследственная предрасположенность
2. Монголоидная и негроидная расы
3. Возрастная группа старше 40 лет
4. Мужской пол

II. Модифицируемые:

1. Избыточная масса тела и ожирение, ИМТ боле 25кг/м^2
2. Низкая физическая активность
3. Стресс
4. Неправильное питание
5. Начальные нарушения углеводного обмена
6. Артериальная гипертензия, 140/90 мм рт. ст. и выше
7. Атеросклероз при снижение уровня липопротеидов высокой плотности до ≤0,9 ммоль/л
8. Вредные привычки
9. Перенесенный гистационный диабет или рождение ребенка массой более 4кг.

Клинические проявления

В клинической картине диабета принято различать две группы симптомов: основные и второстепенные.

К основным симптомам относятся:

- Полиурия — усиленное выделение мочи, вызванное повышением осмотического давления мочи за счёт растворённой в ней глюкозы. Проявляется учащённым обильным мочеиспусканием, в том числе и в ночное время.
- Полидипсия — обусловлена значительными потерями воды с мочой и повышением осмотического давления крови.
- Полифагия — постоянный неутолимый голод. Этот симптом вызван нарушением обмена веществ при диабете, а именно неспособностью клеток поглощать и перерабатывать глюкозу в отсутствие инсулина.
- Похудание — частый симптом диабета, который развивается несмотря на повышенный аппетит больных. Похудание обусловлено повышенным катаболизмом белков и жиров из-за выключения глюкозы из энергетического обмена клеток.

Основные симптомы наиболее характерны для диабета 1-го типа. Они развиваются остро. Пациенты, как правило, могут точно назвать дату или период их появления.

К вторичным симптомам: относятся малоспецифичные клинические знаки, развивающиеся медленно на протяжении долгого времени. Эти симптомы характерны для диабета как 1-го, так и 2-го типа:

- зуд кожи и слизистых оболочек - кожа сухая, грубая, легко шелушится, покрыта расчесами,
- сухость во рту,
- общая мышечная слабость,
- головная боль,

- воспалительные поражения кожи, трудно поддающиеся лечению - фурункулы, экзематозные, язвенные или иные очаговые поражения,
- наличие ацетона в моче при диабете 1-го типа. Ацетон является результатом сжигания жировых запасов.

Прочие жалобы могут быть обусловлены ранним присоединением осложнений: ухудшение зрения, нарушение функции почек, боль в сердце и нижних конечностях вследствие поражения сосудов и нервов.

Для сахарного диабета характерно генерализованное поражение сосудистой системы. Наиболее часто отмечается диффузно распространенное дегенеративное поражение мелких суставов таких как капилляров, а также артериол и венул. Особенно значимо поражение сосудов почечных клубочков, сетчатки глаза и дистальных отделов нижних конечностей, вплоть до развития гангрены.

Диагностика сахарного диабета

В основе диагностики лежат:

– наличие классических симптомов диабета: повышенное потребление и выделение жидкости с мочой, выделение кетоновых тел с мочой, снижение массы тела, повышение уровня глюкозы в крови;

– повышение уровня глюкозы натощак при неоднократном определении в норме 3,3-5,5 ммоль/л.

Существует определенный алгоритм обследования больного с подозрением на сахарный диабет. Здоровые люди с нормальной массой тела и неотягощенной наследственностью исследуют уровень глюкозы в крови и моче натощак. Общий анализ крови – натощак или не раньше 4-х часов после последнего приема пищи, который может состоять из несладкого чая, яблока, несладкой каши без масла и молока. В норме 3,3 - 5,5 ммоль/л Общий анализ мочи – первая утренняя моча, накопившаяся за ночь. Перед забором мочи проводится тщательный гигиенический туалет половых органов. Накануне сдачи анализа не рекомендуется употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и др.), не принимать диуретики. Женщинам необходимо сдавать анализ через 2-3- дня после менструации. Использовать контейнер из лаборатории или пластиковую емкость с крышкой для одноразового использования. Мочу необходимо доставить в лабораторию утром в день забора. В норме в моче не должно быть сахара, ацетона и белка. При получении нормальных значений дополнительно обязательно сдается анализ на гликированный гемоглобин. Процент гликированного гемоглобина отражает средний уровень концентрации глюкозы в крови пациента на протяжении 2-3 месяцев до исследования. При контроле лечения диабета рекомендуется поддерживать уровень гликированного гемоглобина менее 7 % и пересматривать терапию при уровне гликированного гемоглабина 8 %

При получении высокого уровня гликированного гемоглобина, при скрининг у здорового пациента рекомендуется определить уровень глюкозы в крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в 75 г. Этот тест особенно необходим, если уровень глюкозы в крови хотя и выше нормального, но недостаточно высок, чтобы проявлялись признаки диабета. Тест проводят утром, после ночного голодания не менее 12 часов. Определяют исходный уровень глюкозы и через 2 часа после приема 75 г глюкозы, растворенной в 300 мл воды. В норме, сразу после нагрузки глюкозой, ее концентрация в крови возрастает, что стимулирует

секрецию инсулина. Это в свою очередь снижает концентрацию глюкозы в крови, через 2 часа ее уровень практически возвращается к исходному у здорового человека и не возвращается к норме, превышая исходные значения в два раза у пациентов с сахарным диабетом.

Для подтверждения диагноза у людей с пограничными нарушениями толерантности к глюкозе проводится определение инсулина. В норме уровень инсулина равен 15-180 ммоль/л. Исследование проводится натощак, не менее 8 и не более 14 часов голодания. Можно пить воду без газа. Взятие крови рекомендуется проводить в утренние часы с 8.00 - 12.00, если другое время не указано лечащим врачом. Прием препаратов накануне или в день исследования необходимо согласовать с лечащим врачом.

Осложнения

1. Острые состояния, которые развиваются в течение дней или даже часов:

− диабетический кетоацидоз - тяжелое состояние, развивающееся вследствие накопления в крови продуктов промежуточного метаболизма жиров. Проявляется рвотой, болью в животе, дегидратацией, фруктовый запах изо рта, кетоновыми телами в крови/моче, спутанностью сознания. Осложнениями бывают кома, коллапс, отек мозга, смерть

− гипогликемия - снижение уровня глюкозы в крови ниже нормального значения, происходит из-за передозировки сахароснижающих препаратов, сопутствующих заболеваний, непривычной физической нагрузки или недостаточного питания, приема крепкого алкоголя. Проявляется головокружением, слабостью, тахикардией, головными болями, чувством голода, затуманенностью зрения. Осложнениями могут быть повреждение почек или проблемы с глазами и нервами, болезнями сердца и инсульт.

2. Поздние – состояния, на развитие которых требуются месяцы, а в большинстве случаев годы течения заболевания:

− диабетическая ретинопатия - поражение сетчатки глаза в виде микроаневризм, точечных и пятнистых кровоизлияний, твердых экссудатов, отека, образования новых сосудов. Симптомами являются снижение остроты зрения, искажение видения объектов и миодезопсия или «плавающие мушки». Осложнениями являются кровоизлияния в сетчатку, отслойка сетчатки и неоваскулярная глаукома.

− диабетическая микро и макроангиопатия - нарушение проницаемости сосудов, повышение их ломкости, склонность к тромбозам и развитию атероскроза. Проявляются снижением чувствительности, ощущением холодных ног, хромотой, болью, судороги.

− диабетическая полинейропатия - чаще всего проявляется в виде двусторонней периферической невропатии по типу «перчаток и чулок», начинающаяся в нижних частях конечности

− диабетическая нефропатия - поражение почек, сначала в виде микроальбуминурии, затем протеинурии. Проявляется полиурией, кожным зудом, отеками, артериальной гипертензией.

− диабетическая артропатия - уменьшение количества синовиальной жидкости и повышение ее вязкости. Проявляется поражениями суставов нижних конечностей. Боли в суставах преимущественно при ходьбе, иногда припухлостью суставов.

− диабетическая энцефалопатия - изменения психики и настроения, эмоциональная лабильность, депрессия. Медленно прогрессирующая симптоматика, на первых порах это

головная боль, слабость, быстрая утомляемость. В дальнейшем происходит ухудшение памяти, рассеянность, обмороки.

− диабетическая стопа - поражение стоп больного сахарным диабетом в виде гнойно-некротических процессов, язв и костно-суставных поражений, возникающее на фоне изменения периферических нервов, сосудов, кожи и мягких тканей, костей и суставов. Проявляется болью в ноге, как при ходьбе, так и в состоянии покоя, снижением чувствительности ноги, отеками, изменение формы и цвета стопы. Осложнениями могут быть некроз, грибковые и бактериальные инфекции.

Профилактика сахарного диабета

Первичная профилактика: направлена на предупреждение заболевания. Для этого стоит внимательно относиться к своему здоровью, изменить некоторые привычки и питаться правильно. Часто помогает сбалансированная диета, состоящая на 50% из углеводов, на 20% из белка и на 30% из жира. Не стоит забывать и про прием пищи не менее трех раз в день. Физическая активность также важна в профилактике сахарного диабета. Физическая нагрузка не только помогает сбросить лишний вес, но и выводит из крови лишнюю глюкозу. Укрепление иммунитета тоже важно. В этом плане прекрасный вариант - санаторно-курортное оздоровление, позволяющее предупредить развитие недуга при наличии нескольких факторов риска, включая наследственность и избыточный вес. Развитие стрессоустойчивости также поможет в предупреждение заболевания.

Вторичная профилактика - это своевременный контроль уже имеющегося заболевания. Правильно проводимая вторичная профилактика позволит избежать таких серьезных осложнений, как диабетические комы, поражение крупных и мелких сосудов различных. Эти осложнения, в свою очередь, могут привести к необратимым изменениям в органах, например, к «диабетической стопе», которая без лечения заканчивается ампутацией пораженной конечности. К мероприятиям относятся все перечисленные рекомендации по первичной профилактике, а также специальные: рациональное питание с ограничением легкоусвояемых углеводов; достаточная с учетом возраста и состояния физическая активность; при неэффективности диетотерапии применение пероральных сахароснижающих средств в небольших дозах; повышенные прием витаминов внутрь в виде поливитаминных комплексов, а также парентерально; нормализация липидного обмена и АД при их нарушении; при появлении патологии со стороны внутренних органов или осложнений сахарного диабета - дополнительное их лечение в полном объѐме; при недостаточном эффекте диетотерапии и сульфаниламидотерапии своевременный переход на инсулинотерапию; достижение суточной нормогликемии и аглюкозурии в результате комплексного лечения сахарного диабета.

Роль медицинской сестры при уходе за пациентами с сахарным диабетом

Роль медсестры в уходе за пациентом с сахарным диабетом хотя и несколько иного плана, чем роль квалифицированного доктора, однако она не менее важна, если даже не более значима. Но при этом от нее требуется не только профессиональная подготовка, но и сколько высокие человеческие качества.

Сестринский процесс - это комплекс из пяти мероприятий:

1. Обследование

Сестра собирает информацию о пациенте, его состоянии здоровья. Состоит она и из личных восприятий пациента, и из того, что может сказать сама медсестра, основываясь на

своих наблюдениях. В итоге первого этапа должны быть готовы документы с полученной информацией, т.е. создание сестрой собственной истории болезни.

2. Определение проблем больного сахарным диабетом и постановка сестринского диагноза.

Медсестра должна определить не только те проблемы, которые уже существуют у пациента на момент ее работы с ним, но также те, которые возможны в будущем. При этом все выявленные проблемы сестра должна приоритетно распределить и обратить самое пристальное внимание на наиболее угрожающие в настоящее время.

Сестринский диагноз и диагноз лечащего врача - это не одно и то же. Врач определяет проблемы больного сахарным диабетом со здоровьем, а медсестра - сложности, которые вследствие этих проблем возникают.

3. Постановка целей сестринского процесса, планирование деятельности сестры.

План обязательно должен включать в себя краткосрочные и долгосрочные цели, а также обязательно содержать подробные пояснения: как, к какому сроку и при помощи чего будет достигнута та или иная цель.

Действия, которых будет требовать план непосредственно от самой сестры, записываются в историю болезни.

4. Реализация поставленных целей. На этом этапе сестре следует принимать меры по профилактике различных заболеваний, а также обследованию, лечению и реабилитации больных сахарным диабетом.

Выделяется три вида сестринского процесса, которые для каждого больного подбираются индивидуально:

– Сестра выполняет то, что назначает врач, под его постоянным наблюдением.

– Сестра самостоятельно определяет, какие действия с ее стороны необходимы пациенту в данный момент.

– Сестра и врач взаимно оговаривают свои действия.

Однако ни один из типов вмешательства не умаляет ответственности сестры.

5. Эффективность сестринского ухода.

Определяется на основе всех полученных данных и наблюдается в динамике совокупности: действие сестры - результат для пациента, страдающего сахарным диабетом.

План сестринских вмешательств по уходу за пациентом:

Проблемы пациента:

- психологический дискомфорт;
- эмоциональная нестабильность;
- жажда;
- повышенный аппетит;
- сухость кожи;
- кожный зуд.

Независимые:

- установить доверительные отношения с пациентом;
- осуществлять наблюдение за состоянием пульса, АД, ЧДД;
- осуществлять контроль за кожными покровами;
- контроль за сознанием и внешним видом пациента;
- обеспечить гигиенический уход за кожными покровами;

- провести беседу с пациентом о сути его болезни;
- контроль за весом;
- обеспечить психологический и физический покой;
- обеспечить помощь в удовлетворении основных жизненных потребностей;
- следить за содержанием сахара в крови;
- следить за гигиеной кожи ног;
- проводить профилактику инфицирования ран;
- своевременно выявлять травмы и воспаления стоп;
- обучение пациентов правилам асептики и антисептики при парентеральном введении препаратов инсулина в домашних условиях;
- объяснение пациентам правилам сбора мочи на сахар;
- контроль диуреза;
- оказание первой доврачебной помощи при развитии коматозного состояния;
- контроль за передачами родственников;
- разъяснение больному важности соблюдение диеты, обучение принципам подбора и приготовление продуктов питания;
- обучение пациента расчетом хлебной единицы;
- обучение пациента правильному хранению инсулина;
- показать места введения инсулина;
- обучить правильности введения инсулина.

***Зависимые*:**

- коррекция дозы инсулина;
- п/к введение инсулина и обучение введения
- взаимозависимые: консультация эндокринолога;
- обучение в школе больных сахарным диабетом;
- консультация диетолога;
- консультация окулиста;
- консультация невролога;
- консультация подолога.

Диетотерапия

Диета №9 при сахарном диабете является необходимой составной частью лечения, также как и употребление сахароснижающих препаратов или инсулинов. Без соблюдения диеты ***невозможна*** компенсация углеводного обмена. Следует отметить, что в некоторых случаях при диабете 2-го типа для компенсации углеводного обмена достаточно только диеты, особенно на ранних сроках заболевания. При 1-м типе диабета соблюдение диеты жизненно важно для больного, нарушение диеты может привести к гипо- или гипергликемической коме, а в некоторых случаях к смерти больного. Задачей диетотерапии при сахарном диабете является обеспечение равномерного и адекватного физической нагрузке поступления углеводов в организм больного. Диета должна быть сбалансирована по белкам, жирам и калорийности. Следует полностью исключить легкоусвояемые углеводы из рациона питания, за исключением случаев гипогликемии. При диабете 2-го типа зачастую возникает необходимость в коррекции массы тела.

Основным понятием при диетотерапии сахарного диабета является хлебная единица**.** Хлебная единица представляет собой условную меру, равную 10—12 г углеводов или 20—25

г хлеба. Существуют таблицы, в которых указано количество хлебных единиц в различных продуктах питания. В течение суток количество хлебных единиц, употребляемых больным, должно оставаться постоянным; в среднем в сутки употребляется 12—25 хлебных единиц, в зависимости от массы тела и физической нагрузки. За один приём пищи не рекомендуется употреблять более 7 хлебных единиц, желательно организовать приём пищи так, чтобы количество хлебных единиц в различных приёмах пищи было примерно одинаковым. Следует также отметить, что употребление алкоголя может привести к отдалённой гипогликемии, в том числе и гипогликемической коме.

Важным условием успешности диетотерапии является ведение больным дневника питания, в него вносится вся пища, съеденная в течение дня, и рассчитывается количество хлебных единиц, употреблённых в каждый приём пищи и в целом за сутки.

Физические нагрузки

Дозированные физические нагрузки при сахарном диабете приравниваются к лечебным мероприятиям. Ведь интенсивная работа мышц активизирует поглощение глюкозы из крови, улучшает чувствительность тканей к инсулину, способствуют снижению веса. Но при этом надо контролировать состояние, не доводить до чрезмерной усталости, грозящей развитием гипогликемической комы.

Самоконтроль

Самоконтроль уровня гликемии является одним из основных мероприятий, позволяющих добиться эффективной длительной компенсации углеводного обмена. Самоконтроль гликемии может проводиться двумя способами. Первый — приблизительный с помощью тест-полосок, которые определяют с помощью качественной реакции уровень глюкозы в моче, при наличии глюкозы в моче следует проверить мочу на содержание ацетона. Ацетонурия — показание для госпитализации в стационар и свидетельство кетоацидоза.

Более современным и адекватным методом оценки состояния является использование глюкометров (см. Приложение №1). Глюкометр представляет собой прибор для измерения уровня глюкозы в органических жидкостях. Существует несколько методик измерения. В последнее время широко распространились портативные глюкометры для измерений в домашних условиях. Достаточно поместить капельку крови на присоединённую к аппарату глюкозоксидазного биосенсора одноразовую индикаторную пластину, и через несколько секунд известен уровень глюкозы в крови.

Важным является обучение пациентов и родственников некоторым приемам самопомощи, необходимым навыкам (поведенческая терапия). Это, в частности, обучение в форме школы (см. Приложение №1) для пациентов и их родственников.

Методы санаторно-курортного лечения сахарного диабета

Для улучшения качества жизни пациентов, коррекции проявлений диабета, а также для профилактики развития этого заболевания комплексно применяются самые разные санаторно-курортные лечебные процедуры:

- Диетотерапия. При сахарном диабете это один из основных методов лечения. Диета должна содержать достаточное количество «медленных углеводов» и полноценного белка, а также исключать сладости, сдобу, соленья, колбасы, жирное мясо и т.п. Режим питания должен быть особым - дробным, как правило, шестиразовым. Санатории обычно предлагают 2 отдельные диеты для 2 типов диабета, инсулинозависимого или

инсулиннезависимого. Очень целесообразно адаптироваться к диете именно в комфортных санаторных условиях;

- Питьевое лечение минеральной водой является ведущим методом санаторно-курортного лечения и профилактики диабета, так как прием минеральных вод положительно сказывается на липидном обмене и обмене углеводов, улучшает влияние ферментов, отвечающих за проникновение глюкозы в ткани, повышает чувствительность инсулиновых рецепторов. Кроме того, важную роль в лечение сахарного диабета играют минеральные воды, содержащие магний. Как правило, при данном заболевании минеральную воду назначают принимать по 1 стакану 3 раза в день той температуры, которая обусловлена сопутствующими заболеваниями ЖКТ или общим состоянием организма;
- Бальнеолечение - минеральные ванны, особенно газовые - углекислые или углекисло-сероводородные; радоновые ванны; кислородные ванны для профилактики диабетической ангиопатии. Минеральные ванны улучшают обмен веществ, функционально активизируют нервную систему, положительно влияют на нейрорегуляцию, улучшают показатели иммунитета. Кроме того, они способствуют лечению и сопутствующих заболеваний ЖКТ, кожи, сосудов, опорно-двигательного аппарата и других;
- Грязелечение в очень ограниченном количестве случаев и под контролем врача, так как грязи могут ухудшить состояние обмена углеводов за счет повышения активности надпочечников и возбудимости симпатической нервной системы;
- Физиотерапия - особенно важную роль играют сухие углекислые ванны для профилактики и лечения диабетической микроангиопатии; также применяются озоновые ванны;
- Фитотерапия;
- Иглорефлексотерапия;
- Психотерапия;
- ЛФК и строго дозированные постоянные физические нагрузки, обязательно включающие активные движения такие как ходьба, велотренажеры, плавание.

В некоторые санаториях работают так называемые «школы диабета», где пациенты учатся управлять своим заболеванием.

Минеральные источники, физическая активность, правильное питание и другие методики санаторно-курортного лечения дают прекрасные результаты при диабете, существенно улучшая качество жизни и самочувствие людей.

Не рекомендуется лечение в санаториях при наличии сосудистых заболеваний с недостаточностью кровообращения выше второй стадии.

Сестринская помощь при неотложных состояниях

Коматозные состояния при сахарном диабете относятся к остро развивающимся осложнениям.

Гипогликемическая кома

Кома возникает в результате снижения уровня сахара в крови ниже 3,5 ммоль/л

Этиология

Причины возникновения:

- высокие дозы инсулина;
- неправильный прием пищи после введения инсулина;
- значительная физическая нагрузка.

Развитие комы

Клетки центральной нервной системы не могут полностью утилизировать глюкозу и при этом страдают от недостатка энергии. В результате этого резко снижается потребление кислорода клетками. В первую очередь при гипогликемической коме страдает мозг.

Симптомы

Кома развивается очень быстро. Больной может внезапно почувствовать резкую слабость, дрожание, чувство голода. На коже выступает пот, артериальное давление повышается.

Характерным признаком прекоматозного состояния является возбуждение эмоционального состояния, вплоть до психоза с галлюцинациями.

Позже появляется потеря сознания, и наблюдаются судороги. Артериальное давление в норме, зрачки расширены, глазные яблоки в тонусе, дыхание без запаха ацетона, может быть непроизвольное мочеиспускание.

По мере того, как прогрессирует кома, и затрагиваются участки головного мозга, может произойти отек мозга и остановка дыхания.

Лечение

Кому можно предотвратить на начальной стадии, приняв сахаросодержащие продукты или напитки. Можно ввести раствор глюкозы высокой концентрации в вену.

Гиперосмолярная кома

Возникает в результате острого дефицита инсулина, но в отличие от гипергликемической формы не имеет признаков кетоацидоза.

Этиология

Причины возникновения:

- нарушения диеты;
- обезвоживание при потреблении диуретиков;
- воспалительные заболевания;
- инфаркт миокарда;
- гемодиализ;
- кровотечения.

Развитие комы

Для комы характерно высокое содержание сахара и снижение жидкости в организме. Дефицит жидкости в клетках приводит к уменьшению кровотока в органах и тканях. Прежде всего, от гиповолемии страдают почки, которые перестают выводить натрий.

Возникает агрегация элементов крови, что приводит к развитию тромбов. Повышение в организме натрия приводит к мелким кровоизлиянием в головном мозге.

Симптомы

Кома может развиваться в течение двух недель. В начальном периоде больные могут испытывать сильную жажду, сухость во рту, повышенную усталость. Кожа больных становиться сухой и дряблой.

В дальнейшем происходит полная потеря сознания, у больного возникают судороги, снижение артериального давления, тахикардия. Объективно: тургор кожи снижен, глазные яблоки мягкие, в выдыхаемом воздухе нет запаха ацетона, живот мягкий.

Характерным признаком комы являются нарушения со стороны нервной системы, почечная недостаточность и тромбозы сосудов.

Помощь больным оказывается в отделении интенсивной терапии.

Сахарный диабет – это очень серьёзное заболевание, под которым понимают синдром хронической гипергликемии, связанный с недостаточной секрецией инсулина или нарушением его действия.

Расширив, углубив и систематизировав знания по заболеванию сахарный диабет, меры профилактики сахарного диабета, клинике, осложнения и лечение сахарного диабета и специальные мероприятия по уходу за пациентами, можно сделать вывод, что сахарный диабет является причиной инвалидности и высокой смертности от сосудистых осложнений, к которым относятся инфаркт миокарда, мозговой инсульт, гангрена нижних конечностей, потеря зрения и поражение почек – нефропатия. Это заболевание, как выяснилось, гетерогенного характера, в основе которого могут лежать генетические, иммунологические факторы, а также неблагоприятные воздействия внешней среды. Причины развития сахарного диабета не всегда достаточно ясны. В развитии инсулиновой недостаточности играет роль наследственная патология в первую очередь, предрасполагающий фактор – рождение ребёнка с большим весом, а также возможно, вирусное поражение β-клеток поджелудочной железы.

Ранняя диагностика и адекватность лечения этого заболевания – самые главные задачи, так, как и гипер- и гипогликемия служат пусковым моментом многих патологических механизмов, способствующих развитию тяжёлых сосудистых осложнений. Цель лечения сахарного диабета – добиться таких показателей содержания глюкозы в крови на протяжении суток, которые практически не отличаются от наблюдаемых у здорового человека. Поддержанием нормальной (или близко к нормальной) концентрации глюкозы в крови в течение длительного времени удаётся задержать или отсрочить появление поздних осложнений.

Суммируя всё вышеизложенное можно сделать следующий вывод: самоконтроль - основа успешного лечения и профилактика осложнений сахарного диабета. Система самоконтроля включает знание особенностей клинических проявлений и лечения заболевания, контроль за показателями сахара крови и мочи, диетой, массой тела. Развитие системы самоконтроля является на сегодняшний день одним из важных элементов в лечении сахарного диабета. Чтобы пациент с сахарным диабетом мог успешно справляться со своим заболеванием, он должен знать, как можно больше о причинах, признаках, осложнениях и лечении заболевания.

Библиографический список

1. Балашевич Л.И. Глазные проявления диабета - Санкт-Петербургская гос. мед. акад. последипломного образования, 2004. – 382 с. : ил. - Библиогр. в конце глав.
2. Данилова Н.А.. Лечебное питание при диабете. - СПб.: Невский проспект, Вектор, 2007. - 128 с.
3. Дедов И.И., Фадеев В.В. Введение в диабетологию (Руководство для врачей). - М: Берег, 2014. – 200 с.
4. Ефимов А.С, Н. А. Скробонская, С. Н. Инсулинотерапия больных сахарным диабетом, Ткач. – Киев : Здоров'я, 2000 . – 248 с.
5. Заликина Л.С. Уход за больными. - М.: Медицинское информационное агентство, 2008. - 204 с.

6. Обуховец Т.П. Сестринское дело в терапии. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 345 с.
7. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Под ред. Б.В. Кабарухина. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 473 с.
8. Ушакова О.В. Профилактика сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом (программный подход): дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2013. - С. 65-87
9. Шатохина, М. С. Обучение пациентов с сахарным диабетом как необходимое условие повышения эффективности лечебно-диагностического процесса / М. С. Шатохина // Сестринское дело. - 2013. - № 1. - С. 19-21.

Приложение 1

Памятка пациентам и их родственникам при гипогликемии

- Лечение гипогликемии должно быть незамедлительным: в случае легкой гипогликемии пациенту следует съесть или выпить продукт, содержащий рафинированные углеводы в количестве, эквивалентном 20,0-30,0 сахарозы.
- Напитки эффективнее купируют гипогликемию из-за более быстрого всасывания. Больной должен получать сладкое до купирования симптомов. Поэтому пациент с сахарным диабетом должен всегда иметь при себе сахар или таблетки глюкозы. В случае тяжелой гипогликемии необходимо немедленно начать струйное внутривенное введение 40—60 мл 40% раствора глюкозы.
- Введение глюкозы можно прекратить, когда пациент в сознании и ориентирован. Исследование содержания глюкозы в крови необходимо провести через 15—20 мин. При нарушении сознания родственниками больного диабетом может быть введен 1 мг глюкагона внутримышечно или подкожно.
- Терапевтическая эффективность введения глюкагона достигает 85%. Профилактика гипогликемии — четкий распорядок дня с частыми приемами пищи, содержащей углеводы, отказ от приема алкоголя и незапланированных тяжелых физических нагрузок.
- Наиболее важное место в предотвращении гипогликемии занимает обучение больных сахарным диабетом. Чтобы адекватно контролировать сахар в крови при диабете и не допускать эпизодов гипогликемии, следует пользоваться глюкометром по 4-8 раз в сутки.

Сырова Евгения Александровна
г. Комсомольск-на-Амуре, «Комсомольский-на-Амуре
филиал Хабаровский государственный медицинский колледж
имени Г. С. Макарова»
31.02.02 Акушерское дело, 2 курс
Научный руководитель - преподаватель педиатрии Домбровская Е.А.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, 2,5% младенцев рождаются с пороками развития. Только 1,5-2% из них связаны с экзогенными факторами, остальные обусловлены генетическими причинами.

Среди экзогенных причин: биологические (инфекционные заболевания: краснуха, герпес, хламидийная инфекция и другое), физические (все виды ионизирующего излучения, радионуклиды), химические (все противоопухолевые препараты, гормональные препараты, наркотические вещества).

В числе генетических факторов развития пороков и заболеваний 1% приходится на генные мутации, 0,5% - на хромосомные, 3-3,5% - на болезни с выраженным наследственным компонентом (ИБС, сахарный диабет, атеросклероз). Стоит заметить что в 40-50% случаев детской смертности причиной оказывается наследственный фактор и 30% пациентов детских стационаров страдают от болезней, связанных с генетикой.

Глава 1. Диагностика наследственных заболеваний.

В настоящее время существует множество методов выявления генетических заболеваний. Диагностика проводится на разных этапах развития ребёнка, но следует узнать о предрасположенности заранее.

Если не удалось выяснить в момент планирования беременности есть методы пренатальной диагностики: неинвазивный является самым безопасным, инвазивный включает в себя взятие материала плода.

1.1. *Диагностика.*

1. Пренатальная - УЗИ, биохимический скрининг, биопсия хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез.
2. Постнатальная - морфологический анализ (внешние признаки) и дерматоглифика (отпечаток пальцев)
3. Преклиническая (досимптомная)
4. Ранняя постнатальная диагностика наследственных заболеваний, поддающихся лечению.

Диагностика наследственных болезней является сложным процессом, так как в настоящее время очень много наследственных заболеваний (свыше 6 тысяч), у каждого своя клиническая картина, редкие формы болезни.

1.2. *Прямые метода пренатальной диагностики.*

1. УЗИ - позволяет не только установить факт беременности, но и контролировать рост и развитие плода , заподозрить наличие аномалий кариотипа плода, характер течения беременности, наличие угрозы ее прерывания и эффективность проводимой сохраняющей

терапии. Является наиболее распространённым и самым эффективным прямым неинвазивным методом исследования плода.

2. Инвазивные - целью является исследование клеток эмбрионального происхождения, так как генетическая информация о человеке содержится в ядрах его клеток. Такая патология как синдром Дауна, Эдварса, Патау связана с изменением количества или структуры генетического материала. Выполнение инвазионного метода пренатальной диагностики обычно целесообразно до 21 недели.

Способы получения материала:

- Хорионбиопсия/плацентобиопсия - проводится в сроки беременности с 11 по 20 неделю.
- Амниоцентез - забор образца околоплодных вод, проводится после 16 недель беременности.
- Кордоцентез - внутриматочная пункция пуповины плода, с целью забора образца крови из пуповины. Проводится после 19 недель беременности.
- Биопсия кожи плода - проводится только по определенным показаниям.

1.3. *Генеалогический метод диагностики.*

Один из старейших методов диагностики, основные принципы были сформированы ещё в XIX веке.

Суть метода сводится к выявлению родословных связей и прослеживаю признака или болезни у близких и дальних прямых и непрямых родственников.

Состоит из двух этапов:

1. Составление родословной семьи.
2. Генеалогический анализ.

1.4. *ДНК-диагностика.*

Она позволяет диагностировать заболевание на уровне первичного молекулярного дефекта - патологического гена. Среди основных методов выделяют:

- Дозовый блот-гибридизационный анализ.
- Анализ полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПДРФ).
- Полимеразная цепная реакция (ПЦР).
- Анализ полиморфизма микросателлитных последовательностей.

В настоящее время в ДНК-диагностике выделяют 4 подхода. Они применяются в зависимости от: известен или не известен ген данного заболевания, клонирован или нет ген или ДНК-копия его тРНК или кодирующей ДНК, известна или нет природа мутации, вызывающей заболевание, насколько широко распространена данная мутация в различных случаях данного заболевания в данной популяции, данном географическом районе.

1.5. *Биохимическая диагностика.*

Эта диагностика помогает обнаружить целый ряд заболеваний с нарушениями обмена веществ. Для исследования используют: кровь, мочу, ликвор, пунктами костного мозга, амниотическую жидкость, сперму, пот, волосы, ногти, кал и другое.

Этапы:

- На первом этапе обследования применяют методы массового биохимического скрининга: пробы Феллинга, Альтгаузена, Бенедикта, проба на гипераминоацидурию, микробиологический тест Гатри.
- На втором этапе применяют молекулярно-цитогенетические, молекулярно-биологические методы, более сложные методы аналитической биохимии.

Глава 2. Профилактика.

Несмотря на достигнутые успехи при лечении наследственных заболеваний, основное и решающее значение в борьбе с этой патологией принадлежит профилактике.

Существует четыре основных метода профилактики наследственных заболеваний:

- Генетическое нормирование и исключение мутагенов - введение строгой оценки мутагенный опасности факторов среды, исключение лекарственных препаратов, которые могут вызывать мутации, пищевых добавок, алкоголя, курения и необоснованных рентгенологических исследований.
- Планирование семьи - отказ от вступления в брак кровных родственников, отказ от деторождения при высоком риске наследственной патологии. В этом огромную роль играет своевременное медико- генетическое консультирование семейных пар.
- Дородовая диагностика - с помощью различных физиологических методов, то есть предупреждение родителей о возможных патологиях у их будущего ребёнка.
- Управление действием генов - коррекция наследственных заболеваний, чаще всего - именно болезней обмена веществ после рождения. Диеты, лекарственных терапия или хирургическое вмешательство.

2.1. Виды профилактики.

Первичная - направлена на предупреждение воздействия факторов риска и превенцию возникновения болезней - мероприятия по вакцинации, рационализации питания, режима труда и отдыха, физической активности и так далее.

Вторичная - включает в себя меры по устранению выраженных факторов риска, способных в определенных условиях привести к возникновению, рецидиву и обострению.

Третичная - касается реабилитации больных, утративших возможности полноценной жизнедеятельности - медицинская, психологическая, социальная и трудовая реабилитация.

2.2. Сестринский процесс.

Роль медицинской сестры в профилактике наследственных заболеваний заключается в проведении лечебно-диагностических мероприятий с беременной, роженицей, родильницей, а также оказывать профилактическую и медико-социальную помощь.

Глава 3. Лечение.

Терапия наследственных заболеваний - комплекс средств и методов коррекции и предотвращения наследственных заболеваний. Включает методы метаболомики (систематическое изучение уникальных химических «отпечатков пальцев» специфичных для процессов, протекающих в живых клетках), генотерапии, диетотерапии и другое.

3.1. Симптоматическое лечение.

Лечение наследственных заболеваний во многом является симптоматическим. Отдельные нарушения метаболизма исправляют назначением специальных диет, направленных на уменьшение токсических веществ в организме.

Для ослабления симптомов наследственных болезней, связанных с дефектом определенного белка, вводят внутривенно такую его функциональную форму, которая не

вызывает иммунной реакции - замещающая терапия. Иногда для компенсации определенных утраченных функций проводят трансплантацию костного мозга и других органов.

Существующая терапия в подавляющем большинстве случаев малоэффективна, а само лечение следует проводить многократно.

3.2. Генная терапия.

Генотерапия является принципиально новым методом, эффективным и направленным на уничтожение генетической причины наследственного заболевания.

Концепция генной терапии заключается в том, что наиболее радикальным способом борьбы с разного рода наследственных заболеваний, должна быть обработка, направленная на исправление или уничтожение самой генетической причины заболевания.

В настоящее время исследования по генотерапии в основном направлены на коррекцию генетических дефектов соматических клеток, что связано с чисто техническими проблемами и соображений безопасности.

Глава 4. Здоровый образ жизни.

Здоровый образ жизни - образ жизни, направленный на сохранение здоровья, профилактику болезней и укрепление организма в целом.

Стоит помнить, что здоровый образ жизни - это не только отказ от вредных привычек, это ещё и умение организовывать свою повседневную жизнь так, чтобы по максимуму использовать все свои личные качества для достижения физического, душевного и социального благополучия.

4.1. Компоненты здорового образа жизни.

- Правильный режим труда и отдыха. Режим дня - основа жизнедеятельности каждого человека, поэтому он должен быть индивидуальным, зависим от состояния здоровья, уровня работоспособности, интересов и предпочтения каждого.
- Достаточная двигательная активность - сюда можно отнести необходимость регулярных занятий физическими упражнениями и спортом.
- Правильное питание - рациональное питание с учетом различных факторов: пола, возраста, весовых характеристик и т.д. Питание должно быть равномерным. Не стоит переедать.
- Закаливание - формирует устойчивость к различным температурам. Оно оказывает общеукрепляющее действие на организм, увеличивает тонус нервной системы.
- Психоэмоциональное состояние - нужно уметь избегать стрессов, уходить от них. Этому может помочь, как и физическая разгрузка, так и эмоциональная.
- Гигиена - соблюдения правил личной гигиены, забота о порядке в доме - основы здорового образа жизни. Ежедневный душ, периодическое мытьё рук и лица, полоскание полости носа солевыми растворами - поможет снизить вероятность различных инфекционных заболеваний.

4.2. Формирование здорового образа жизни.

Формирование здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путём проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, создание мотивации к ведению здорового образа жизни и обеспечение условий для его ведения.

Заключение.

Важной задачей медицинского работника, в том числе младшего медицинского персонала является сохранить здоровье молодого поколения. К настоящему моменту данная возрастная категория испытывает определенные трудности, которые связаны с социальными факторами, неблагоприятным воздействием окружающей среды, распространением негативных тенденций в молодежной среде. Сюда входит и курение, и алкоголизм, и наркотики, и многое другое.

Чаще всего молодежь не задумывается всерьез о своем здоровье, даже когда серьезно заболевают. Также в большинстве семей не стоит в приоритете здоровый образ жизни. После появления детей в семье родители продолжают употреблять наркотические вещества (курение, алкоголь и тому подобное).

Медицинская сестра, акушерка информирует родителей и детей о различных аспектах здоровья, о последствиях пагубных привычек и действиях тех или иных факторов окружающей среды (первичные патронажи на дому, регулярное наблюдение в женской консультации, работа в рамках «Школы беременных», с использованием наглядных пособий и презентаций). Медицинский персонал пропагандирует, объясняет ответственное отношение к своему здоровью и здоровью своих близких, особенно детей, и содействуют развитию навыков здорового образа жизни.

Библиографический список

1. Профилактика наследственных заболеваний - Геномед
2. Ушакова Ф.И. Сестринский уход за больным новорожденным, 2020г., 272с

Худько Ксения Михайловна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал
КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель профессиональных модулей
Максименко Е.А.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства - приоритетная задача современной медицины во всем мире. Безусловно, она должна решаться комплексно с учетом социальных, экономических, демографических и медицинских проблем, стоящих перед обществом в целом и перед каждой страной в частности.

Репродуктивное здоровье женщины – это неотъемлемая составляющая общего здоровья организма, которое подразумевает под собой отсутствие заболеваний репродуктивной системы, способность к воспроизведению потомства, а также возможность жить половой жизнью и получать от нее удовлетворение. Женское репродуктивное здоровье зависит от многих факторов: наследственности, образа жизни, профессиональных вредностей, заболеваний других органов и систем.

Если следовать общепринятому определению, которое дала этому словосочетанию Всемирная организация здоровья, то оно означает полную психологическую, социальную и физическую готовность вступать в сексуальные отношения с целью продолжения рода. Причем репродуктивное здоровье человека подразумевает отсутствие каких-либо инфекций и прочих неблагоприятных состояний организма, которые могут повлиять на неблагоприятный исход беременности, невозможность повторного зачатия или на рождение неполноценного ребенка.

Существует просто невероятное количество аспектов, которые могут негативно сказаться на возможности иметь потомство. Итак, что мешает сохранению репродуктивного здоровья:

- ✓ слишком раннее начало половой жизни и его негативные последствия;
- ✓ инфекции и заболевания, которые передаются половым путем;
- ✓ аморальное поведение;
- ✓ плохое состояние окружающей среды и некачественные продукты питания;
- ✓ обилие вредных пристрастий;
- ✓ оперативное вмешательство в полость матки и тог далее.

Наибольший вред репродуктивному здоровью наносит в первую очередь, раннее начало половой жизни, беспорядочные половые контакты, опасность которых не только в нежелательной беременности, но и в инфекциях, передающихся половым путем. Организм молодой девушки до 18 лет не готов бороться с инфекциями, что обусловлено физиологической незрелостью репродуктивной системы и органов половой системы.

У курильщиц значительно чаще, чем у некурящих женщин, встречаются предменструальный синдром, болезненные ощущения и нарушения менструального цикла. К тому же, степень проявления этих явлений напрямую зависит от количества выкуренных сигарет.

Россия на протяжении многих лет занимает одно из ведущих мест по числу абортов, пагубные последствия которых приводят к материнской смертности, нарушению репродуктивного здоровья, бесплодию, не вынашиванию беременности, осложнениям беременности и родов, формированию целого ряда гинекологических заболеваний. В России смертность в результате осложнений искусственного медицинского аборта 0,3 случая на 100 000 живорождений, или 0,05% от всей материнской смертности. В связи с этим предотвращение и профилактика абортов и их осложнений - одна из главных задач в сохранении репродуктивного здоровья женщины и залог рождения здорового потомства.

Аборт - это искусственное или естественное прерывание беременности сроком до 22 недель либо рождение плода весом менее 500 грамм.

Ранние последствия во время аборта:

1. Ранение матки при аборте может возникнуть при растяжении канала шейки матки, может быть повреждена инструментами, вводимыми в полость матки при аборте. Иногда после аборта требуется немедленное оперативное удаление матки.

2. При повреждении крупных кровеносных сосудов во время аборта могут возникать сильные кровотечения. Такие кровотечения требуют неотложного хирургического лечения. Часто требуется переливание крови. Иногда необходимо удаление матки.

3. Осложнения наркоза при аборте, даже местное обезболивание, связано с некоторым риском, хотя и малым. В частности, могут возникать нарушения ритма сердца, нарушения дыхания и функции печени. Особенно опасным осложнением наркоза при аборте является аллергический шок.

Ранние последствия после аборта:

1. Воспаление после аборта в матке (метроэндометрит), в маточных трубах (сальпингит), в брюшной полости (перитонит) и в околоматочной жировой ткани (параметрит). В случае заражения крови после аборта (сепсис) возникает опасность для жизни и требуется неотложное интенсивное лечение антибиотиками.

2. Из-за нарушений свертываемости крови и попадания сгустков крови после аборта в кровоток, как последствия могут образовываться тромбы в венах, в частности, в венах ног. Такие состояния требуют неотложного лечения.

Поздние последствия аборта:

В большинстве случаев поздние последствия аборта развиваются на почве перенесенных ранних осложнений. Согласно статистике, поздние осложнения развиваются у 10-20% женщин, сделавших аборт.

1. Хронически воспалительные заболевания матки и маточных труб после аборта Нераспознанная вовремя инфекция, занесенная при аборте, без своевременного лечения может привести к хроническому воспалению маточных труб (воспаление придатков матки). При этом может наступить внематочная беременность, состояние, опасное для жизни.

2. После аборта часто возникает полная непроходимость маточных труб, в результате чего наступает бесплодие.

3. Ранения шейки матки при аборте, упомянутые выше, приводят к развитию недостаточности шейки матки (истмикоцервикальная недостаточность). Из-за этого последующие беременности часто оканчиваются выкидышами и преждевременными родами. Прободение матки инструментом при аборте может быть причиной разрыва матки во время следующей беременности.

4. После аборта часто возникают рубцовые изменения слизистой оболочки матки. Это может быть причиной различных менструальных нарушений, в частности, - обильных и болезненных менструаций.

5. Почти у 60% женщин, совершивших аборт, могут возникать следующие психические нарушения: раздражительность, чувство вины, самоупреки, изменения настроения, депрессия, беспричинные слезы, страхи, кошмары. Эти психические состояния изменения часто сопровождаются различными расстройствами функции внутренних органов: сердцебиением, неустойчивостью артериального давления, мигренью, желудочно-кишечными нарушениями. Все указанные последствия и осложнения аборта особенно опасны при первой беременности.

Контрацепция, как мера по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин.

Контрацепция - предотвращение не планированной беременности при случайной или регулярной половой жизни, а также профилактика ИППП. Задачи контрацепции стоят перед человечеством с незапамятных времен и уже тогда были попытки использовать те или иные методы контрацепции. Вопрос контрацепции рано или поздно встает перед каждым человеком, живущим половой жизнью и думает о своем будущем. Контрацептивные препараты - это средства, предупреждающие беременность.

Выбор контрацептивного способа или препарата как правило производится из следующих соображений:

- эффективность способа контрацепции;
- безвредность контрацептива для здоровья;
- легкость начала и прекращения использования;
- стоимость;
- удобство в использовании.

Виды контрацепции:

1. Стерилизация
2. Посткоитальная контрацепция
3. Естественные методы контрацепции: календарный метод, прерванный половой акт, метод базальной температуры
4. Пролонгированная контрацепция
5. Внутриматочные контрацептивы (ВМС)
6. Барьерная контрацепция: презервативы, губка, диафрагма
7. Гормональная контрацепция и противозачаточные таблетки
8. Спермициды: ноноксинол

С целью выявления информированности женщин и девушек о том, как сохранить репродуктивно здоровье нами было решено провести анкетирование студенток КФ ХГМК. Мы выявили возрастные группы учащихся их информированность о контрацепции и ее видах. Так же узнали о наличии факторов риска репродуктивного здоровья у наших респондентов.

Для проведения опроса нами была разработана анкета, состоящая из 13 вопрос включающая варианты ответа.

В анкетировании приняли участие 35 человек. После проведенного опроса среди студенток КФ ХГМК на основании полученных результатов мы выявили следующие факторы:

По возрастной категории наши респондентки распределились следующим образом: 18-21 год -25 человек, 22-35 лет – 5 человек, 35-39 лет – 3 человека, 39-40 лет – 2 человека.

Проанализировав ответ на вопрос: «С какого возраста, вы живете половой жизнью?» во всех возрастных группах, мы наблюдали тенденцию, показывающую, что начало половой жизни на данный момент молодеет.

На вопрос: «Количество беременностей и количество абортов?» было выявлено 25 беременностей в 14 из которых был сделан медицинский аборт (52%), 13 по собственному желанию опрошенных и только 1 аборт был сделан по мед показаниям. (Рис 1).



Рис.1 Количество беременностей и абортов

На вопрос анкеты: «Курите ли Вы?» следует обратить внимание, что подавляющее большинство опрошенных курят 34 человека (97%) из 35. (Рис 2).

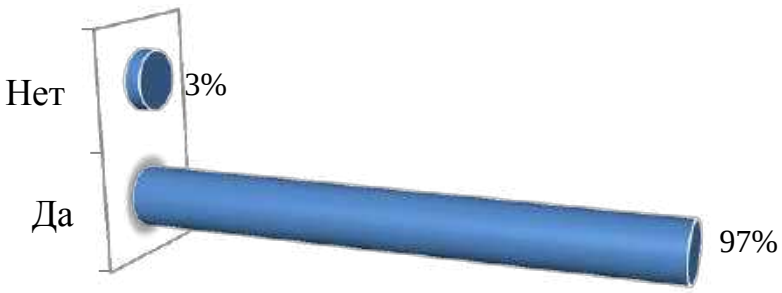


Рис.2 Курите ли Вы?

При положительном ответе было предложено указать на протяжении скольких лет респондент курит. Мы выяснили, что в течении двух лет курят 11 человек (32%), остальные респонденты имеют стаж курения более пяти лет (78%).

Один из вопросов анкеты звучал так: «Принимаете ли Вы алкоголь?», здесь наши респонденты распределили свои ответы следующим образом. Положительный ответ дали 29 опрошенных из них как показано на гистограмме 12 (34%) человек употребляют алкоголь 4-5 раз в год, 7 (20%) человек 2-3 раза в месяц, и 10 (28%) человек более 1 раза в неделю, 6 (18%) опрошенных ответили отрицательно. (Рис 3).

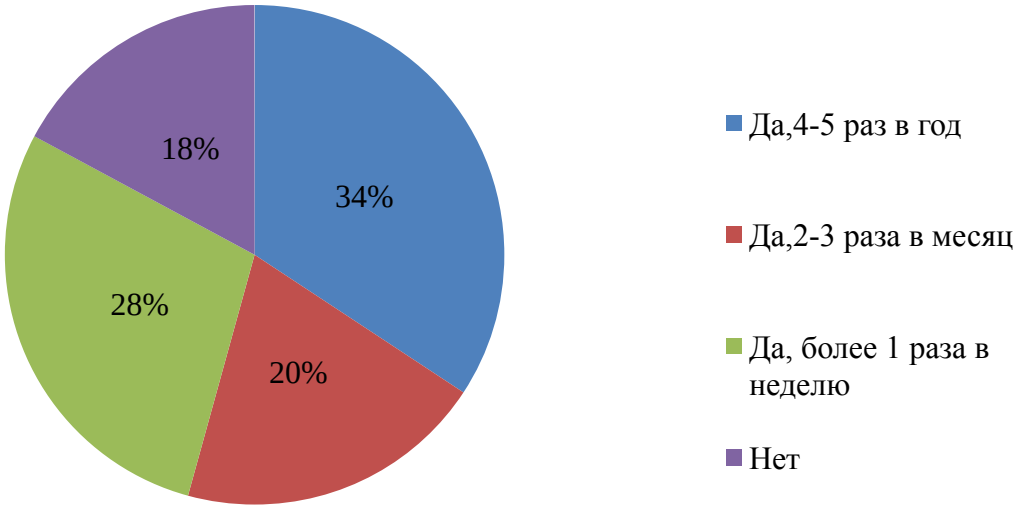


Рис.3 Принимаете ли Вы алкоголь?

Следующий вопрос был о перенесённых острых и хронических заболеваниях органов малого таза. На гистограмме четко показано что из 35 опрошенных 25 перенесли заболевания органов малого таза из них 20 респондентов (80%) переболели остро, а 5 человек (20%) опрошенных имеют хронические заболевания. (Рис 4).

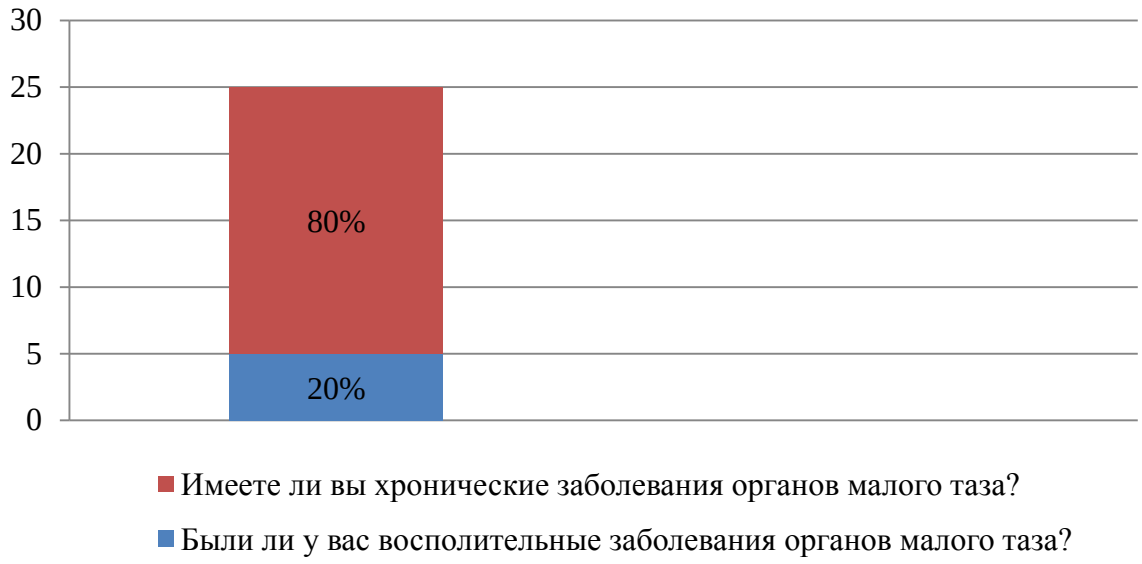


Рис.4 Острые и хронические заболевания органов малого таза

На вопрос: «Пользуетесь ли Вы контрацептивами? Если да, то какой вид контрацепции Вы используете?» Так же были предложены варианты ответа. (Рис 5).

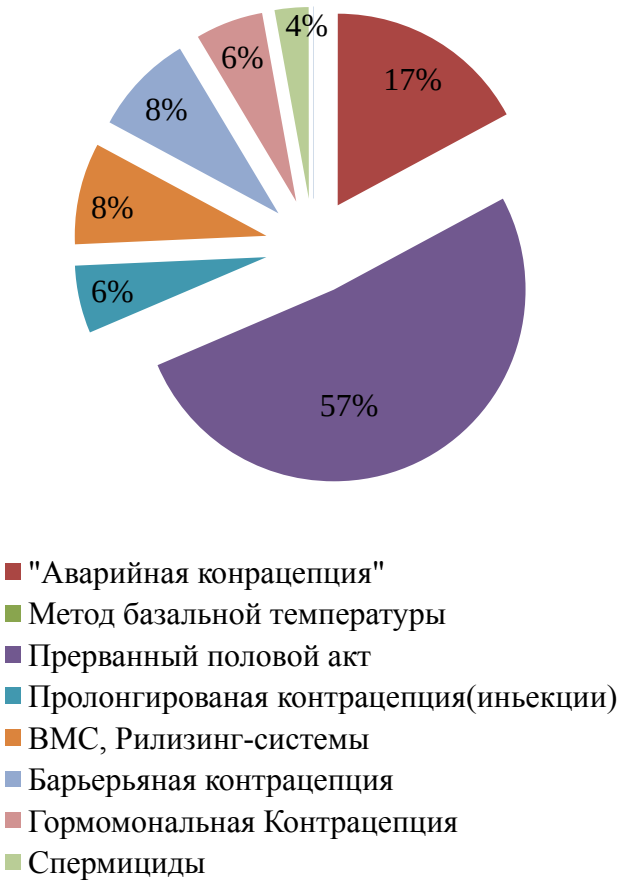


Рис.5 Какой вид контрацепции Вы используете?

На гистограмме четко видно, что большая часть из опрошенных 20 человек (57%) использует прерванный половой акт, что не является надежным способом контрацепции и ведет к проблемам физиологического и психологического характера, 6 респондентов (17%) используют «Аварийную контрацепцию», что так же несет большой вред здоровью женщины, 3 (8%) используют ВМС и Рилизинг-системы и еще 8% используют барьерную контрацепцию. 2 женщины (6%) используют гормональную контрацепцию и пролонгированную, 1 (4%) человек использует спермициды.

Сравнив применяемые и рекомендуемые современные методы контрацепции, мы обнаружили, что наибольшее количество опрошенных применяют неэффективные и не современные контрацептивы. Более того, к сожалению многие наши респонденты не интересуются современными методами контрацепции, из чего следует что информирование населения по данной тематике недостаточное.

Изучив и сопоставив данные нашего опроса можно увидеть, что начало половой жизни молодеет, а сексуальное поведение зачастую бывает достаточно рискованным. Что ведет к негативным последствиям и повышению риска бесплодия.

По итогам опроса нами было выявлено, что многие респондентки перенесли воспалительные заболевания органов малого таза, некоторые имеют хронические

заболевания женских половых органов. Больше половины беременностей закончились искусственным абортом. Из всех желанных беременностей нормальными физиологическими родами закончилась только половина.

Большая часть наших респондентов злоупотребляет алкоголем и табака курением.

Проанализировав результаты можно сделать выводы о том, что женщины не мотивированы, а значит недостаточно информированы о факторах риска репродуктивного здоровья.

В настоящее время работу медицинской сестры можно рассматривать как новый вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, целью которого является сохранение, укрепление и восстановление здоровья.

Медицинская сестра является творчески мыслящим, активным членом лечебной бригады, ее задача формировать у пациента чувство ответственности за свое здоровье перед собой и родственниками.

Справедливости ради следует отметить, что в последнее время подчеркивается возрастающая роль сестринского персонала в деле просвещения населения, создания и поддержания позитивных изменений в их образе жизни.

Каждый гражданин должен быть информированным об основных достижениях отечественного здравоохранения. Таким проводником знаний, необходимых для здоровья нации, является самая многочисленная группа работников здравоохранения - средние медицинские работники.

Среди причин, негативно влияющих на репродуктивное здоровье женщин, можно отнести следующие: снижение качества жизни значительной части населения, чрезмерные стрессовые нагрузки, вредные привычки и традиции, низкий образовательный уровень и низкая санитарно-гигиеническая культура населения, а также недостаточная санпросвет работа медицинских работников. Медицинская сестра, особенно патронажная, может и должна в рамках своей деятельности развивать положительную мотивацию женщин на здоровый образ жизни и прививать навыки сохранения и укрепления здоровья.

Поскольку в основе ситуации ухудшения состояния репродуктивного здоровья населения, как выяснилось лежит, прежде всего такие процессы, как изменение репродуктивных установок современной молодежи, дефицит знаний полового воспитания, потеря ценностного отношения к созданию семьи, то считаем целесообразным комплексный подход к решению данной проблемы, путем внедрения в обязанности кабинета планирования семьи, в частности в обязанности медицинской сестры кабинета, не только работы направленной на лечение, но и работы социальной.

Медицинская сестра в сфере работы по укреплению репродуктивного здоровья населения организовывает следующие мероприятия:

1.Работа с подростками по половому воспитанию, просвещение по вопросам контрацепции, последствий неправильного сексуального поведения.

2.Психологическая поддержка молодых семей по планированию беременности.

3.Работа с беременными женщинами по профилактике осложнений беременности и родов.

4.Работа с женщинами, решившимися на аборт психологической ответственности за принятое решение и последствиях абортов.

5.Работа с родителями подростков об установлении доверительных отношений с детьми и значении своевременного полового воспитания подростков.

Для реализации данных программ медицинская сестра в своей деятельности может использовать следующие методики:

1. Индивидуальное и общественное юридическое, социальное, медицинское консультирование.

2. Обучающие тренинги.

3. Визуальные средства общения: видеоролики, фильмы, санитарные бюллетени, буклеты, проспекты, листовки.

4. Вербальные средства общения: семинары, лекции, дискуссионные площадки, конференции по изучаемой проблеме.

Планирование семьи не чисто медицинская, а медико-социальная проблема, решение которой возможно лишь при активной поддержке государственных и общественных структур. Медицинские сестры как наиболее близкие к населению специалисты здравоохранения могут играть ключевую роль в укреплении здоровья и предупреждении заболеваний.

Актуальностью нашего исследования явилась профилактика расстройств репродуктивного здоровья.

Задачей нашего исследования было изучить роль медицинской сестры в профилактике нарушений и сохранении репродуктивного здоровья женщин**.**

Изучив теоретический материал и проведя собственное сестринской исследование, мы пришли к выводу, что под влиянием негативных факторов репродуктивное здоровья женщин находиться в некоторой опасности.

По результатам нашего анкетирования мы выявили следующие факторы риска нарушений репродуктивного здоровья у наших студенток:

- ✓ Раннее начало половой жизни
- ✓ Использование не надежных видов контрацепции.
- ✓ Наличие хронических заболеваний органов малого таза
- ✓ Злоупотребление алкоголем
- ✓ Курение

Итак, первый шаг на пути к репродуктивному здоровью – это владение информацией о репродуктивном здоровье. Некоторые знания и правильная контрацепция предупреждает нежелательную беременность, возникновение инфекций. Забота о своем здоровье должно быть нормой для каждого гражданина и общества в целом.

Велика и значима **роль медсестры в профилактике заболеваний** репродуктивной системы. Медицинская сестра находится возле пациента большую часть своего рабочего времени и значительно дольше по сравнению с врачом. И она имеет право и обязана доносить знания о профилактике заболеваний различных органов и систем, в том числе и репродуктивных.

Поскольку в основе ситуации ухудшения состояния репродуктивного здоровья населения, как выяснилось лежит, прежде всего такие процессы, как изменение репродуктивных установок современной молодежи, дефицит знаний полового воспитания, потеря ценностного отношения к созданию семьи, то считаем целесообразным комплексный

подход к решению данной проблемы, путем организации медико-социальных программ и мероприятий по работе с молодежью.

1.Работа с подростками по половому воспитанию, просвещение по вопросам контрацепции, последствий неправильного сексуального поведения.

2.Психологическая поддержка молодых семей по планированию беременности.

3.Работа с беременными женщинами по профилактике осложнений беременности и родов.

4.Работа с женщинами, решившимися на аборт психологической ответственности за принятое решение и последствиях абортов.

5.Работа с родителями подростков об установлении доверительных отношений с детьми и значении своевременного полового воспитания подростков.

Для реализации данных программ медицинская сестра в своей деятельности может использовать следующие методики:

1. Индивидуальное и общественное юридическое, социальное, медицинское консультирование.

2. Обучающие тренинги.

3. Визуальные средства общения: видеоролики, фильмы, санитарные бюллетени, буклеты, проспекты, листовки.

4. Вербальные средства общения: семинары, лекции, дискуссионные площадки, конференции по изучаемой проблеме.

Библиографический список

1. Гинекология Уч.д/вузов [текст] / Под ред. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. - М.: ГЭОТАР МЕДИА, 2017. – 432 с.

2. Гребешева, И.И., Камсюк, Л.Г., Алесина, И.Л. Концепция полового воспитания подростков, разработанная Российской ассоциацией "Планирование семьи" [Текст] / И.И. Гребешева, Л.Г. Камсюк, И.Л. Алесина// Планирование семьи. – 2018. - №2. – С.11

3. Сакевич, В.А. Аборт или планирование семьи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://demoscope.ru/weekly/2007/0279/tema01.php

4. Ю.А. Гуркин. Элементы, составляющие программу подготовки девочки к материнству // Проблемы планирования семьи в России, М., 2017, с. 79-85.

5. Юсупова, А.Н. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России [текст] / А. Н. Юсупова. - М.: Медицина, 2016. – 248 с.

Давыдова Екатерина Александровна
г. Комсомольск-на-Амуре,
КФ КГБ ПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
имени Г.С. Макарова
31.02.02 Акушерское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель английского языка Заремская А.С.

ОСТОРОЖНО, СНЮС!

Снюс — вид табачного изделия. Представляет собой измельчённый увлажнённый табак, который помещают между верхней (реже — нижней) губой и десной на длительное время — от 30 до 60-70 минут (по данным производителей, от 5 до 30 минут). При этом никотин из табака поступает в организм.

Снюс относится к бездымному табаку (в эту группу входят также сухой и влажный снафф, жевательный табак и пр.). Характеризуется как разновидность влажного снаффа с высоким содержанием никотина и низким содержанием канцерогенов. Он известен в Швеции с 1637 года. В основном он производится и употребляется именно в этой стране (поэтому часто называется *шведским снюсом*).

ВЕС (кроме Швеции) с 1992 года запрещена продажа снюса, хотя его применение не ограничено. В Швеции и Норвегии снюс продаётся легально.

Снюс представлен в России с 2004 года. Несмотря на попытки запрета снюса (запрет всех видов некурительного табака был предусмотрен представленным к первому чтению вариантом табачного закона зимой 2012/13 года), он продолжал продаваться. Окончательный запрет снюса в России введен в декабре 2015 года поправками к закону «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» и КоАП, предусматривающими штрафы за его продажу. Однако начиная с февраля 2016 года, снюс начинают ввозить в Россию под видом жевательного табака, соответственно и запрет на его продажу не распространяется.

С 2006 года местные сорта снюса появились в США, где были встречены с интересом. Однако американский снюс отличается от шведского по ряду признаков: некоторые полагают, что он не может называться снюсом.

Эффект от употребления снюса:

Эффект от употребления размельчённого жевательного табака (снюса) очень схож с эффектом курения обычных сигарет за рядом исключений. Как в снюсе, так и в сигаретах присутствует никотин, вызывающий у людей зависимость, но в жевательном табаке отсутствуют многие другие вредные элементы, такие как смола, из-за чего снюс менее вреден, нежели классическая сигарета. В частности, эффекты от употребления могут быть следующими:

- Появления чувства эйфории и расслабленности.
- Снижение уровня стресса и профилактика депрессии.
- Временное повышение настроения.
- Появление небольшого головокружения.

Эффект от снюса может различаться при употреблении разных сортов табака, а также в зависимости от индивидуальных особенностей человека

Дело в том, что в жевательном табаке, как и в курительном, содержатся вредные вещества в высокой концентрации: никотин, канцерогены, соль, сахар. Одна порция снюса содержит в 5 раз больше никотина, чем сигарета. Поэтому у людей, потребляющих жевательный табак, быстрее развивается привыкание, причем одновременно и физическое, и психологическое. Все это и является ответом на вопрос, вреден ли снюс.

Также жевательный табак провоцирует развитие ряда заболеваний:

- болезней носоглотки;
- рака желудка, простаты, кишечника;
- потери чувствительности вкусовых рецепторов;
- нарушений аппетита;
- сердечных патологий:
- гипертонии;
- заболеваний зубов и десен

Печально, но факт — снюс среди молодого поколения считается безопасным и модным. Для подростков употреблением вещества очень опасно — последствия бывают достаточно плачевными:

- замедляются нормальные темпы роста;
- резко меняется настроение — от апатии к агрессии и наоборот;
- страдает мозг — ухудшается память, угнетаются когнитивные функции;
- повышается риск развития онкологических заболеваний;
- снижается иммунитет.

По статистике, практически все подростки, которые употребляли снюс на протяжении нескольких лет и затем бросали его, рано или поздно начинали курить обычные сигареты, поскольку у них вырабатывалась устойчивая никотиновая зависимость.

Главный миф, касающийся снюса, заключается в том, что он помогает уменьшить тягу к никотину или даже бросить курить. Вероятно, он может снизить желание закурить сигарету, но впоследствии у человека появляется новая привычка — закладывать табак за губу. Таким образом, формируется психологическая зависимость от употребления вещества. Не стоит забывать про то, что снюс содержит гораздо больше никотина, чем сигареты. Его регулярное употребление вызывает сильнейшую никотиновую зависимость даже у людей, которые держат вещество во рту не дольше 5-10 минут.

Снюс чаще приобретают представители мужского пола. По наблюдениям наркологов, мужчине достаточно 1 неделю употреблять вещество, чтобы стать от него зависимым.

Переход с курительного табака на жевательный сравним с заменого героина на кокаин. В попытке слезть с одного наркотика человек переходит на другой, получая еще большую привязанность к новому веществу. В соцсетях его продвигают как легкую альтернативу сигаретам. В безвредность, правда, сложно поверить, глядя на прожженные десны. И подростков с пеной у рта, которые экспериментируют с веществом из пакетика. Откачивать такого дегустатора пришлось в Пензе. Там не только врачи бьют в колокола. Директора говорят: школы в осаде. «Снюс» продают в соседних домах, рекламируют в мессенджерах, доставляют через интернет, а дети поголовно рассказывают, как их в первый раз угостили — бесплатно. «Подобная схема в свое время была относительно распространения спайса. Подсадить на этот вид никотина, вид зависимости, наше

подрастающее поколение. Пора бить тревогу», — говорит главврач Пензенской областной наркологической больницы Юрий Уткин.

Принципы формирования здорового образа жизни

Любой образ жизни основан на определенных принципах. Это принятые к реализации правила поведения для каждого человека, основой которых являются биологические и социальные принципы.

Биологический принцип предполагает, что образ жизни должен соответствовать возрастным показателям и быть энергетически обеспеченным, укрепляющим организм, умеренным в плане нагрузок и ограничений, а также ритмичным.

Социальный образ жизни предполагает соблюдение высокой нравственности, эстетическое воспитание, проявление воли, способности к самоограничению.

Совокупность этих двух аспектов создает единство биологического и социального развития организма и его взаимодействие со средой обитания.

Исходя из этого, можно выделить основные жизненно важные поведенческие формы.

1. Формирование положительных психологических эмоций во всех сферах жизнедеятельности (работа, быт, семейные отношения, реализация в общественной и культурной жизни) и формирование оптимистических взглядов.

2. Организация трудовой деятельности с максимальной эффективностью, что дает возможность реализации и отражает сущность каждого человека.

3.Двигательная активность.

4. Ритмичный образ жизни предполагает соответствие биологическим ритмам как в плане суточных биоритмов, так в плане возрастных потребностей.

5. Сексуальная активность.

6. Здоровое старение — это естественный процесс, который при правильной организации протекает с минимальными негативными последствиями.

7. Отказ от вредных привычек, что способствует поддержанию высоких показателей здоровья.

Правила здорового образа жизни

Каждый человек стремится к формированию здорового образа жизни, но далеко не каждый достигает этой цели. Все дело, скорее всего, в том, что люди просто не знают с чего начать ведение ЗОЖ, либо никак не могут заставить себя менять что-то в своей жизни. Начинать нужно с главных правил ведения ЗОЖ и следовать им постоянно.

Главные правила по ведению здорового образа жизни

1. Активное движение.

Тело человека так устроено, что оно просто не может постоянно находиться в одном месте и в одном положении. Например, сидя целый день перед компьютером на работе, вы на самом деле подвергаете организм сильному стрессу. Каждое утро делайте зарядку минимум 30 минут. Желательно посещать тренажерный зал, что позволит полностью и грамотно проработать каждую мышечную группу.

2. Откажитесь от вредных привычек.

Алкоголь и табак разрушают наш организм, это как бомба замедленного действия. Даже в небольших дозах эти вещества оказывают пагубное действие на организм, которое проявится если не сейчас, то в следующих поколениях, постепенно разрушая ДНК.

3. Правильно питайтесь.

Питание должно быть сбалансированным. Пропорции БЖУ в рационе питания должны быть следующими: белки 20-30%, жиры 10-20%, углеводы 50-60%.

Энергетическая ценность продуктов должна соответствовать энергетическим затратам организма.

Употребляйте достаточное количество фруктов и овощей, чтобы организм получал достаточное количество витаминов.

Ограничьте потребление соли и сахара.

Употребляйте достаточное количество воды, рекомендуется не менее 2.5 литров в день.

Нужно соблюдать режим питания. Режим-это регулярность чередования приемов пищи. Правильнее кушать понемногу, но 5-6 раз в сутки.

4. Высыпайтесь.

Крепкий и здоровый сон укрепляет иммунитет и способствует долголетию. Спите не менее 8 часов.

5. Избегайте стрессовых ситуаций.

Стресс создает сильную нагрузку на вашу нервную систему. Истощенная ЦНС приводит к ослаблению иммунитета и защитных сил организма. Поэтому оставайтесь всегда на позитивных эмоциях и чаще улыбайтесь!

6. Закаляйтесь.

Закаливание помогает организму лучше справляться с простудными заболеваниями, т.к. тренирует защитные силы организма.

7. Следите за личной гигиеной.

Соблюдение личной гигиены защитит вас от разных бактерий и микробов, которые скапливаются на коже, руках, волосах, под ногтями и во рту.

Библиографический список

1. МР 2.1.10.0033-11 «Оценка риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения»//Методические рекомендации/Утверждены Главным государственным санитарным врачом России 31.07.2011 г
2. Николай Амосов. Моя система здоровья. — 1997. — 5000 экз. — ISBN 5-311-02742-8..
3. Андреева Т. И. Шведский снюс и подход снижения вреда в контроле над табаком, август 2005
4. Андреева Т. И. Потребление бездымного табака — дополнительная проблема контроля над табаком в России / Т. И. Андреева, К. С. Красовский, Г. А. Ананьева, Е. Н. Андреичева // Наркология. — 2011. — № 1. — С. 44-49.
5. Снюс — достойная альтернатива, если дымить нельзя// Медиагруппа «Русский табак».

Тоньшева Татьяна Владимировна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель основ профилактики Невмержицкая И.И.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Актуальность изучения основных направлений в вопросах контрацепции для молодежи обусловлена тем, что в настоящее время биологическое взросление молодежи происходит раньше, чем у предыдущих поколений. Личность молодого человека при этом не достигает еще психосоциальной зрелости и значительно позже достигает экономической независимости.

По статистике средний возраст вступления молодежи в половые отношения в России - 14-15 лет. Отметим, количество абортов в России – одно из рекордных: около 70% беременностей прерывается. В 2021 году в России число абортов превысило число родов: было зарегистрировано 723 тысячи абортов и 684 тысячи рождений. По неофициальным же данным, ежегодно аборты убивают в России до 3 млн. детей. Особую тревогу вызывает высокое число абортов у молодых девушек. В возрасте до 15 лет ежегодно беременность прерывает более 1200 человек.

Подростковая беременность является важной медико-социальной проблемой, как в нашей стране, так и за рубежом. Как показывают современные исследования, в России сексуальные отношения приводят к беременности 7–10% несовершеннолетних девушек. Как правило, она является незапланированной и нежелательной и потому часто завершается искусственным прерыванием.

Также высок рост числа заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Согласно современным данным литературы из сексуально активных молодых людей хламидиями заражены 8-25%, гонореей — 4-12%, вирусом папилломы человека — 15-38%. Более 50% зараженных ВИЧ-инфекцией — это молодые люди до 25 лет.

Современные методы контрацепции очень разнообразны, однако отсутствие информации о них ставит молодых людей в условия риска заражения инфекциями, передающимися половым путем и нежелательной беременности.

Целью работы является изучение современных методов контрацепции.

Задачи курсовой работы:

1. Изучить литературные источники и интернет - ресурсы по теме курсового проектирования.

2. Рассмотреть современные методы контрацепции, их преимущества и недостатки.

3. Создать анкету для молодежи, цель которой будет выявление уровня знаний о современных методах контрацепции и их отношения к ним.

4. Провести анкетирование среди студентов с целью оценки знаний и информированности о методах контрацепции и их отношения к ним.

5. Проанализировать результаты исследования и сделать выводы.

Объект: современные методы контрацепции.

Предмет: уровень информированности молодежи о современных методах контрацепции.

Гипотеза данного исследования: студенты недостаточно информированы о современных методах контрацепции.

В процессе написания курсовой работы были использованы методы:

- Научно-теоретический анализ литературы.
- Анкетирование.
- Обобщение данных.

• Сравнение

В результате изучения интернет – ресурсов было выявлено, что контрацепция играет важную роль в жизни человека, занимающегося половым актом. Таким образом, использование контрацепции должно быть на должном уровне.

Рассмотрев современные методы контрацепции, можно выделить их преимущества и недостатки.

Преимущества барьерного метода контрацепции:

Доступность – нужный вид предохранения можно купить практически в любой аптеке; Относительно невысокая стоимость – барьерные контрацептивы гораздо дешевле гормональной контрацепции; Безопасность – существует незначительный риск повышенной чувствительности к латексу или другим составляющим контрацептивов; Дополнительная защита от венерических заболеваний, чего не обеспечивает внутриматочная спираль и гормоны;

Недостатки барьерного метода контрацепции:

Уменьшают интенсивность ощущений во время полового акта; Остается вероятность развития аллергии; Необходимость каждый раз перед половым актом прерываться, чтобы надеть презерватив, вставить диафрагму и прочее; Не высокая эффективность, как у внутриматочной спирали или оральных контрацептивов;

Гормональный метод контрацепции делится на виды:

• комбинированные оральные контрацептивы (КОК);

• внутриматочные.

Преимущества КОК: быстрое действие и высокая эффективность; удобство в применении; не влияют на ощущения при половом акте; являются профилактикой некоторых причин бесплодия.

Недостатки КОК: не защищают от инфекций, передающихся половым путем; требуют полного соблюдения правил приема; не сочетаются с приемом многих лекарств; возможны побочные эффекты; способность зачать ребенка возвращается к женщине спустя 2-3 месяца после окончания приема.

Преимущества ВМК: удобство использования - нет необходимости помощи врача в установке кольца; кольцо не мешает половой жизни; нет необходимости отслеживать применение - кольцо находится во влагалище три недели; исключены побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта; улучшается состояние кожи; нормализуется менструальный цикл; уходят симптомы предменструального синдрома; уменьшается риск гормонозависимых опухолей матки и придатков.

Недостатки ВМК: дискомфорт; повышенные влагалищные выделения, небольшая головная боль, тошнота, перепады настроения - последствия перестройки гормонального фона; может быть небольшое кровотечение; возможность возникновения меж менструальных кровотечений.

Внутриматочный метод контрацепции:

Преимущества: высокая эффективность; возможность длительного использования; немедленное контрацептивное действие; быстрое установление фертильности после удаления ВМС; низкая стоимость; возможность использования в период лактации.

Применение ВМК не исключает наличия серьезных осложнений. Наиболее частым и неблагоприятным осложнением ВМК являются воспалительные заболевания внутренних половых органов, нередко с развитием гнойных трубно-яичниковых образований, эндометрита, перитонита.

Хирургический метод контрацепции:

Преимущества метода: одноразовое вмешательство, обеспечивающее долговременную защиту от беременности, отсутствие побочных эффектов.

Недостатки метода: необходимость проведения хирургической операции, возможность развития осложнений, необратимость вмешательства.

Физиологический метод контрацепции:

Преимуществами физиологического метода контрацепции является простота и отсутствие каких-либо последствий и побочных эффектов.

Недостатки: овуляция в юности непостоянна и чаще она отсутствует. Применение физиологического метода контрацепции у молодежи также ограниченно из-за невысокой эффективности, трудности выполнения в связи с отсутствием высокой самодисциплины у многих из них; данный метод не защищает от заболеваний, передающихся половым путем.

Спермициды:

Преимущества: отсутствие системного воздействия; определённая защита от ИППП; использование в любой период сексуальной жизни женщины; отсутствие негативных побочных действий при продолжительном использовании; возможность сочетания с другими средствами; подходит в качестве лубриканта.

Недостатки: отсроченные гигиенические процедуры после полового акта во избежание нейтрализации кислотной среды спермицида мыльными средствами, имеющими щелочную среду; необходимость выдерживать паузу в 10-15 минут перед половым актом.

Метод прерванного сношения:

Преимущества: доступность и бесплатное пользование метода; простота;

яркость впечатлений.

Недостатки: риск нежелательной беременности; беззащитность перед болезнями; состояние фригидности и импотенции.

Реализовав и проводя анкетирование среди студентов, выявлен высокий уровень осведомленности о современных методах контрацепции. Студенты используют методы контрацепции и считают, что использование этих методов лучше, чем незапланированная беременность или получение ЗППП.

Для проведения исследования были опрошены студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» в количестве 30 человек.

Студентам было предложено ответить на ряд вопросов.

Таким образом, исследование проходило в три этапа:

1. Проведение опроса для выявления знаний студентов о современных методах контрацепции.
2. Проведения анкетирования, с целью изучения особенностей контрацепции.
3. Обработка и анализ результата.

Анализ результатов исследования.

Данные из анкетирования вопрос 1, о возрасте студентов, мы выяснили, что 61% студенты с 17-20 лет; 24% с 21-25 лет и только 15 % это более 25 лет.

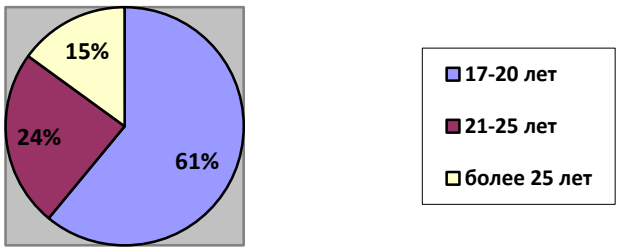


Рисунок 1. Возраст студентов

Проводя анкетирование, вопрос 2, мы выяснили, что первый сексуальный опыт у большинства произошел с 15-17лет – это 65% опрошенных, а так же были варианты ответов как с 18-25лет – 25% и только 10 % ответили до 15лет.

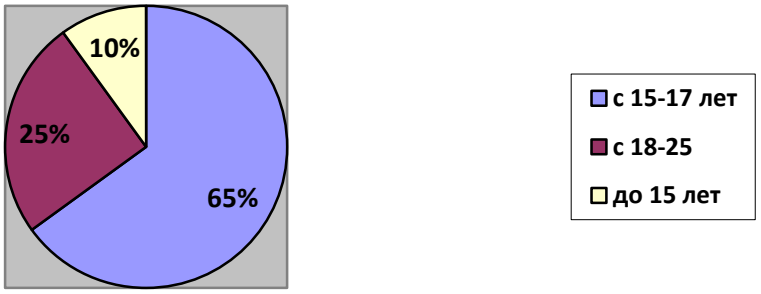


Рисунок 2. Возраст первого сексуального опыта у студентов

На вопрос 3: «Что такое контрацепция» 84% опрашиваемых студентов ответили, что это предотвращение беременности механическими, химическими и другими противозачаточными средствами, и способами; 15 % ответили, что это только профилактика ЗППП; и только 1 % студентов ответили, что это средства, которые обездвиживают сперматозоиды.

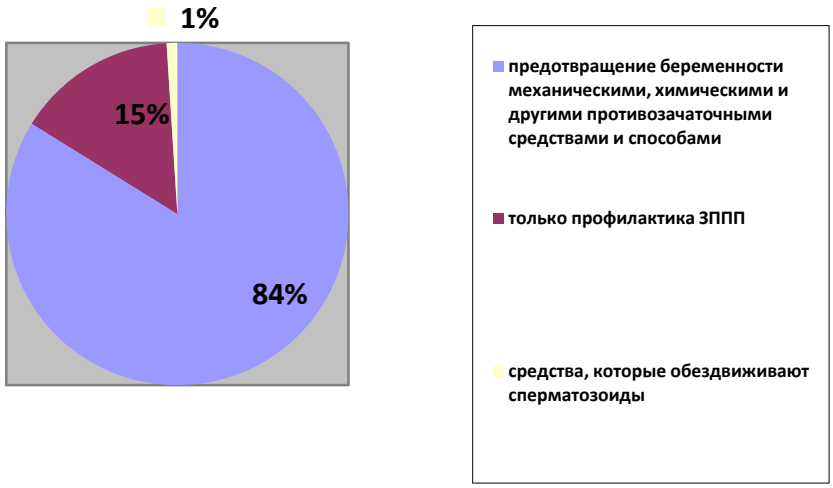


Рисунок 3. Данные знаний о понятии контрацепция

На вопрос 4 «пользуетесь ли вы методами контрацепции» 75 % студентов ответили, что пользуются и только 25% не пользуются.

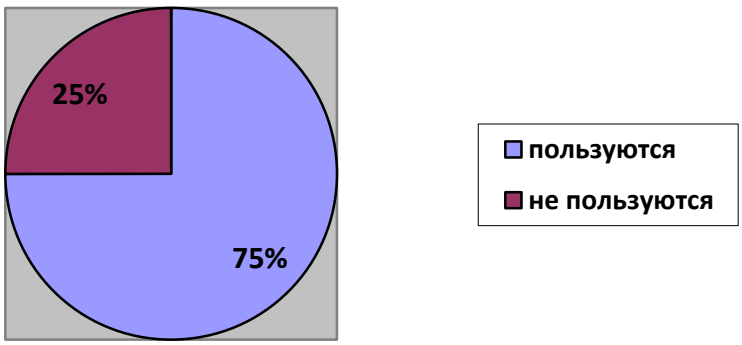


Рисунок 4. Использование методов контрацепции

Анализ письменного опроса среди студентов позволил выявить высокий уровень осведомленности в предоставленных вопросах анкетирования.

Теоретические аспекты о современных методах контрацепции, 5 вопрос, знают 94% респондентов, но, к сожалению 6% не знают об этих методах.

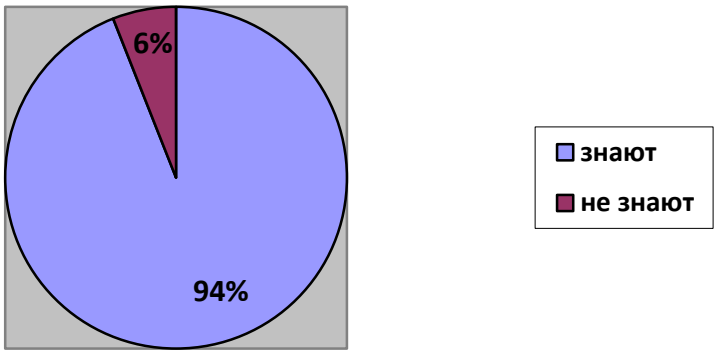


Рисунок 5. Уровень знаний о современных методах контрацепции

Анализ анкеты «Современные методы контрацепции, 6 вопрос» показал, что большинство студентов пользуются презервативами – 55%, а так же востребованным методом контрацепции является метод прерванного полового акта – 32% и только 13% пользуются гормональным методом.

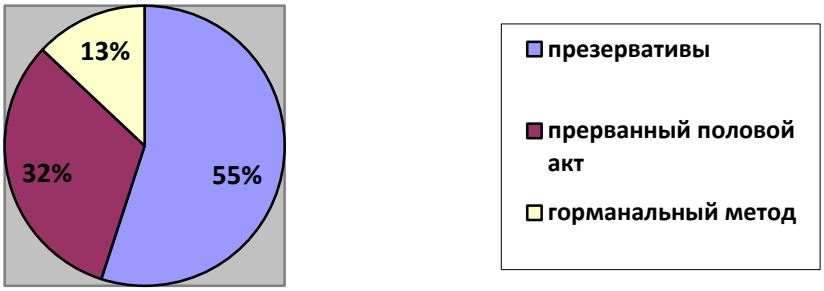


Рисунок 6. Индивидуальное использование методов контрацепции

Изучив данные анкеты,7 вопрос, мы видим 70% опрошенных, которые считают, что презервативы являются самым надежным методом контрацепции, также популярностью пользуется метод прерванного полового акта 20% и только 10% считают, что физиологический метод надежнее.

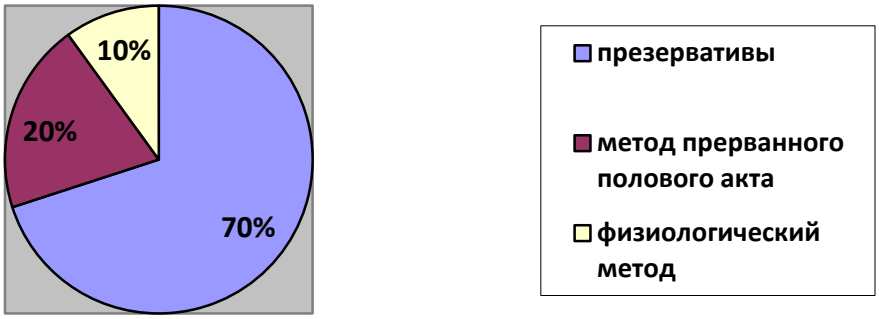


Рисунок 7. Надежный метод контрацепции, по мнению студентов

На вопрос 8, получения знаний о контрацепции 32% студентов ответили, что информацию о контрацепции получали от родителей/друзей, 58% - интернет - ресурсы, и только 10%- от врача акушера - гинеколога/медицинского работника.

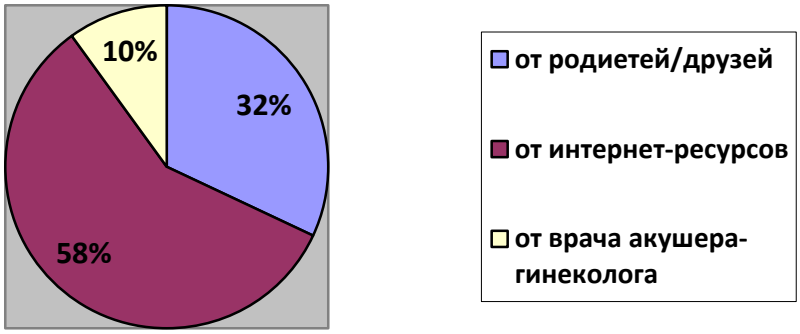


Рисунок 8. Источники получения информации о контрацепции

На вопрос 9, о самостоятельном выборе метода контрацепции 80% опрошенных ответили «Да, подбирали сами» и оставшиеся 20% «Нет».

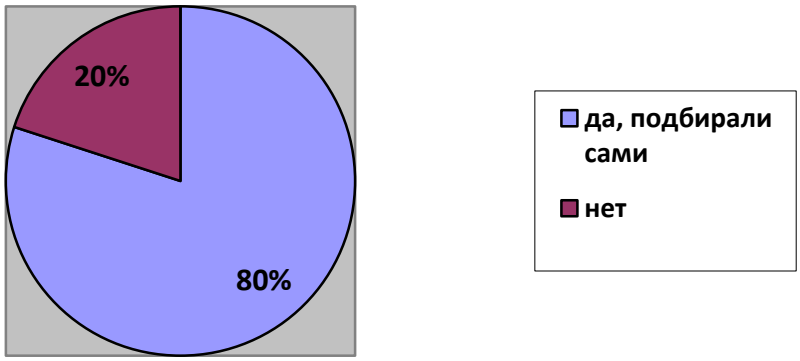


Рисунок 9. Подбор контрацепции

При ответе на вопрос 10 «обсуждали ли вы методы контрацепции со своим партнером»: 91% студентов ответили «Да», и только 9% «Нет».

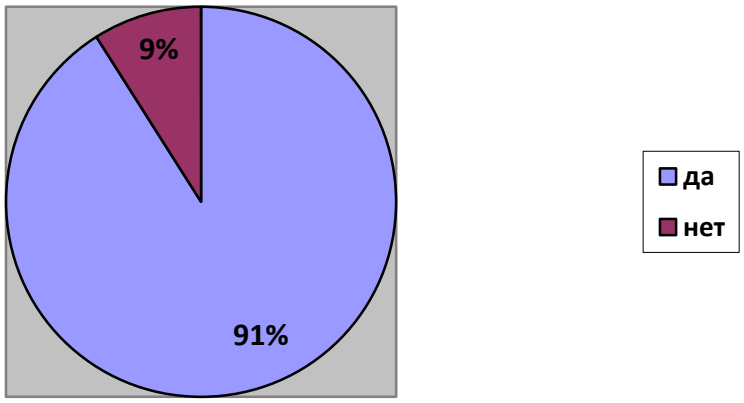


Рисунок 10. Обсуждение о методах контрацепции с партнером

Задав вопрос 11: «были ли у вас случаи с абортом?» студенты воздержались от ответа - это были 15% опрошенных, большинство ответило «Нет» – это 75% и только 10% ответили «Да».

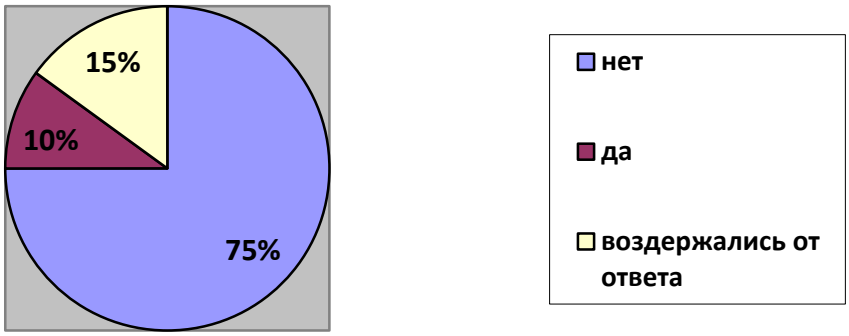


Рисунок 11. Случаи, связанные с абортом

Студенты на вопрос 12, о получении большей информации о современных методах контрацепции ответили, что 50% желают узнать и столько же не желают.

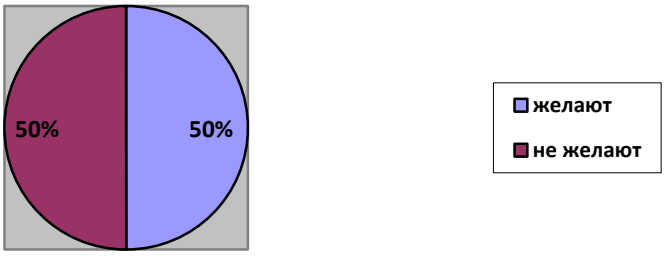


Рисунок 12. Желание студентов узнать больше информации о современных методах контрацепции

На вопрос 13, об отсутствии контрацепции в регулярной половой жизни большинство студентов, а это 78% ответили, что влечёт за собой незапланированную беременность и только 22% ответили что, не используя методы контрацепции, ведёт к заболеваниям передающихся половым путём (ЗППП).

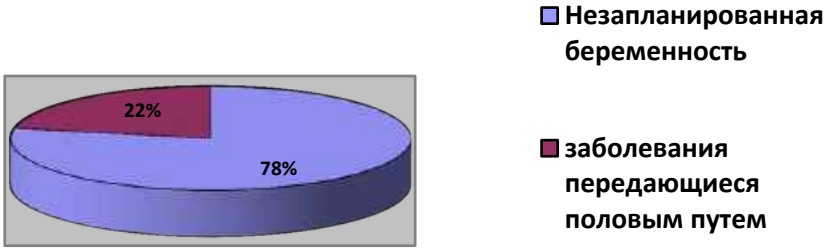


Рисунок 13. Данные тестирования на вопрос: «К чему влечёт отсутствие контрацепции в регулярной половой жизни»

На вопрос 14, об участии в мероприятиях на тему «Контрацепция» показали, что 70% ответили «Нет, не участвовали» и только 30% участвовали в качестве слушателя.

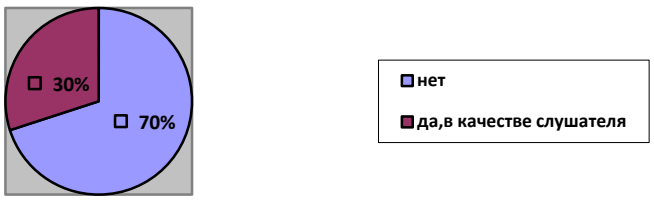


Рисунок 14. Показатели участия в мероприятиях на тему «Контрацепция»

Проанализировав данные анкетирования можно сделать вывод: большинство студентов знают, что такое контрацепция и осведомлены о современных методах. Более 50% студентов в возрасте от 15-17 лет был произведен первый сексуальный опыт. Наибольшая часть студентов используют контрацептивы и считают, что придерживаться этим методам лучше, чем незапланированная беременность. Самым распространённым методом контрацепции оказалось использование презервативов и метод прерванного сношения. Студенты считают, что самым надежным методом контрацепции является использование презервативов. Выявлены данные о контрацепции, наибольшая часть ответила, что источник информации это интернет – ресурсы. Так же, исходя из данных анкетирования, выяснено, что наибольшее количество студентов сами подбирали метод контрацепции для своего использования. Данные анкеты о случаях с абортом, показывают, что большая часть студентов не сталкивались с абортами, а другая часть воздержалась от ответа. Большинство студентов обсуждали собственные методы контрацепции со своим партнером. Получив данные опроса выяснено, что 70 % студентов не участвовали в мероприятиях на тему «контрацепция» и только 30 % участвовали в качестве слушателя.

Проанализировав результаты можно сделать вывод, что большинство студентов знают и используют свои знания о методах контрацепции в личной жизни. Большое количество студентов ответило, что пользуются презервативами в половом акте и считают, что отсутствие контрацепции влечет за собой не только незапланированную беременность, но и ЗППП.

Проставленные задачи решены, гипотеза о том, что студенты недостаточно информированы о современных методах контрацепции, опровергнута.

Библиографический список

1. Внутриматочная гормональная система / [Электронный ресурс]. – Режим
2. Гормональная контрацепция / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://medportal.ru/enc/gynaecology/contraception/2/

доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/

3. Индекс Перля / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.infomedical.ru/fpl/index-perl.php
4. Контрацепция для подростков / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.lvrach.ru/2009/03/7312699
5. Методы и средства предупреждения нежелательной беременности / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://xn--90advk.xn--
6. Молодежь и современные методы контрацепции / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://aidsjournal.ru/74_10/
7. Прерванный половой акт / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://dopomoga-plus.com/articles/prervannyjj-polovojj-akt/
8. Профилактика абортов / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://29gkb.ru/profilaktika/profilacticaabortov
9. Современные методы контрацепции / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://crpnao.ru/zdorove-zhenshchiny/29-sovremennye-metody-kontratseptsii
10. Хирургические методы контрацепции / [Электронный ресурс]. – Режим

доступа: https://thelib.info/medicina/1331433-hirurgicheskie-metody-kontracepcii/

Михеева Марина Андрияновна
г.Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель – Дорофеев Владимир Алексеевич

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Менингококковая инфекция – это острое инфекционное заболевание, которое характеризуется симптомами общей интоксикации и разнообразием клинических проявлений (от бессимптомного носительства и назофарингита до генерализованных форм).

В большинстве развитых стран распространенность менингококковой инфекции составляет 1 – 3 случая на 100 тыс. населения. Заболевание встречается в различные возрастные периоды, однако 70 – 80% всех случаев заболевания приходится на детей. Наиболее подвержены развитию гипертоксических (сверхострых) форм инфекций дети первых трех лет, особенно первого года жизни. Чем младше ребенок, тем выше риск развития летального исхода.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что, во-первых, заболевание регистрируется во всех странах мира, как в виде спорадических случаев, так и в виде небольших эпидемических вспышек каждые 10 – 15 лет. Во-вторых, легкостью распространения заболевания, в основном воздушно-капельным путем. В-третьих, первичная симптоматика менингококковой инфекции нередко схожа с проявлениями других острых респираторных инфекции, что чаще всего затрудняет диагностику заболевания. В-четвертых, тяжелым клиническим развитием и дальнейшим течением заболевания.

Проблема менингококковой инфекции состоит и в том, что спад заболеваемости менингококковой инфекции привел к снижению настороженности врачей в отношении менингококковой инфекции, что приводит к поздней диагностике заболевания, развитию декомпенсированного шока и неэффективности реанимационных мероприятий.

Поэтому ранняя диагностика данного заболевания, позволяет начать лечебные мероприятия и часто спасти человеку жизнь и здоровье.

Основная причина заболевания попадания в организм возбудителя – менингококка Neisseria meningitidis из семейства Neisseriaceae рода Neisseria.

Резервуаром и источником возбудителя менингококковой инфекции является только зараженный человек, больной или выделитель. Механизм передачи – аспирационный, путь передачи – воздушно-капельный.

Факторы, повышающие вероятность возникновения и развития заболевания: большая скученность и длительный контакт в закрытых помещениях, недостаточная вентиляция, антисанитария, резкие колебания температуры, повышенная влажность.

В патогенезе менингококковой инфекции основная роль подлежит токсинемии.

Инкубационный период длиться от 2 до 10 дней (чаще 3 – 7 дней). Заболевание, начинается остро с появления симптомов общей интоксикации, повышения температуры тела до фебрильных цифр.

Клиническая картина менингококковая инфекция зависит от ее формы проявления. Это может быть: бактерионосительство, острый назофарингит, менингококцемия, менингит, менингоэнцефалит.

При заболевании менингококковой инфекции могут возникнуть осложнения. Они подразделяются на: специфические и неспецифические. Наибольшая опасность для здоровья и жизни больного представляет инфекционно-токсический шок, ДВС-сидром, отек и набухание головного мозга.

Диагностика менингококковой инфекции основана на данных эпиданамнеза, клинических проявлениях и данных лабораторных исследований.

Принципами диагностики менингококковой инфекции является индивидуальный подход к каждому больному, приоритет клинического диагноза над лабораторным, выполнение всех лабораторных исследований в строгом соответствии с выставленным диагнозом.

Методами диагностики менингококковой инфекции является клинический метод (анамнез, объективный статус), лабораторные методы, самыми достоверными и современными из которых являются: бактериологические, бактериоскопическими.

При диагностике менингококковой инфекции выделяют основные и вспомогательные диагностические критерии. Основные диагностические критерии – это те, данные и симптомы, которые позволяют либо сразу поставить диагноз, либо хотя бы его заподозрить. Остальные критерии являются вспомогательные. Эти критерии представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные и вспомогательные критерии менингококковой инфекции

Диагностические критерии	Эпидемиологические	Клинические	Лабораторные
основные	контакт с больным человеком	вынужденная поза – «легавой собаки»; менингеальные знаки – ригидность затылочных мышц и симптомы Кернига, Брудзинского; геморрагическая сыпь; у грудных детей напряжённость, выбухание и усиленная пульсация большого родничка	выделение менингококка в чистой культуре; обнаружение специфических иммуноглобулинов М.
вспомогательные	скученность и длительное пребывание в непроветренных помещениях; антисанитария; резкие	симптомы общей интоксикации – лихорадка, головная боль, бледность кожных покровов, слабость, беспокойство, чувство разбитости, нарушение сна, головокружение, помрачения сознания, судороги, рвота; боль в костях, суставах,	гиперлейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево; тромбоцитопения, коагулограмма; обнаружение диплококков в мазках крови, ликвора и

	колебания температуры, повышенная влажность	мышцах; заложенность носа; сухость и першение в горле; гиперестезия	содержимого сыпи

Инструментальные методы диагностики: КТ и МРТ головного мозга, ЭЭГ, ЭКГ и Эхо-КГ, офтальмоскопия и т.д. используются в основном для дифференциальной диагностики и оценки тяжести течения заболевания.

Принципами лечения менингококковой инфекции являются:

1. Индивидуальный подход к каждому больному.
2. Комплексное лечение (патогенетическое, этиотропное, симптоматическое).
3. Приоритет патогенетического лечения над этиотропным лечением.
4. Все назначения лекарственных препаратов осуществляется в строгом соответствии с выставленным диагнозом.

Методами лечения менингококковой инфекции являются:

1. Патогенетическое.
2. Этиотропное.
3. Симптоматическое.

Профилактика менингококковой инфекции подразделяется на специфическую и неспецифическую. Наиболее эффективными средствами профилактики менингококковой инфекции в настоящее время являются менингококковые полисахаридные и конъюгированные вакцины.

Следует отметить, что из-за схожести симптомов с проявлениями острых респираторных инфекций и в связи со спадом заболеваемости менингококковой инфекции, приводит к поздней диагностики заболевания и возникновению его осложнений, что нередко приводит к гибели больного. Поэтому необходимы тщательный контроль состояния больного, проведения лабораторных обследований и повышение знаний медицинских работников по вопросам диагностики и лечения менингококковой инфекции.

Гипотеза: качественная диагностика менингококковой инфекции в соответствии с принципами ее осуществления, использование всех современных диагностических методов, умение выявить основные диагностические критерии заболевания позволяют своевременно поставить правильный диагноз менингококковой инфекции, назначить в соответствии с этим диагнозом лечение, выбрать правильную тактику фельдшера при оказании помощи на догоспитальном этапе и добиться благоприятного исхода заболевания.

Объект исследования: менингококковая инфекция.

Предмет исследования: диагностика и лечение менингококковой инфекции.

Цель исследования: освоение принципов и методов диагностики и лечения менингококковой инфекции.

В соответствии с поставленной целью были определены следующие задачи:

1. Изучение этиологии, эпидемиологии, патогенеза, клиники менингококковой инфекции, её диагностики, лечение и профилактики на основании литературных данных и занятий, приобретённых в процессе изучения дисциплины «Лечение пациентов с инфекционной патологией и ВИЧ».
2. Выявление осложнений менингококковой инфекции.

3. Определение принципов и методов диагностики менингококковой инфекции с выделением основных и вспомогательных диагностических критериев заболевания и его осложнений, а также принципов и методов лечения менингококковой инфекции и тактики фельдшера при оказании доврачебной медицинской помощи больным, в том числе на догоспитальном этапе.

4. Формирование заключения по заявленной теме, и выполненной работе.

5. Описание клинического случая менингококковой инфекции.

Мною было проведено изучение клинического случая по оказанию медицинской помощи, в том числе на догоспитальном больной 26 лет с предварительным диагнозом «острая кишечная инфекция» и с последующим выставленным клиническим диагнозом «менингококковая инфекция, менингококцемия + менингит».

Больная А. 26 лет, доставлена скорой медицинской помощью в ОГБУЗ «Инфекционная больница» в приемное отделение 02.08.14 года в 08:20 часов с жалобами на многократную рвоту около 10 раз в сутки, жидкий стул около 3 раз в сутки, повышенную температуру тела до 39°С. Фельдшером скорой помощи был поставлен предварительный диагноз: острая кишечная инфекция.

Из анамнеза заболевания больной известно, что заболела остро, ночью 01.08.14 года. С этого времени отмечалась частая рвота с примесью желчи, жидкий стул и повышенная температура тела. Больная самостоятельно принимала лекарственные препараты, такие как: Нурофен, Амоксициллин, противорвотный препарат, название которого не помнит.

Анамнез жизни. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, ветряную оспу. Оперативные вмешательства отрицает. Аллергоанамнез отягощен: появилась кратковременная сыпь по типу крапивницы на один из препаратов, которые больная принимала 01.08.14. Болезнь Боткина, туберкулез и венерические заболевания больная отрицает. Отмечаются хронические заболевания – хронический пиелонефрит, хронический аднексит.

Из эпидемиологического анамнеза выявлено, что пациентка накануне употребляла консервы с морской капустой и жареные яйца.

На момент осмотра больной отмечается состояние средней тяжести, обусловленное интоксикацией и обезвоживанием. Чувствует себя плохо, аппетит снижен. Жидкости пьет мало, рвота, связанная с приемом пищи. За время болезни отмечается похудение. Физическое развитие соответствует возрасту. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, влажные, горячие на ощупь. Элементы сыпи отсутствуют. Видимые слизистые влажные, язык обложен белым налетом, сухой. В зеве умеренная гиперемия, налета нет.

При аускультации легких – дыхание жесткое, хрипов нет. Число дыхательных движений равно 18 движениям в минуту. При аускультации сердца – тоны сердца громкие, ритмичные. Число сердечных сокращений ровно 90 уд/в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст.

При пальпации живота – живот мягкий, болезненный, вздут, урчит. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, диурез достаточный. Менингеальные симптомы отрицательные. Выставлен клинический диагноз – острая кишечная инфекция, интоксикационный синдром по типу пищевой токсикоинфекции.

Больной назначено было обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, копрология. Назначено следующее лечение: оральная регидратация Регидроном – 1 пакетик на 1 литр кипяченой воды, принимать небольшими глотками; Цефотаксим 1,5 – 3 раза в сутки внутримышечно; глюкозо-солевые растворы 1:1.

02.08.14 в 10:10 к пациентке был приглашен врач-невролог по поводу неадекватного поведения. При осмотре больной состояние тяжелое за счет интоксикации и неврологической симптоматики. Больная мечется на кровати, сознание утрачено. На голосовые и болевые раздражители реагирует. На вопросы не отвечает. Зрачки узкие. Кожа резко бледная, отмечается сыпь геморрагического характера на конечностях, губы бледные. При аускультации сердца тоны сердца громкие, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, болезненный. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст., пульс 62 уд/в минуту, температура тела 37,7°С. По данным анамнеза и клинического осмотра был поставлен диагноз менингококковая инфекция, менингококцемия + менингит. Больная с сегодняшнего дня переведена в отделение реанимации. Далее состояние больной резко начало ухудшаться. Температура стала 36.6°С, все так же не приходила в сознание. К основному заболеванию присоединилось тяжелое осложнение, как отек мозга. Больная все время находилась под наркозом, так как сильно возбуждена. Так же к лечению добавили противосудорожный препарат Реланиум 2,0 мг. Были назначены диуретик Лазикс 60 мг внутривенно, антибиотик Левомицетин 1г внутривенно каждые 6 часов, Дексаметазон 0,15 мг каждые 6 часов, Преднизолон 16 мг внутривенно 3 раза в день, Гепарин 2000 ЕД внутривенно, витамины группы В, С 2,0 мг 1 раз в день внтуривенно, глюкозо-солевые растворы в пропорции 1:1. Альбумин 250 мл внутривенно-капельно, Реополиглюкин 450 мл внутривенно-капельно. В связи с развитием отека головного мозга, с осторожностью было взято 2 мл ликвора из спинномозгового канала на бактериологический посев и на общий анализ ликвора. Ежедневный контроль общего анализа крови, общего анализа мочи. Ежедневная консультация врача-невролога и инфекциониста.

Таблица 2

Общий анализ крови от 02.08.14

Название теста	Результат	Референсный интервал
Эритроциты	$4{,}53 \times 10^{12}$/л	$4 – 5 \times 10^{12}$/л
Гемоглобин	138 г/л	130 – 170 г/л
Лейкоциты	$21{,}32 \times 10^{9}$/л	$4 – 9 \times 10^{9}$/л
Эозинофилы	$0{,}01 \times 10^{9}$/л	$0 – 1 \times 10^{9}$/л
Нейтрофилы	$19{,}36 \times 10^{9}$/л	$2{,}25 – 6{,}8 \times 10^{9}$/л
Лимфоциты	$0{,}74 \times 10^{9}$/л	$0{,}81 – 3{,}8 \times 10^{9}$/л
Моноциты	$1{,}19 \times 10^{9}$/л	$1 – 6 \times 10^{9}$/л
Тромбоциты	120×10^{9}/л	$150 – 400 \times 10^{9}$/л
СОЭ	27 мм/ч	2 – 15 мм/ч

Заключение: лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоформулы влево, моноцитоз, тромбоцитопения

Данные изменения периферической крови полностью соответствуют установленному диагнозу менингококковой инфекции.

Таблица 3

Общий анализ мочи от 02.08.14

Название теста	Результат	Референсный интервал
Удельный вес	1,020 г/л	1,010 – 1,020 г/л
Кислотность	pH 7	pH 4,5 – 8
Лейкоциты	1 в поле зрения	0 – 1 в поле зрения
Эритроциты	4 в поле зрения	0 – 1 в поле зрения
Белок	1,5 г/л	до 0,033 г/л
Глюкоза	6 ммоль/л	отсутствует
Эпителий плоский	1 в поле зрения	0 – 1 в поле зрения
Бактерии	198 в поле зрения	отсутствует
Цилиндры	отсутствует	отсутствует

Заключение: выраженная альбуминурия, глюкозурия, бактериурия, микрогематурия

Данные изменения общего анализа мочи указывают на токсическое поражение почек за счет общей интоксикации.

Таблица 4

Общий анализ ликвора от 02.08.14

Название теста	Результат	Референсный интервал
Цвет	Бесцветный	бесцветный
Прозрачность	Мутный	прозрачный
Цитоз	468клеток, (нейтрофилы 346, лимфоциты 122) в 1 мкл	–
Белок	0,3 г/л	г/л
Эритроциты не разрушенные	1 – 4	–
Калий	3,4 ммоль/л	3,3-5 ммоль/л
Натрий	141,5 ммоль/л	136-145 ммоль/л
Хлор	107 ммоль/л	96-108 ммоль/л

Заключение: мутный ликвор, цитоз, измеряемый сотнями клеток, с преобладанием нейтрофилов

Данные изменения в клиническом анализе ликвора полностью соответствуют диагнозу гнойного менингита.

При бактериоскопическом и бактериологическом исследованиях ликвора от 02.08.14 в мазке обнаружены грамотрицательные диплококки и выявлен менингококк группы «В».

При копрологическом исследовании от 02.08.14 патологии не обнаружено.

Таким образом, диагноз менингококковой инфекции подтвержден полностью.

Больная в реанимационном отделении провела 5 дней, после чего начала приходить в себя и была переведена в бокс.

Состояние улучшилось, но сохранялись головные боли, слабость и дрожь в ногах. По случаю улучшения состояния пациента была проведена корректировка лечения,

Левомицетин-сукцинат заменен на Цефтриаксон (бактериолитический препарат) 1,0 два раза в сутки, продолжено введение витаминов группы В и С, глюкозо-солевых растворов.

К 13.08.14 были сделаны повторные ОАК, ОАМ, анализ ликвора.

Таблица 5

Общий анализ крови от 13.04.14

Название теста	Результат	Референсный интервал
Эритроциты	4,23 × 10^{12}/л	4 – 5 × 10^{12}/л
Гемоглобин	130 г/л	130 – 170 г/л
Лейкоциты	10,29 × 10^{9}/л	4 – 9 × 10^{9}/л
Эозинофилы	0,14 × 10^{9}/л	0 – 1 × 10^{9}/л
Нейтрофилы	6,6 × 10^{9}/л	2,25 – 6,8 × 10^{9}/л
Лимфоциты	2,52 × 10^{9}/л	0,81 – 3,8 × 10^{9}/л
Моноциты	9,9 × 10^{9}/л	1 – 6 × 10^{9}/л
Тромбоциты	347 × 10^{9}/л	150 – 400 × 10^{9}/л
СОЭ	10 мм/ч	2 – 15 мм/ч

Заключение: положительная динамика, сохраняются небольшой лейкоцитоз, моноцитоз

Общий анализ мочи от 13.08.2014 – вариант нормы.

Таблица 6

Общий анализ ликвора от 13.08.2014

Название теста	Результат	Референсный интервал
Цвет	Бесцветный	Бесцветный
Прозрачность	Прозрачный	Прозрачный
Цитоз	43клетки, (нейтрофилы 4, лимфоциты 39) в 1 мкл	–
Белок	0,2	г/л
Эритроциты не разрушенные	0 – 1	–

Заключение: положительная динамика, цитоз 43 клетки с преобладанием лимфоцитов

Антибактериальная терапия продолжена, так как цитоз выше предельно допустимых значений – 10 клеток.

Интерпретация бактериологического посева ликвора от 13.08.14: грамотрицательные диплококки и возбудитель менингококка группы «В» отрицательный.

На фоне проводимого лечения состояние больной улучшалось, 15.08.14 пациентка была выписана на 14 день пребывания в стационаре с клиническим выздоровлением под диспансерным наблюдением врача-невролога.

Анализ клинического случая показал, что высказанная в исследовании гипотеза о том, что качественная диагностика менингококковой инфекции в соответствии с принципами ее осуществления, использование всех современных диагностических методов, умение выявить основные диагностические критерии заболевания позволяют своевременно поставить правильный диагноз менингококковой инфекции, назначить в соответствии с этим

диагнозом лечение, выбрать правильную тактику фельдшера при оказании помощи на догоспитальном этапе и добиться благоприятного исхода заболевания, подтвердилась полностью.

На всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе на догоспитальном оказывалась в полном объеме. В соответствии с выставленным диагнозом использовались все современные средства диагностики и лечения. Необходимо отметить, что впервые 2 дня болезни диагностика менингококковой инфекции представляла большие трудности, что привело к ошибочному установлению диагноза, но это не повлияло на исход заболевания.

Цель исследования: освоение принципов и методов диагностики и лечения менингококковой инфекции.

В соответствии с поставленной целью были определены следующие задачи:

1. Изучение этиологии, эпидемиологии, патогенеза, клиники менингококковой инфекции, её диагностики, лечение и профилактики на основании литературных данных и занятий, приобретённых в процессе изучения дисциплины «Лечение пациентов с инфекционной патологией и ВИЧ».
2. Выявление осложнений менингококковой инфекции.
3. Определение принципов и методов диагностики менингококковой инфекции с выделением основных и вспомогательных диагностических критериев заболевания и его осложнений, а также принципов и методов лечения менингококковой инфекции и тактики фельдшера при оказании доврачебной медицинской помощи больным, в том числе на догоспитальном этапе.
4. Формирование заключения по заявленной теме, и выполненной работе.
5. Описание клинического случая менингококковой инфекции.

Таким образом, цель исследования достигнута, задачи реализованы.

Библиографический список

1. Бунин К.В. Инфекционные болезни / К.В. Бунин - М.: Медицина, 1984. — 392 с.
2. Владимирова А.Г. Инфекционные болезни /А.Г. Владимирова. – М.: Волгоград, 1997. – 102 с.
3. Гавришева Н.А Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / Н.А. Гавришева. – М.: Медицина, 1999. – 255 с.
4. Лобзин Ю.В Лечение инфекционных больных / Ю.В. Лобзин. – М.: Фолиант, 2003. – 124 с.
5. Покровский В.И. Менингококковая инфекция / В.И. Покровский. – М.: Медицина, 1975. – 243 с.
6. Покровский В.И. Руководство по инфекционным болезням / В.И. Покровский. – М.: Медицина, 1986. – 461 с.

Помигуев Дмитрий Андреевич,
г. Биробиджан,
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель Гефен Л.И.

ГИПОДИНАМИЯ И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЯ

Гиподинамия стала буквально проблемой современного мира. Машины, лифты, различные бытовые приспособления, работа за компьютером и другие привычные вещи негативно сказываются на здоровье – человек ведет малоактивный образ жизни, возникают проблемы с самочувствием.

В результате наше тело, находясь большую часть времени в покое, начинает терять свою лёгкость и гибкость, провоцируя развитие широкого круга неинфекционных заболеваний. В общем, гиподинамия — болезнь современного человека.

Избыточная масса тела и ожирение является одной из ключевых проблем 21 века и входит в число неинфекционных заболеваний, которые приводят к росту заболеваемости и смертности, потери трудоспособности и инвалидизации [2]. Особое беспокойство вызывает стремительное развитие избыточного веса и ожирения среди лиц молодого возраста.

Специальными исследованиями доказано, что основной причиной возникновения избыточной массы тела и ожирения является нарушение энергетического равновесия между потребляемыми и затраченными калориями.

Чрезмерное употребление высококалорийных продуктов с высоким содержанием жиров и углеводов и низкий уровень физической активности, связанный с малоподвижным образом жизни современной молодёжи [1] приводят к возникновению избыточного веса и ожирения.

В настоящее время существует много программ коррекции избыточного веса и ожирения, которые включают диетотерапию, физические нагрузки и прочее. Большинство из них ориентированы на взрослое население и не имеют клинико -функционального обоснования относительно интенсивности, продолжительности и кратности физических нагрузок.

Коррекция избыточного веса среди лиц молодого возраста имеет свои особенности и требует более углубленной детализации. Поэтому, дальнейшее изучение состояния проблемы, профилактики, коррекции избыточного веса у лиц молодого возраста является актуальным. [3]

Актуальность нашего исследования заключается в оценке влияния гиподинамии на возникновение избыточной массы тела и ожирения.

Цель – изучение гиподинамии и её последствий.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить теоретические материалы по теме: «Гиподинамия и ее последствия».
2. Познакомиться с понятием гиподинамия и ее симптомами, причинами.
3. Познакомиться с влиянием гиподинамии на организм человека.
4. Проанализировать знают ли студенты ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа» о гиподинамии и ее последствиях.
5. Сделать анализ и выводы по проведённому исследованию.

Объект – гиподинамия

Предмет – последствия гиподинамии на организм человека.

Гипотеза: предполагается, что молодые люди в возрасте 18-30 лет знают о понятии гиподинамии и ее последствиях тем самым ведут малоподвижный образ жизни.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ литературы;
2. Опрос
3. Наблюдение.

Гиподинамия — это патология, в процессе которой возникают сбои в работе всех основных систем организма — дыхательной, пищеварительной, кровеносной. Характерная черта данного состояния — снижение двигательной активности и, как следствие, уменьшение сократительной способности мышц.

Если еще несколько десятилетий назад данная патология была редкостью, то сейчас гиподинамия охватывает все больший процент населения. Обилие гаджетов, автоматизация труда, растущее количество личных автомашин приводит к тому, что человек начинает меньше двигаться, проводя большую часть суток за мониторами или за рулем.

Медики утверждают, что гиподинамия — это результат освобождения человека от необходимости заниматься физическим трудом. Но главная опасность патологии заключается не в привычке к удобству, а в том, что гиподинамия провоцирует нарушения метаболизма и кроветворения, что приводит к развитию заболеваний сердечно-сосудистого характера.

Среди основных причин можно выделить:

1.Сидячая работа

2. Малоподвижный образ жизни

3.Полная или частичная автоматизация труда

4.Травмы и заболевания, приведшие к затруднению движения.

К косвенным причинам можно отнести следующие: автоматизирование труда, большое распространение офисной "сидячей работы", технический прогресс, а также урбанизацию. [4]

Симптомы гиподинамии:

• Вялость
• Усталость
• Сонливость
• Быстрая утомляемость
• Снижение аппетита
• Апатия
• Общее недомогание
• Снижение работоспособности.

Подобные симптомы периодически может ощущать практически каждый человек, но мало кто связывает их с гиподинамией. Поэтому при появлении таких признаков следует задуматься, достаточно ли времени вы уделяете физическим тренировкам. Длительное снижение физической активности приводит к атрофическим изменениям в мышцах, костной ткани, нарушается обмен веществ, снижается синтез белка. Гиподинамия крайне

неблагоприятно сказывается на работе головного мозга, возникают головные боли, бессонница, люди становятся эмоционально неуравновешенными. Еще один из признаков гиподинамии – повышение аппетита, в результате чего увеличивается количество потребляемой пищи.

Отсутствие своевременных мер профилактики гиподинамии приводит в дальнейшем к развитию разнообразных серьезных нарушений, таких как:

- Уменьшение выносливости .
- Расстройства нервной системы, депрессии, неврозы.
- Нарушения опорно-двигательного аппарата остеохондрозы, остеопорозы, артриты, также нарушается осанка.
- Заболевания сердечно - сосудистой системы. Ухудшается кровообращение, стенки сосудов теряют тонус, развивается варикозное расширение вен, нарушаются обменные процессы.
- Снижение работоспособности мозга, умственная активность снижается; быстрое утомление.
- Гормональные нарушения, появляется избыточный вес.
- Изменение мышц при гиподинамии . При малоподвижном образе жизни человека мышцы слабеют и теряют тонус,
- происходят нарушения в работе кишечника,
- развиваются заболевания дыхательной системы. [6]

Длительная гипокинезия (более 5 — 10 сут.) во всех ее формах оказывает многогранное, полиорганное, патологическое действие на организм, снижает его биологическую резистентность и является серьезным неспецифическим фактором риска возникновения различных заболеваний.

Поводом для патологических изменений при болезни неподвижного образа жизни является длительное уменьшение объема мышечной активности, что сопровождается снижением энергозатрат. Исходя из сказанного наиболее существенное значение для формирования патологических последствий гиподинамии имеют изменения опорно-двигательного аппарата и прежде всего мышц.

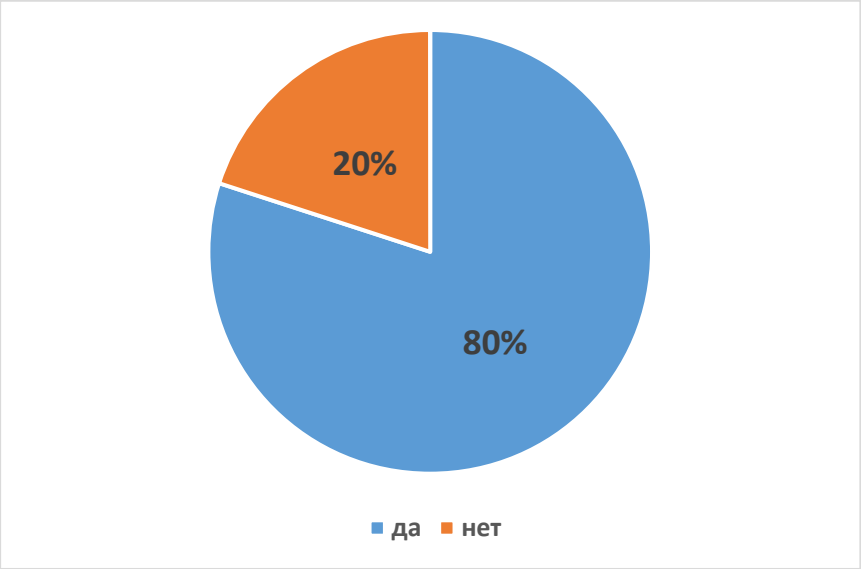
Анализируя отечественную научно-методическую литературу в соответствии с темой и задачами исследования, особое внимание было сосредоточено на изучении гиподинамии и ее послдствиях на огранизм человека, а также на немедикаментозных методах профилактики избыточной массы тела. Изучение научно-методической литературы позволило раскрыть сущность понятий гиподинамия, симптомы, причины, последствия и воздействия на огранизм. В результате теоретического анализа и обобщения литературных данных, была сформулирована цель работы, объект, предмет исследования, выбраны методы исследования и контингент исследуемых.

В целях исследования гиподинамии и ее последствий у студентов были составлены вопросы и проведён опрос.

Результаты анкетирования представлены в виде диаграмм.

В анкетировании приняли участие студенты в возрасте 18-30 лет в количестве 20 респондентов.

На первый вопрос анкеты: «Знаете ли вы понятие гиподинамии?"



Рисунке1

Можно сделать вывод, что 16 респондентов знают что такое гиподинамия, а 4 респондент ответил что не знают.

На второй вопрос: «Знаете ли вы свой вес?»

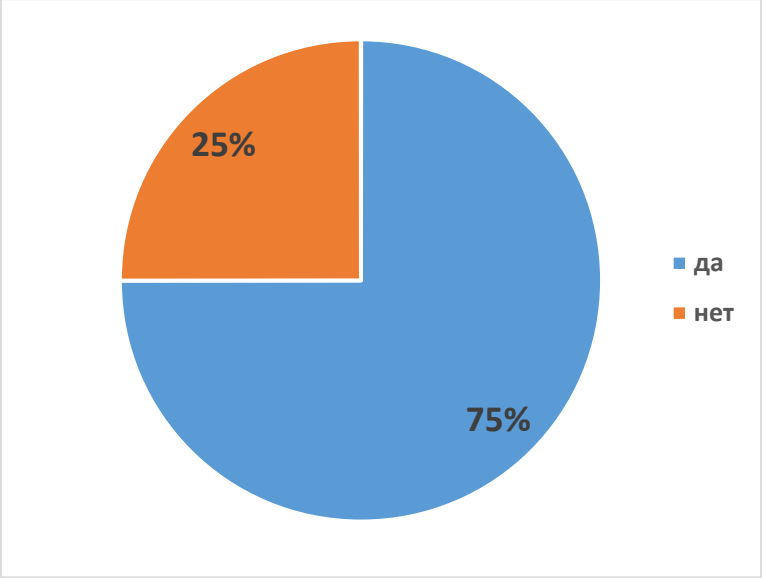


Рисунок 2

Можно сделать вывод, что 15 респондентов контролируют свой вес, а 5 респондентов не контролируют вес. На вопрос «Почему вы не знаете свой вес?» отвечали, что нет весов.

На третий вопрос «Придерживаетесь ли вы правильного питания?»

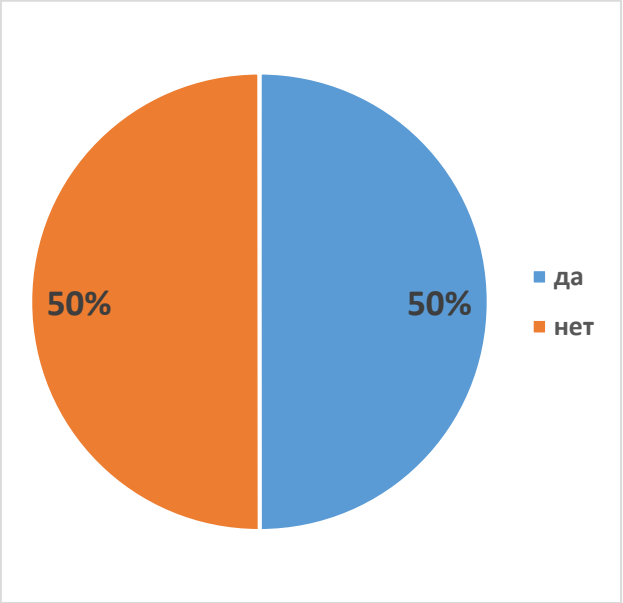


Рисунок 3

Можно сделать вывод что 10 респондентов придерживаются правильно питания, на вопрос для чего вы это делаете ответили для здоровья, худеют, а 10 респондентов не придерживаются правильно питания, на вопрос почему ответили нет времени, нравится кушать что хочется и так все устраивает.

На четвёртый вопрос «Заметили ли вы прибавку в весе за последние полгода?»

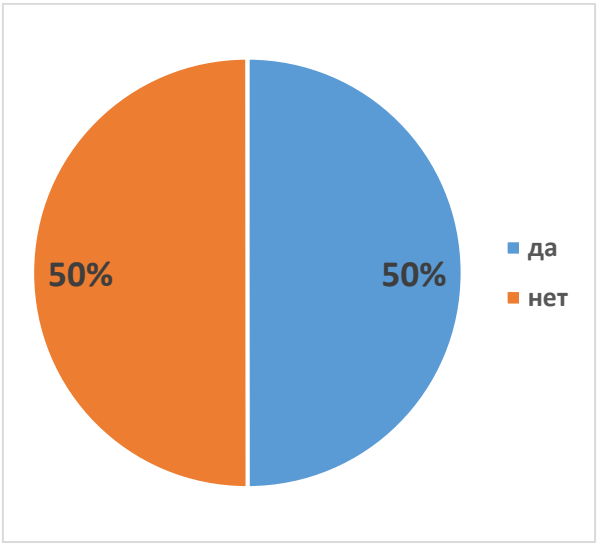
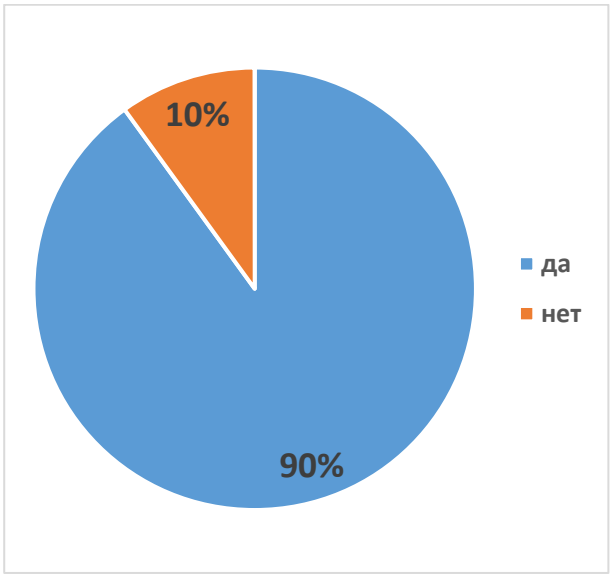


Рисунок 4

Можно сделать вывод что 10 респондентов не заметили прибавку в весе, а 10 респондентов заметили что вес прибавился.

На пятый вопрос: «Испытывали ли вы такие симптомы как: вялость, сонливость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, апатия, снижение работоспособности?»



Рисунке 5

Можем сделать вывод что 18 респондентов испытывали такие симптомы как: вялость, сонливость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, апатия, снижение работоспособности, а 2 респондента ответили то не испытывали данных симптомов.

На шестой вопрос «Беспокоят ли вас депрессии, неврозы?»

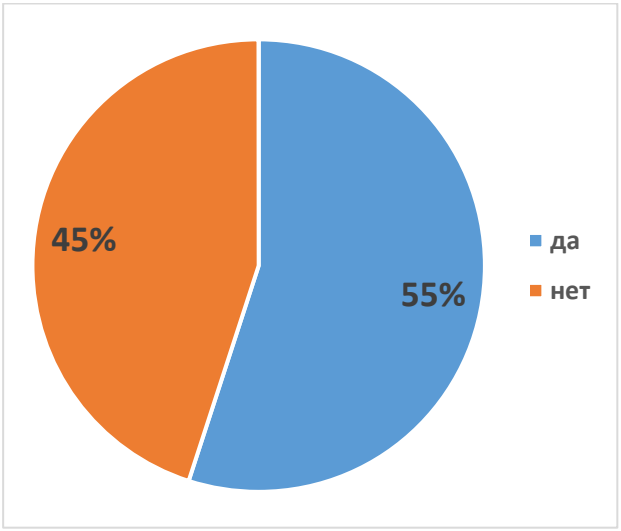


Рисунок 6

Можем сделать вывод что 11 респондентов беспокоят депрессии и неврозы, на вопрос почему отвечали что много переживаю за учёбу, экзамены, семейные проблемы, а 9 респондентов ответили не беспокоят депрессии и неврозы.

На седьмой вопрос «Вы ведете активный или малоподвижный образ жизни?»

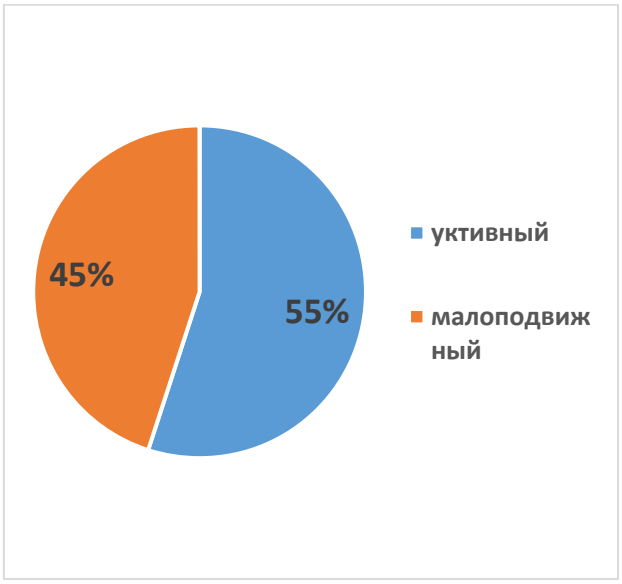
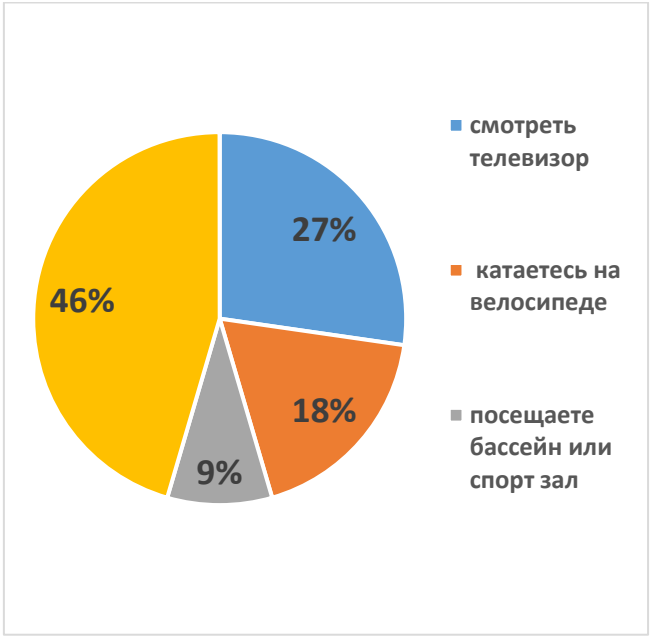


Рисунок 7

Можно сделать вывод что 11 респондентов ведут активный образ жизни, а 9 малоподвижный. На вопрос почему ответили что им нравится лежать на диване, играть в компьютерные игры.

На восьмой вопрос: «Свободное время вы предпочитаете?»



Рисунке 8

Можем сделать вывод, что большая половина опрошенных респондентов предпочитаю в свободное время смотреть телевизор и играть в компьютерные игры и только 8 респондентов предпочитают активный образ жизни.

Ответы на данные суждения вызывают обеспокоенность, что лишь немногая часть студентов отдает предпочтение активному образу жизни и занятиям физическими упражнениями для формирования и поддержания здоровья.

На девятый вопрос: «Вы посещаете спорт зал, бассейн или бег?»

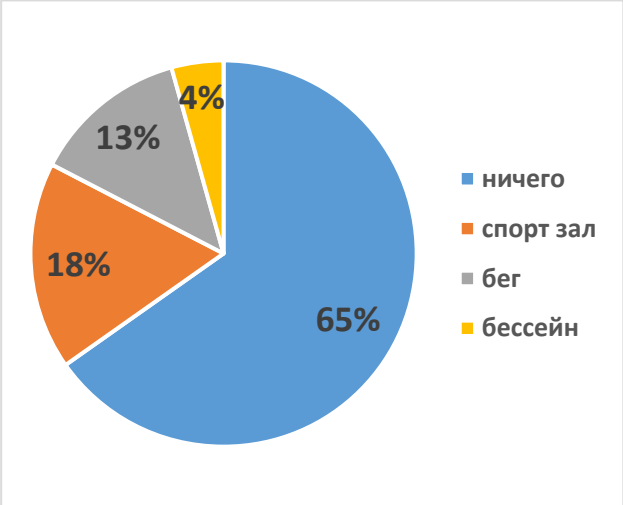


Рисунок 9

Можно сделать вывод что 4 респондента посещают спорт зал , 3 респондента бегают, 1 респондентов бассейн, а 15 респондентов ничего не посещают, на вопрос почему нет ответили что не хватает времени, нет средств, нет желания.

На десятый вопрос: «Занятия физическими упражнениями являются для вас важным средством поддержания высокой работоспособности?

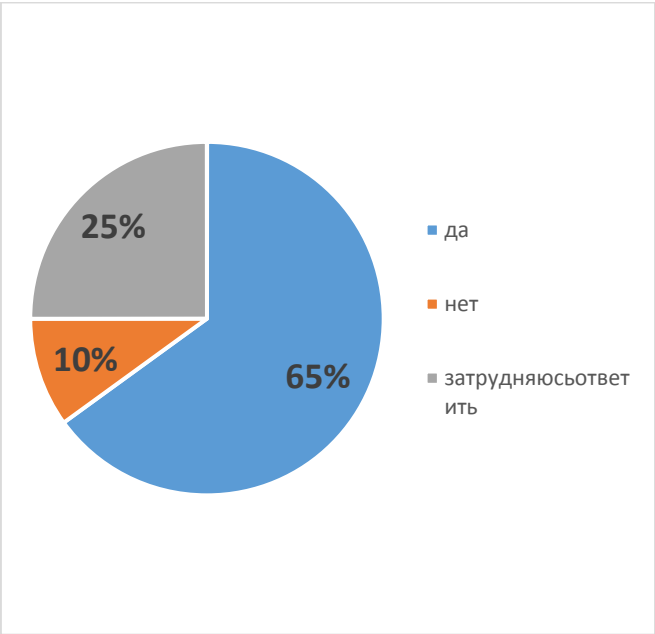


Рисунок 10

Можно сделать вывод что для 13 респондентов занятия физическими упражнениями являются важным средством поддержания высокой работоспособности, для 2 респондентов не является , а 5 респондентов затрудняются ответить.

Таким образом, результаты проведённого опроса респондентов свидетельствуют о том, что студенты имеют малоподвижный образ жизни, не занимаются спортом, привыкли к пассивному проведению свободного времени, что сказывается на организме и проявляется это в симптомах гиподинамии и проблеме избыточной массы тела,

Исследование проводилось в пять этапа.

На первом этапе исследования была изучена научно–методическая литература по проблеме гиподинамии и ее последствий. На данном этапе осуществлялся выбор объекта, предмета исследования, формулировка целей, задач и разработка практического исследования.

На втором этапе познакомились с понятием гиподинамии и ее симптомами, причинами.

На третьем этапе познакомились с влиянием гиподинамии на организм человека.

На четвертном этапе проанализировали знают ли студенты о гиподинамии и ее последствиях на базе «Биробиджанского медицинского колледжа».

На пятом этапе сделав анализ и выводы по проведённому исследованию мы пришли к выводу, что студенты знают о понятии гиподинамии, но не все студенты придерживаются правильного питания, контролю веса. Не все посещают спорт зал, бассейн и пробежки. Большая часть студентов сталкивались с симптомами гиподинамии.

Таким образом, что молодые люди в возрасте 18-30 лет знают о понятии гиподинамии и ее последствиях тем самым ведут малоподвижный образ жизни подтверждена.

Цель достигнута, задачи решены.

Библиографический список

1. Васильков А.А. Теория и методика физического воспитания: учеб. для студентов вузов / А.А. Васильков. - Ростов н/Д: Феникс, 2018. - 381 с.

2. Мартиросов Э. Г. Технологии и методы определения состава тела человека / Э. Г. Мартиросов. – М.: Наука, 2016. – 248 с.

3. Аметов А. С. Ожирение эпидемия XXI века / А. С. Аметов // Терапевтический архив. – 2008. – Т. 74, № 10. – С. 5–7

4. Дедов И. И. Проблема ожирения: от синдрома к заболеванию / И. И. Дедов // Ожирение и метаболизм. – 2016. – № 1 (6). – С. 2–4

5. Ивлева А. Я. Избыточный вес и ожирение – проблема медицинская, а не косметическая / А. Я. Ивлева // Ожирение и метаболизм. – 2010. – № 3. – С. 15–19

6. Касимов Р. А. Избыточная масса тела как фактор риска заболеваемости населения территорий / А. И. Попугаев, Л. Е. Недосекина // Проблемы развития территории. - 2016. - № 3 (83). - С. 137-150

7. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2018. - № 23 (6). – С. 7–122

8. Ражабова Н.Т. Актуальные вопросы по борьбе с детским ожирением / З. С. Аллаберганова, Г. Б. Шамуратова // Современные тенденции развития науки и технологий. - 2016. - № 1-3. - С. 97-99

9. Романцова Т. И. Эпидемия ожирения: очевидные и вероятные причины / Т. И. Романцова // Ожирение и метаболизм. – 2011. – № 1– С. 5–19

10. Как отсутствие физических нагрузок влияет на здоровье человека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://zen.yandex.ru/media/cityrep/kak-otsutstvie-fizicheskih-nagruzok-vliiaet-na-zdorove-cheloveka-5dcc3fdb4543b620b5b98d88

11. Физические нагрузки: польза, максимальный эффект [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://zen.yandex.ru/media/healthsoul/fizicheskie-nagruzki-polza-maksimalnyi-effekt-5a86de0479885eb8d188b784

СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ

Стручкова Уйгулана Ивановна
г. Якутск, ГБПОУ РС(Я) « Якутский медицинский колледж»
34.02.01.Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель терапии Новгородова М.П

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ЯКУТСКА.

Подростковый возраст – уникальный, определяющий период формирования личности. Физические, эмоциональные и социальные изменения, в том числе жизнь в нищете, жестокое обращение и насилие, могут усиливать уязвимость подростков к проблемам психического здоровья. Защита подростков от неблагоприятных факторов, содействие формированию социально-эмоциональных навыков и психологическому благополучию и обеспечение доступа к психиатрической помощи крайне важны для их здоровья и благополучия в подростковом и взрослом возрасте.

По оценкам, психическими расстройствами страдает каждый седьмой подросток в возрасте 10–19 лет в мире (14%); но эти проблемы остаются в значительной степени непризнанными и остаются без лечения. Именно в это время, он подвержен различным влияниям, противоречиям, часто разочаровывается в жизненных ситуациях, друзьях, людях. Еще в эти последние годы, в годы пандемии, потеря родных людей, дистанционное обучение, самоизоляция, разрыв общения с друзьями и прочее другое повлияли на психику подросткового населения. Все эти факторы влияют на психическое состояние подростка. От этого зависит будущее ребенка: кем он будет, насколько легко ему будет в социуме, какая у него будет работа, семья и др.

Подростки с нарушениями психического здоровья особенно уязвимы для таких явлений, как социальная изоляция, дискриминация, стигматизация (ограничивающие их готовность обращаться за помощью), трудности в учебе, рискованные формы поведения, физическое нездоровье и нарушения прав человека. Также игнорирование ментального

здоровья у подростков может привести к плачевным последствиям. Ведь нынешнее подростковое население будущее нашей страны.

Гипотеза исследования лежит в том, что я допускаю, что большинство подростков подвержены психическим расстройствам, неврозам и уровень тревожности повышен

Цель исследования: определить основные симптомы, причины и профилактику психических расстройств

Объект исследования: подростковое население в возрасте 16-19 лет

Предмет исследования: заболеваемость психическими расстройствами и уровень информированности подросткового населения

Задачи исследования:

1. Изучить литературу о проблеме;
2. Проанализировать уровень и динамику заболеваемости психическими расстройствами среди подростков в России и в других странах
3. Провести анонимное анкетирование среди подростков

Рост психических расстройств за последние годы, вследствие чего около 70% учащихся испытывают значительной трудности в усвоении базовой школьной программы и рост числа суицидов подростков, терпящих поражение, осознающих полную безысходность, в тупике ситуации.

Депрессия – психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой» - снижением настроения и утратой способности переживать радость, нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и так далее), двигательной заторможенностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или иными психотропными веществами.

Также депрессии и депрессивным состояниям подвержено около 5 % детей и подростков в возрасте 10—16 лет. По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессия является ведущей причиной подростковой заболеваемости и нетрудоспособности. Общая распространённость депрессии (всех разновидностей) в юношеском возрасте составляет от 15 до 40 %. Во многих работах подчёркивается, что большей распространённости аффективных расстройств в этом возрасте соответствует и большая частота суицидов.

У подростков с незапущенной депрессией очень часто состояние нормализуется самостоятельно, благодаря поддержки родителей, друзей, родственников. Но если признаки не проходят длительное время и даже усиливаются, необходимо как можно скорее обратиться за врачебной помощью.

Наиболее пиковым периодом возникновения депрессии у подростков считается возраст от 13 до 19 лет. В это время школьники подвержены стрессам, у них нестабильная и повышенная эмоциональность, окружающий мир воспринимается через увеличительное стекло, все проблемы кажутся неразрешимыми.

В возрасте до 15 лет редко встречаются тяжелые и средние формы заболевания, однако это не значит, что не нужно обращать внимание на подавленность ребенка, так как легкая стадия достаточно быстро может перейти в более тяжелую.

Дети 10 - 12 лет в основном проявляют такие симптомы, как общее ухудшение здоровья, нарушается пищеварение и питание. Кроме того, меняется поведение школьников,

они становятся более замкнутыми, одинокими, могут жаловаться на скуку, теряют интерес к прежним занятиям.

Подростки 12 - 14 лет прячут свое депрессивное состояние, однако оно проявляется через мыслительную и двигательную заторможенность. Дети не могут четко сформулировать свои мысли, возникают трудности в коммуникативном процессе. Также проявляются такие симптомы депрессии у подростков, как неуспеваемость, нарушение дисциплины, злоба, проведение большего времени на улице. Школьники находятся в постоянном напряжении и страхе, что их будут ругать, читать им нотации, унижать.

Самые проблематичные депрессивные состояния приходятся на 14 - 19 лет, - возраст, когда перед школьниками возникают трудности выбора дальнейшего пути, прохождение экзаменов. Кроме того, они склонны задумываться о смысле жизни, который не могут еще понять и найти, такие мысли приобретают самодовлеющий характер. В этот период наиболее остро могут проявляться такие симптомы депрессии у подростков, как бессонница, нарушение аппетита, раздражительность, боязнь принятия решений, тревога и другие.

Причины возникновения:

1. Гормональные перестройки – в период полового созревания нервная система подростка выдерживает огромные нагрузки. Из-за нестабильности гормонального фона дети не могут справиться с эмоциями, приступами раздражения, тоски или тревожности. В это время подростка задевает все – не вовремя сказанное слово, раздраженный взгляд, чрезмерная опека, отсутствие внимания и многое, многое другое. Справляться со своим эмоциональным состояниям подростки учатся в течение 2-4 лет, а до этого гормональный дисбаланс может стать причиной развития тяжелейшей депрессии.
2. Процесс самосознания, переосмысления и осмысления окружающего – ребенок редко задумывается о происходящем в окружающем его мире, он принимает все – как негативное, так и положительное. А вот вступая в подростковый период дети начинают переосмысливать все, что их окружает. В этом возрасте их отличает эгоцентризм и категоричность. Весь мир делиться на черное и белое, хорошее и плохое и вертится исключительно вокруг подростка. Именно из-за этого возникают постоянные ссоры с родителями и педагогами. Подростки неожиданно обнаруживают, что мир совсем не таков как им раньше казалось, взрослые тоже ошибаются, обманывают, а их собственное будущее совсем не обязательно будет сказочным. Иногда неокрепшая психика не выносит такого диссонанса, и подросток уходит от неприятной реальности – в компьютерные игры, наркотическую зависимость или депрессию.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности

Анорексия – заболевание, в основе которого лежит нервно-психическое расстройство, проявляющееся навязчивым стремлением к похуданию, страхом ожирения. Больные анорексией прибегают к потере веса с помощью диет, голодания, изнурительных физических упражнений, промывания желудка, клизм, вызова рвоты после еды.

Причины анорексии: СМИ, Телевидение, глянцевые журналы, кино, реклама, Интернет являются основными источниками моды на худобу и стереотипов по поводу идеальной фигуры.

Одной из психологических причин развития анорексии является непринятие себя. Чаще всего, это свойственно девочкам-подросткам в возрасте 12 — 16 лет. Они начинают переживать по поводу своей внешности. Желание понравится мальчикам, быть принятой в компании более красивых подруг, стать моделью и так далее, толкает подростков на кардинальные меры.

Вторая причина – непринятие родителей. Затянувшийся конфликт с матерью или отцом, психологическое давление, затаенная обида, неосторожные высказывания по поводу внешности вызывают у ребенка комплексы и неуверенность в себе. Как следствие, развитие нервной анорексии.

Статистика заболеваемости психическими расстройствами (депрессией) среди подростков в России и в других странах



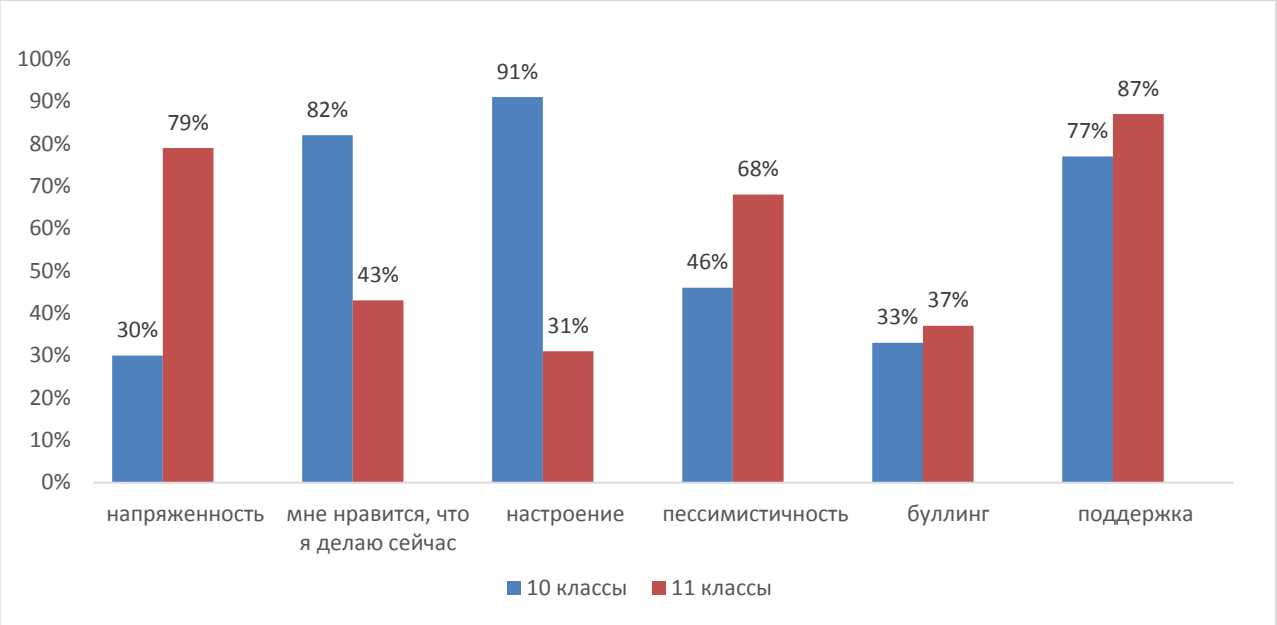
Из всех этих жителей, 40% составляют подростки в возрасте 14-19 лет.

По данным Организации Объединенных Наций (ООН), депрессия является четвертой по масштабам болезнью в мире.

По прогнозам на 2025 год, предполагается, что депрессия может выйти на третье место после таких заболеваний, как ожирение и диабет; а к 2030 году и вовсе занять первое место. Поэтому нужно сейчас бороться с этим заболеванием.

Психологическая проблема, как депрессия является распространенной среди подростков, особенно в пубертатный период - школьники. Анкетирование проводилось в МОБУ СОШ №7 в г. Якутске среди 10 и 11 класса. Количество подростков в классе 24-27. Это анкетирование даст есть ли у учеников симптомы депрессии. Всего было 8 вопросов:

Статистика анонимного анкетирования среди 10-11 классов



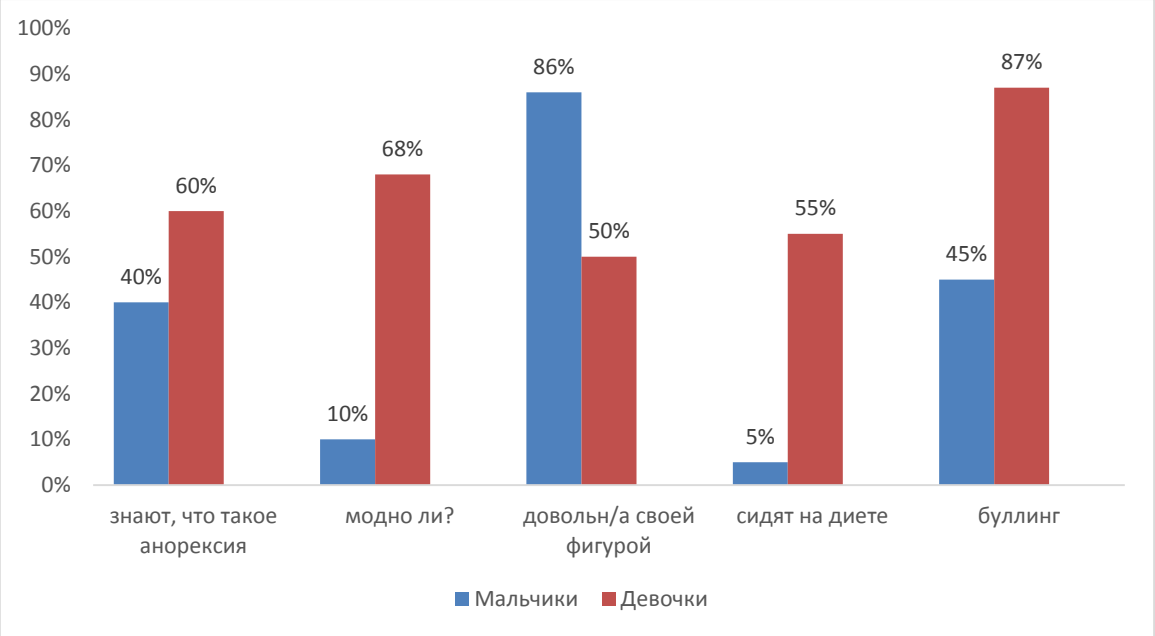
Проведя анкетирование, мы взяла 10-ые и 11-ые классы, как отдельные 100%, и можно сделать вывод, что на данный момент малая часть 10 классов страдает от депрессивного состояния, а у половины 11 классов имеются симптомы депрессивного состояния, к этому привели подготовка к предстоящим экзаменам, выборы будущих профессий. Большинство из школьников мыслят пессимистично, в состоянии вины перед кем-то или чем-то, приходят в школу уже в плохом настроении. Так же имеются проблемы с бессонницей (ночные подготовки к экзаменам, домашние задания, дурные мысли перед сном) и самое главное стало тяжело учиться и готовиться к экзаменам, смотря что происходит с миром, вдобавок буллинг среди сверстников. Многим помогают справляться с тревогой или стрессом родители и друзья, что очень хорошо, но были и ответы, что им помогают алкогольные напитки и снотворные препараты.

При проведении опроса, вывела основные причины возникновения депрессивного состояния у школьников старших классов:

– Система обучения (много домашних заданий, экзамены, изучение многих школьных материалов и самое распространенная, это подготовка к ЕГЭ)
– Буллинг среди школьников
– Недопонимания между учителем и учеником
– Конфликты в семье, между друзьями
– Завышенная требования родителей от ребенка

Так-же провели анонимное анкетирование на тему «Анорексия – это модно?» среди учащихся 8 и 9 классов МОБУ СОШ №7, так как в этом возрасте у подростков начинается первая влюбленность, начинают за собой ухаживать и т.д.

Статистика анонимного анкетирования среди 8-9 классов.



На этом анкетировании участвовали 2 класса с 8-ых классов, а с 9-ых классов тоже 2 класса. В одном классе учатся приблизительно 25-26 школьников. Хочу сделать вывод, что мальчики не так зациклены на своей фигуре, а девочки в своем раннем возрасте уже сидят на диетах из-за того, что им не нравится своя фигура. Большинство из девочек худеют из-за стандартов красоты из журнала, сериалов, СМИ, фильмов, буллинга в школе, травля со стороны родителей (даже в форме шутки), влюбленность в мальчика, в критерии которого входит фигура и красота и так можно перечислять долго. Также выявила, что многие девочки и также мальчики не знают последствий экстренной диеты для достижения идеальной фигуры.

Вдобавок у некоторых опрошенных классов спросила, какими способами они худеют. Их варианты: самостоятельно вызвать рвоту, после того как покушала, изнурительные физические нагрузки, голодание, питьевая диета (питаются только жидкостью), обертывания частей тела пищевой пленкой, но также были и такие варианты, как обращение к диетологу, к врачам и подойти к диете с умом.

Для девочек и мальчиков в том числе в это возрасте, когда тело меняется физиологически и морфологически, нужно помочь им в психологическом плане. Родителям почаще разговаривать, гулять на свежем воздухе, провести активные отдыхи со своими детьми, поддерживать и помогать им в трудных ситуациях, педагогам провести классные часы, отнестись к каждому школьнику индивидуально и т.д.

Из всего этого можно сделать вывод, что подростки легко входят в состояния психологических расстройств, и они проходят без визуальных изменений, что приводит к осложнению ранней диагностики родителями или врачами. Так же не забываем, что подростки – это очень эмоциональные люди, у них всё только начинается. Но буллинг со стороны сверстников, недопонимания между родителями и детьми, высокие требования от

родителей к ребенку, предстоящие выборы будущей профессии в раннем возрасте, подготовка к экзаменам, к ЕГЭ, стандарты красоты в современном мире, неуверенность в себе, первая влюбленность приводят к таким последствиям. И еще добавлю, что депрессивное состояние у подростка вызывают факторы, в основе которого лежит его окружающая среда (что происходит в данный момент в городе, стране, мире).

Борьба с психическими расстройствами подростков остается насущной проблемой во многих странах. И я считаю, что с этим нужно бороться всей страной, а не только родителям. Каждый подросток с запущенным психическим расстройством должен в обязательном порядке проходить лечение, а не заниматься самолечением, нужно обращаться к классифицированным врачам за помощью. Если не придать симптомам, словам о помощи от детей, то всё это может привести к летальным исходам. Поэтому родителям, друзьям и педагогам подростка требуется внимательность к таким детям и его окружению. И чтобы наши дети не входили в такие состояния, нужно им создать благоприятные условия для них, это условия без стресса, ссор, буллинга, придать им уверенности в себе, дать возможность им заниматься любимыми интересами и т.д. Ведь молодое подрастающее поколение – это будущее нашей страны, а мы в ответе за наше будущее. Также они скоро должны войти во взрослую жизнь и там их ждут другие трудности.

Библиографический список

1. Бостанджиева Т.Н. Психологические особенности отношения к общественному полезному труду подростков 50-80-х гг.: Автореф. канд. дис. М.,2010.
2. Т.В.Раевой, Е.В.Малининой, Е.В.Макушкина . Междисциплинарные подходы к реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами: сборник материалов областной научно-практической конференции специалистов психиатрической службы. М.: Статут, 2015 – 110с.
3. Гальперин П.Е. Введение в психологию. М.:МГУ 2001
4. Немов Р.С. Психология. Т.2. М., 2012
5. Рычкова Н.А. Поведение: Расстройства у подростков: диагностика, коррекция и психопрофилактика. М., 2013
6. Ковалев, Ю.В. Депрессия, клинический аспект /Ю.В.Ковалев, О.Н.Золотухина. М.: Медицинская книга, 2001
7. Балакирева Е.Е. Нервная анорексия у детей и подростков (клиника, патогенез, диагностика, терапия)/ Е.Е. Балакирева М., 2005
8. http://www.psystatus.ru/news
9. http://www.bulimanor.ru/
10. https://ru.wikipedia.org/

Гольская Алина Владимировна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель - преподаватель психологии Н.В. Гольцова

ВОЛШЕБНАЯ СИЛА УЛЫБКИ

Известно, что уверенный в своих силах здоровый человек, умеющий видеть в жизни добро и красоту, позитивно настроенный к миру выражает состояние своего духа с помощью улыбки. Статистика свидетельствует о том, что детство самое улыбчивое время. Так, наши маленькие дети способны в течение дня улыбнуться или рассмеяться до трехсот раз, взрослые до 5-10 улыбок за день.

Что же для нас улыбка? Улыбка – это феномен, не разгаданный до конца человечеством. Улыбка – это музыка для души. Улыбка - это инструмент общения. Улыбка – это ключ к успеху. Еще 2000 лет назад знаменитый ученый древности Гиппократ писал о пользе улыбки, смеха как лечебного средства, а Ницше говорил о необходимости улыбаться десять раз в день, чтобы желудок не болел по ночам, где находится центр грусти и печали. Значит, улыбка – это инструмент исцеления [2].

Мы живем в веке технического прогресса, новых открытий в разных областях науки, техники, медицины и т.д., когда каждый может, реализовать весь свой творческий потенциал, добиться успеха в разной деятельности и личной жизни, быть уверенным в будущем, счастливым, успешным, благополучным, здоровым, но современный человек стал более жестким. Объективные данные исследований доказывают обратное: мы все чаще сталкиваемся в повседневной жизни с грубыми, жестокими, агрессивными людьми.

Целью данной работы является: изучение влияния улыбки человека на расположение к нему окружающих.

Задачи:

- Исследовать теоретические аспекты по данной теме;
- Провести анкетирование среди группы студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» с целью выявления влияния улыбки на межличностные отношения
- Сделать выводы по результатам исследования.
- Подготовить памятку.

Объект исследования: улыбка как сила воздействия

Предмет исследования: влияние улыбки на межличностные отношения.

Гипотеза: мы предположили, что улыбка способна гармонизировать межличностные отношения.

Методы исследования:

- Научно-теоретический анализ литературы;
- Анкетирование.

Если дать научное определение, то улыбка это — мимика лица, губ, глаз, показывающая расположение к смеху, выражающая привет, удовольствие, насмешку и т.п. [3].

В середине 19 века Чарльз Дарвин первым выявил, что мимика человека является продолжением мимических выражений, свойственных человекообразным обезьянам: с помощью выражения лица приматы передавали угрозу, беспокойство, испуг,

демонстрировали миролюбие [1]. По Дарвину, у человека мимика выражала сначала готовность к агрессии, и лишь в ходе развития человека выражение лица стало передавать информацию о внутреннем состоянии человека, о его стремлении к установлению общения с другими людьми. Американский ученый Пол Экман, развивая идеи Дарвина, считает, что эмоции совершенно одинаково проявляются на лицах людей в любой точке земного шара, независимо от расы, пола, возраста, воспитания. Все люди на земле умеют улыбаться и смеяться, так как эмоции генетически заданы, что основательно доказал в своих исследованиях К. Изард [2]. Таким образом, улыбка является врожденной.

Улыбка – одно из важнейших невербальных средств общения. И дело здесь не только в передаче информации об эмоциональном состоянии человека. Улыбка выполняет ряд важных функций:

- Коммуникативная: вызывает доверие, снижает опасность, формирует позитивное отношение к улыбающемуся, значит заражает;

передаёт сложную информацию: сочувствие, извинение, предостережение, презрение, угроза и т. д.;

информирует об индивидуальных психологических особенностях человека.

- Регулирующая и психотерапевтическая функции: регуляция психического состояния**;**

повышение самооценка и мыслительной активности;

помогает бороться со стрессом и формировать стрессоустойчивость;

способствует расслаблению и релаксации, следовательно, человек быстрее восстанавливается;

оказывает оздоравливающе действие на организм;

делает человека более привлекательным;

является защитной реакцией.

В практическом исследовании на предмет: влияние улыбки на межличностные отношения, приняло участие 30 студентов Биробиджанского медицинского колледжа разных курсов от 18 до 23 лет. Инструментом исследования послужила анкета [4] (Приложение 1), дополненная нами.

Обработка результатов

Интересно, что только 35% респондентов отмечают, что часто улыбаются, 40% не обращают на это внимание и 25% отметили, что улыбаются редко. (Рис.1) Т.е. только треть молодых людей регулярно используют улыбку как инструмент в межличностном общении.

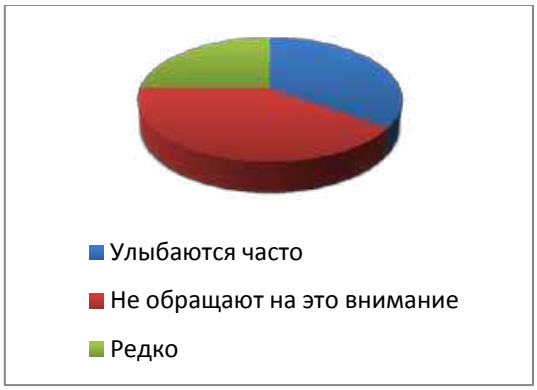


Рис.1. Как часто вы улыбаетесь?

При этом на вопрос: С какими людьми в жизни вы чаще встречаетесь? Респонденты, ответили: 50% - с добрыми, отзывчивыми и 50% - с раздражительными, озлобленными. Что говорит, о том, что негативно настроенные люди не редко встречаются в нашей жизни. Хотя ответы наших респондентов на вопрос: Что вы чувствуете при виде улыбающегося вам человека?- радуют. 90% наших студентов ответили, что хотели бы улыбнуться в ответ, поговорить и познакомиться с этим человеком. Так же 93% наших студентов считает, что улыбка делает лицо человека более привлекательным. Практически все студенты 97% ответили, что улыбка, действительно положительно влияет на состояние здоровья, что объясняется уровнем профессиональных знаний. 77% респондентов считают, что улыбка и хорошее настроение помогает в жизни справиться с трудностями, что видимо, связано с жизненным личным опытом. (Рис.2)



Рис.2. Помогает ли вам улыбка, хорошее настроение в жизни справиться с трудностями?

Так же 70% респондентов считают, что улыбка способствует доверительным отношениям, что говорит о том, что наши респонденты склоны доверять людям позитивно настроенным, что очень важно в будущем в их профессиональном общении. (Рис.3)



Рис.3. Считаете ли вы, что улыбка способствует доверительным отношениям?

При этом 90% студентов считают, что улыбчивые и позитивные люди имеют более широкий круг общения.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к выводу, что наши студенты осознают и понимают волшебную силу улыбки, знают о её позитивном влиянии и на межличностные отношения и на здоровье, но, к сожалению, сами за собой не отмечают регулярного появления у себя улыбки, а так же в своём окружении. Что на наш взгляд закономерно, так как любые эмоции заразны. Что мы отправляем в этот мир, то и получаем.

Опираясь на полученные результаты, мы можем утверждать, что выдвинутая нами гипотеза о том, что улыбка способна гармонизировать межличностные отношения, доказана. Задачи исследования выполнены.

Таким образом, улыбка – это уникальный и многофункциональный психологический инструмент, помогающий людям в самых сложных ситуациях. Овладев им, человек

становится не только желанным, привлекательным, успешным, но и более здоровым физически. На наш взгляд, немаловажное значение для сохранения здоровья людей, для успешной самореализации в личной и профессиональной сфере имеет эмоциональный настрой человека по отношению к окружающей действительности, людям, своей жизни, самоощущение индивида.

В ходе работы над проектом мы сформулировали ряд советов (Приложение 2), которые помогут повысить уверенность в себе, сформировать позитивный настрой по отношению к жизни, к другим людям, укрепить свое здоровье и эмоциональное самочувствие, ощущать себя счастливым и успешным человеком.

Библиографический список

1. Изард К. Эмоции человека/К. Изард – М.: Изд. Москов. ун-та,1980.
2. (Мельникова М. В. К теоретическому обоснованию феномена улыбки // Актуальные исследования. 2020. №20 .
3. https://kgeu.ru/studportfolio/GetDoc/29087?idFizLico=123017
4. http://elconf.ru/media/media/conf/conf_54/fenomen-ulyibki.pdf – 2008.
5. http://www.russian-bazaar.com/Post.aspx?postID=484
6. http://www.yourpower.ru/body-language-3-1.html
7. http://zhiznjprekrasna.ucoz.ru/news/kosmicheskoe_iscelenie_siloj_ulybki/2010-06-07-29
8. http://www.60minut.info/pamiat-um-autotrening
9. http://elpervushina.livejournal.com/140623.html

Приложение 1

Анкета

1.Как часто вы улыбаетесь?
А) не обращаю на это внимания;
Б) редко;
В) часто.
2. На ваш взгляд, с какими людьми в жизни вы чаще встречаетесь:
А) с добрыми, отзывчивыми;
Б) с раздражительными, озлобленными.
3.Что вы чувствуете при виде улыбающегося вам человека?
А) хочу улыбнуться в ответ, поговорить и познакомиться с этим человеком;
Б) я не обращу внимания на этого человека;
В) злобу, подозрительность, недоверие.
4.Считаете ли вы, что улыбка делает лицо более привлекательным?
А) да;
Б) нет;
В) не знаю.
5.Влияет ли положительно улыбка, по вашему мнению, на состояние здоровья?
А) да;
Б) нет;

В) не знаю.

6. Помогает ли вам улыбка, хорошее настроение в жизни справиться с трудностями?

А) да;

Б) иногда;

В) нет.

7. Помогает ли вам улыбка расположить к себе собеседника?

А) да;

Б) нет;

В) не знаю.

8. Считаете ли вы, что улыбка способствует доверительным отношениям?

А) да;

Б) нет;

В) не знаю.

9. Считаете ли вы, что улыбчивые и позитивные люди имеют более широкий круг общения?

А) да;

Б) нет;

В) не знаю.

Приложение 2

Памятка «Улыбайтесь, друзья, улыбайтесь»

- Убедите себя, что улыбка вам необходима.
- Изучите улыбку. Изучите разные типы улыбок.
- Чаще искренне и доброжелательно улыбайтесь.
- Чаще смотри на картины с пейзажами и животными.
- Улыбайтесь, когда здороваетесь.
- Всегда помните, что улыбаясь, мы улучшаем свое здоровье и окружающую нас жизнь.
- Улыбайтесь просто так, для души.
- Избегайте пессимистичных и злобных людей.
- Чаще пребывайте в обществе весёлых и доброжелательных людей.
- Улыбайтесь и не ожидайте взаимности. Вы это делаете для себя. Вы улучшаете себе настроение и приносите удачу. А вместе с этим и успех, ибо улыбка – это залог успеха.
- Помните, что, как и все эмоции, улыбка заражает.
- Слушайте весёлую музыку.
- Развивайте чувство юмора.

Спицина Ирина Андреевна
, г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель терапии Горелова Н.П.

КОНТРАЦЕПЦИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТА

Актуальность темы контрацепция является одним из основных способов профилактики абортов, снижения гинекологической заболеваемости и акушерской патологии, планирования семьи, регулирования роста населения.

- В мире аборты ежегодно делают примерно 55 млн. женщин;
- около 70 тысяч женщин ежегодно умирают от различных осложнений, явившихся результатами абортов;
- бесплодной в результате первого аборта становится каждая пятая женщина

Репродуктивный период женщины достаточно продолжителен, а желаемое число детей невелико, поэтому значительное время ей приходится уклоняться от нежелательного рождения. Для этого используются либо методы, предохраняющие от зачатия (планирование семьи), либо прерывание уже наступившей беременности (искусственный аборт). В России используют контрацепцию 80 или больше процентов пар. При этом 65 % женщин и 70 % мужчин указали на применение современных методов контрацепции

Объект исследования: женщины репродуктивного возраста (от 15–49 лет)

Предмет исследования: уровень информированности женщин репродуктивного возраста о методах контрацепции.

Цель работы – изучить методы контрацепции для предупреждения абортов

Задачи работы:

1. Изучить научные публикации, литературу по данной проблеме.
2. Провести исследования и анализ результатов по данной проблеме.
3. Сделать выводы по данной теме.

Гипотеза: я предполагаю, что женщины репродуктивного возраста знают о методах контрацепции с целью предотвращения абортов.

Методы исследования:

1.Анализ нормативных документов и литературы;

2. Наблюдение;

3. Анкетирование

Аборт — преждевременное прерывание беременности. В настоящее время существует несколько способов искусственного прерывания беременности. К ним относятся вакуум-аспирация («мини-аборт»), инструментальное выскабливание полости матки с удалением плодного яйца, медикаментозный аборт и т.д. Несмотря на большое разнообразие методов прерывания беременности, все они опасны из-за развития осложнений.

Выделяют ранние и поздние осложнения. К ранним осложнениям относят кровотечения, нарушения целостности (перфорация) и разрыв матки, воспалительные заболевания половых органов. К поздним осложнениям относят: воспалительные заболевания половых органов, гормональные нарушения, эндометриоз, осложнение течения последующих беременностей и бесплодие. Именно осложнения, связанные с прерыванием

беременности, являются основной причиной гибели женщин в связи с беременностью и родами.

Контрацепция — методы предохранения от нежелательной беременности, а средства, применяемые для предохранения от зачатия, называются контрацептивами.

Выбор метода контрацепции

Выбор метода контрацепции должен проводиться с учетом таких основных факторов, как:

1) контрацептивная эффективность,
2) приемлемость,
3) безопасность,
4) не контрацептивные свойства метода, которые могут дать лечебный эффект,
5) возможность развития побочных реакций,
6) степень риска в случае наступления нежелательной беременности,
7) восстановление фертильности,
8) планирование будущих беременностей.
9) Оценка эффективности методов контрацепции

• Низкоэффективный (90–250 беременностей на 1000 женщин в год) -календарный, температурные методы, прерванный половой акт

• Сред неэффективный (30–140 беременностей на 1000 женщин в год) - презервативы, вагинальные свечи и таблетки и т. д.

• Высокоэффективный (2–8 беременностей на 1000 женщин в год) –внутриматочные спирали и противозачаточные таблетки

В настоящее время различают несколько методов контрацепции:

- Традиционные (барьерные, химические, биологические, прерванное половое сношение);
- Современные (гормональная контрацепция, внутриматочная контрацепция);
- Необратимая контрацепция – хирургическая стерилизация (перевязка маточных труб)

Традиционный метод контрацепции

К естественным, или традиционным методам контрацепции относят ритмический метод, температурный метод, прерванное половое сношение и метод лактационной аменореи естественный (основанный на подавлении овуляции гормоном пролактином, стимулирующим лактацию).

Цель всех этих методов — определение «опасного» периода, когда способность к оплодотворению наиболее высока. В этот период следует избегать половой жизни. Суть метода — ежедневное измерение температуры тела, наблюдение за изменением вязкости шеечной слизи, состоянием шейки матки и другими симптомами. Для успешного применения этих методов требуется самодисциплина и тщательное ведение записей. Необходимо подчеркнуть, что естественные методы планирования семьи (ЕМПС) — не способ контрацепции, а метод, позволяющий определить фертильный период, воздержание от полового сношения в это время способствует предотвращению беременности.

Методы естественного планирования показаны:

- Женщинам, которые не могут пользоваться другими методами. Женщинам с регулярным менструальным циклом.
- Парам, не применяющим других методов по религиозным или философским убеждениям.
- Парам, готовым избегать половых сношений более недели в течение каждого цикла.
- Парами, находящимся в условиях, когда современные контрацептивные методы недоступны.
- Женщинам/парам, способными и желающими наблюдать, записывать и интерпретировать признаки фертильной фазы.

Барьерные методы

Механические средства барьерной контрацепции

Презервативы — обеспечивают почти 100-процентную защиту от нежелательной беременности. Могут быть не только мужскими (преимущественный вариант), но и женскими. В последнем случае презерватив представляет собой цилиндрический мешочек с ободками, с одной стороны которого располагается гибкая мембрана, препятствующая проникновению сперматозоидов в полость матки. Женский презерватив вводится во влагалище по принципу тампона и удаляется после каждого полового акта. Обеспечивает такой же уровень контрацепции, что и мужской вариант, но считается менее удобным в использовании.

Химические средства барьерной контрацепции

Спермициды — это вещества, которые обездвиживают сперматозоиды, за счет чего они не проникают в полость матки. . Выпускаются в виде таблеток, свечей, паст, вагинальных шариков. Вводятся непосредственно во влагалище за 15-20 минут до того, как начнется половой акт

Прерванное половое сношение. Метод основан на извлечении полового члена из влагалища перед началом эякуляции

Гормональная контрацепция

Наиболее широкое применение нашли комбинированные оральные контрацептивы (КОК)..

Препараты бывают двух видов: комбинированные и группа «мини-пили». Комбинированные контрацептивы содержат в себе эстрогены (этинилэстрадиол) и гестагены, «мини-пили» — только гестагены.

Препараты из группы «мини-пили» показаны кормящим женщинам, которым нельзя принимать эстрогены, а только гестагены. Также «мини-пили» могут принимать женщины, которые не переносят эстрогенный компонент.

Виды препаратов: таблетки (принимаются перорально), влагалищное кольцо (гормоны проникают через слизистую влагалища) и пластырь (трансверсальный путь — гормоны поступают через кожу).

Оральные контрацептивы выпускаются в виде таблеток и капсул для ежедневного применения. Обладают высоким показателем эффективности при условии регулярного приема и полноценного усвоения в ЖКТ. Многие препараты оказывают дополнительное терапевтическое воздействие на нервную систему (успокаивающее и восстанавливающее действие), препятствуют образованию акне, улучшают структуру волос и ногтей.

Пластыри наносятся на кожу 1 раз в 7-10 дней и не требуют ежедневного внимания, но заметны на поверхности кожи и могут периодически отклеиваться. Не подходят для женщин с массой тела более 90 кг из-за снижения уровня концентрации гормонов в крови.

Импланты вшиваются под кожу в виде небольших ампул с дозой препарата. Используются преимущественно в андрологии в качестве мужского контрацептива. Требуют повышенного внимания к собственному здоровью.

Влагалищные гормональные контрацептивы (влагалищное кольцо) устанавливаются преимущественно раз в месяц и ориентированы на естественный гормональный цикл женщины. Среди недостатков можно отметить высокую вероятность сбоя менструального цикла.

Внутриматочная контрацепция

Внутриматочная контрацепция — это метод длительного (от 2-5 до 10 лет) и обратимого предохранения от беременности с помощью специальных средств, введенных в матку (внутриматочные средства).

В нашей стране данный метод контрацепции по популярности превосходит все другие.

Внутриматочное средство (ВМС) — это небольшое устройство, вводимое в полость матки на длительное время для предохранения от беременности. ВМС бывают двух типов: немедикаментозные (петля Липпса) и медикаментозные (содержат прогестерон, медь, золото, серебро или другие препараты). Внутриматочные средства бывают разнообразной формы (Т-образные, в форме кольца, спирали и др). Современные разновидности изготовлены из пластика и содержат лекарственный препарат (медленно высвобождают малые количества меди или прогестина). Внутриматочные средства так же могут иметь нити (усики), которые располагаются во влагалище.

Медьсодержащая внутриматочная система (спираль)

Спираль сгущает цервикальную слизь и образует барьер для сперматозоидов. Медь действует токсически на сперматозоиды, обездвиживая их, а также подавляет овуляцию.

Защищенные гормоносодержащие спирали

Гормоны, содержащиеся в системе, действуют в полости матки, делают слизистую оболочку более тонкой, обездвиживают сперматозоиды. Все это делает невозможным оплодотворение и внедрение плодного яйца.

Необратимый метод контрацепции

Стерилизация

Медицинская стерилизация — хирургическая методика, которую можно применять как мужчинам, так и женщинам. Это надежный метод 100% защиты от наступления беременности, хороший выбор для людей, которые уже точно не планируют больше детей.

После операции способность к зачатию женщинам восстановить уже нельзя, у мужчин возможна небольшая (меньше 30%) вероятность восстановления репродуктивной функции путем повторной операции в течение пяти лет после вмешательства.

Женская стерилизация может проходить с использованием самых разнообразных методов.

Перевязка маточных труб методом лапароскопии — обратимая хирургическая контрацепция. Может проходить под местной анестезией. Шрамы на брюшной стенке практически отсутствуют, а послеоперационное восстановление занимает не более суток.

Минилапаротомия проводится через разрез брюшной стенки, что подразумевает наличие небольшого шрама. При этом операция не требует дорогостоящего оснащения и доступна всем социальным слоям населения.

Стерилизация с кольпотомическим доступом проводится со стороны промежности. Маточную трубу выводят из прямокишечно-маточного пространства во влагалище, перевязывают, передавливают и накладывают швы. Этот метод обеспечивает высокий эстетический эффект, доступную стоимость за счет использования стандартного хирургического оборудования и короткий восстановительный период.

Несмотря на радикальность хирургического метода контрацепции, требуется обращать дополнительное внимание на сроки проведения вмешательства. В частности, нельзя проводить операцию сразу после родов.

Мужская стерилизация

Вазорезекция — перевязка семенного канатика. Операция обратима и не требует впоследствии микрохирургической операции по сшиванию протока. Помимо стерилизующего эффекта такой метод контрацепции может быть использован для естественного повышения либидо, а также для купирования воспалительного процесса после удаления опухоли простаты.

Вазэктомия — перерезание семявыносящих протоков. До недавнего времени операция была необратимой и проводилась только при наличии серьезных показаний или при наличии хотя бы 1 ребенка. Сегодня, благодаря развитию технического оборудования, в 90% случаев возможно полное восстановление проходимости семенных канатиков..

Экстренная контрацепция

Этот вариант контрацепции актуален для предупреждения последствий незащищенного полового акта. Избежать нежелательной беременности можно, если в первые 72 часа после этого выбрать подходящий вариант экстренной лекарственной или механической контрацепции.

Поводы для использования средств экстренной контрацепции:

- незащищенный половой акт:
- изнасилование;
- поврежденный презерватив или другой вид барьерного контрацептива;
- нарушение цикла приема гормональных противозачаточных;
- неудачное прерывание полового акта..

Методы контрацепции после родов Они включают:

метод лактационной аменореи: в течение первых 6 месяцев кормления грудным молоком не реже 6 раз ежесуточно, интервалы между кормлениями не превышают 6 часов, при отсутствии менструаций, вероятность беременности очень низка; стерилизация; гестагены (мини-пили) можно применять во время лактации; через 1,5 месяца после родов можно использовать Депо-провера или Норплант на фоне грудного вскармливания; презервативы лучше использовать в сочетании со спермицидами или выбирать их с уже нанесенным лекарственным веществом; при отсутствии грудного молока комбинированные оральные контрацептивы используют с 21 дня после родов, внутриматочную контрацепцию – с 5 недели.

Нами было проведено исследование на базе «Биробиджанского медицинского колледжа». В качестве методики было проведено анкетирование. В анонимном анкетном опросе приняли участие студенты. Количество опрошенных составило 20 студентов. Студентам было предложено ответить на анкету, состоящую из 12 вопросов при обработке анкет, были получены следующие ответы.

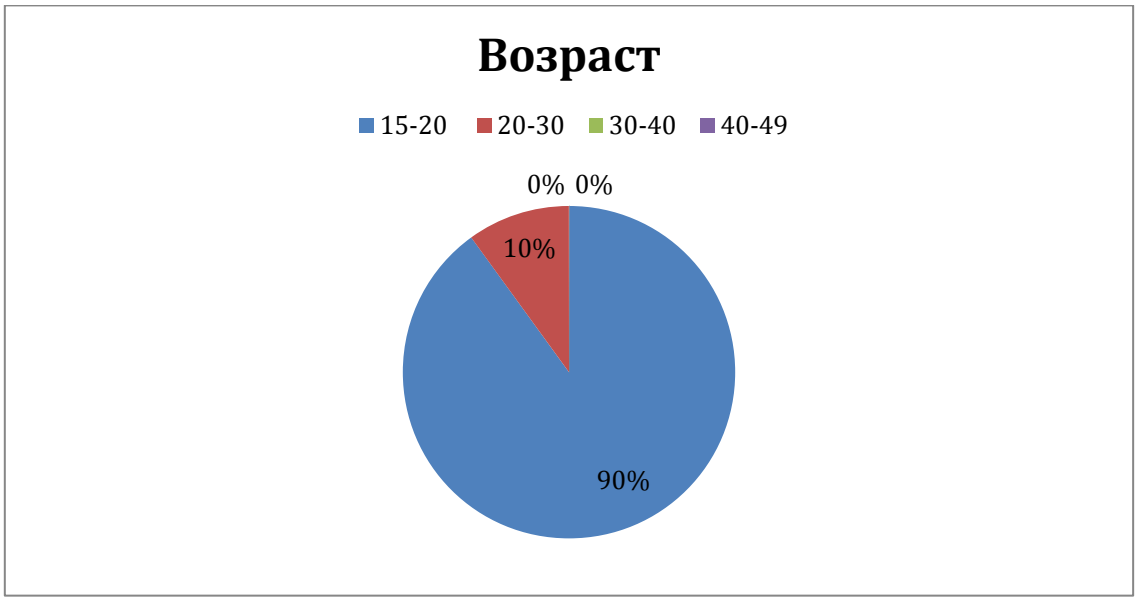


Рисунок 1. Возраст

По данным Рисунок 1, мы видим, что от 17 до 20 лет-18(90%) человек, от 20 до 30 лет-2 (10%) человек, от 30 до 40 лет-не выбрано студентами , от 40 до 49 лет-не выбрано студентами.

Мы видим, что большинство опрашиваемых являются люди от 17 до 20 лет.

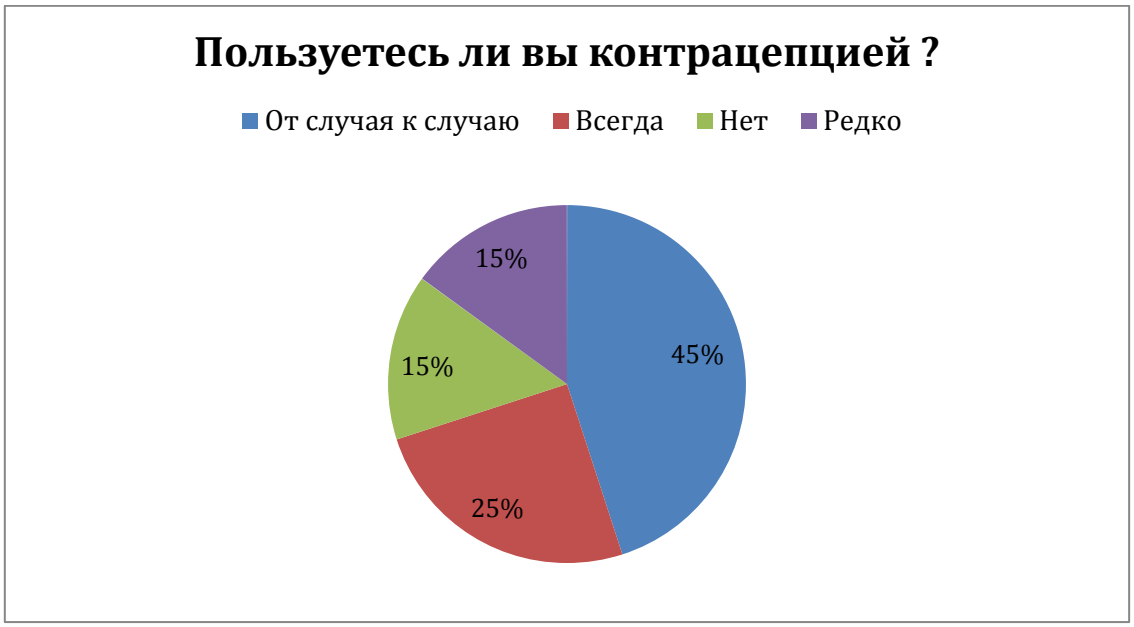


Рисунок 2. Пользуетесь ли вы контрацепцией

Из Рисунка 2, можно сказать, что от случая к случаю ответили 9(45%) человек, всегда ответили 5(25%) человек, нет ответили 3 (15%) человек, редко ответили 3 (15%) человек

Отсюда можно увидеть, что большинство опрашиваемых используют контрацепцию.

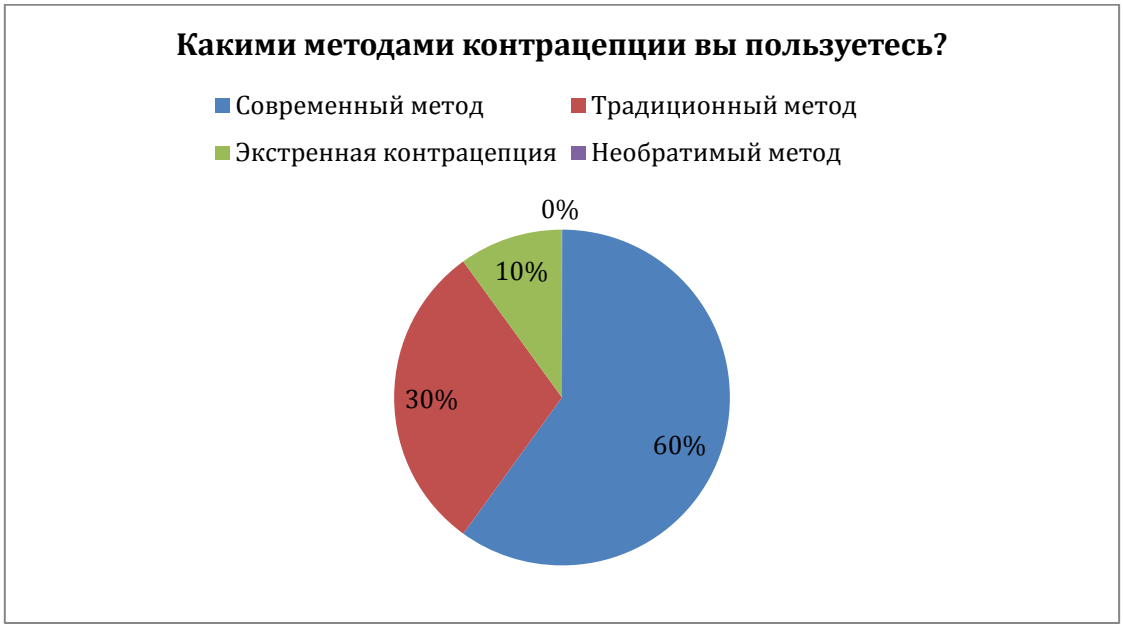


Рисунок 3. Какими методами контрацепции вы пользуетесь

По данным Рисунка 3, можно сказать, что современным методом пользуются 12 (60%) человек, традиционным методом пользуются 6 (30%) человек, экстренной контрацепцией пользуются 2 (10%) человек, необратимым методом не пользуются.

Из этого можно сказать, что большинство пользуются современным методом.



Рисунок 4. Из каких источников вы получили информацию о контрацептивах

Данные, отраженные на Рисунке 4, говорят о том, что выбрано: СМИ-8 (38%) человек, от друзей-9 (43%) человек, из специальной литературы-1 (5%)

человек, от медицинских работников-3 (14%) человек.

Мы видим, что большинство используют источник информации СМИ.



Рисунок 5. Знаете ли вы, в каких случаях следует принимать препараты экстренной контрацепции

По данным Рисунка 5, можно сделать вывод, что затрудняюсь ответить ответили 13 (65%) человек, нет ответили 2 (10%) человек, да ответили 5 (25%) человек. Таким образом, что большинство опрашиваемых не знают в каких случаях следует принимать препараты экстренной контрацепции.

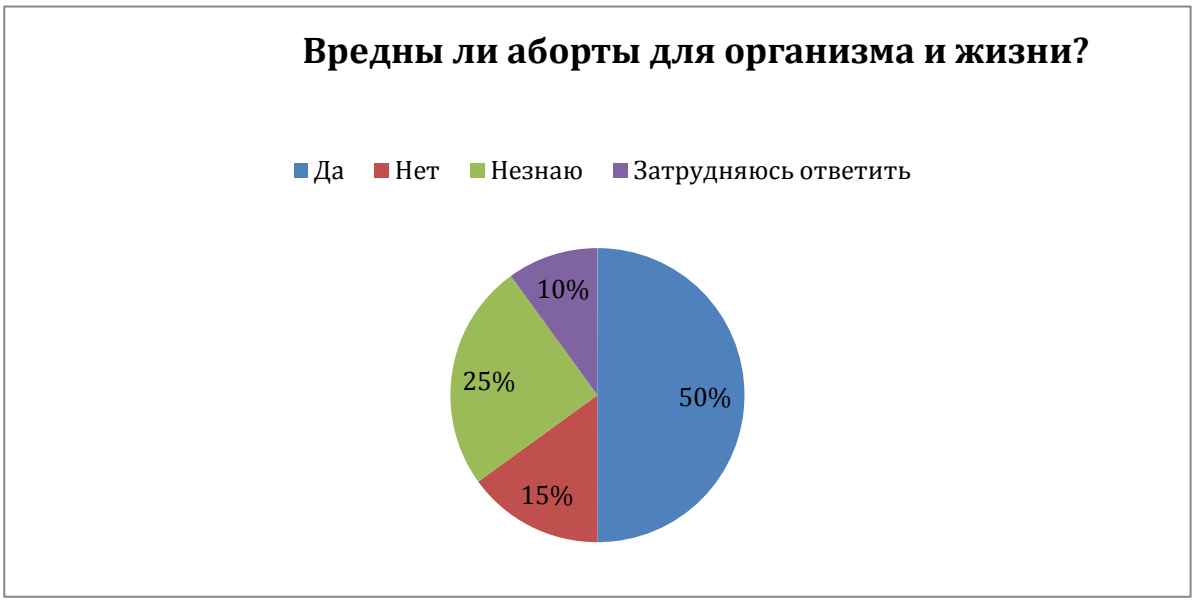


Рисунок 6. Вредны ли аборты для организма и жизни

По данным, можно сказать, что «да» ответили 10 (50%) человек, «нет» ответили 3 (15%) человека, «не знаю» ответили 5 (25%) человек, «затрудняюсь ответить» ответили 2 (10%) человек.

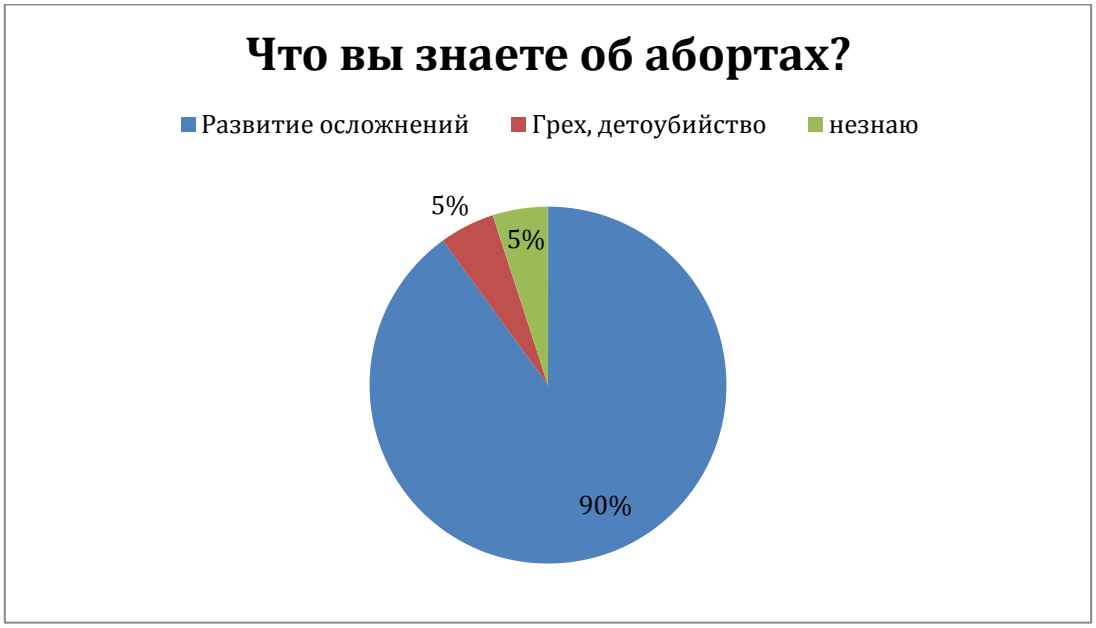


Рисунок 7. Что вы знаете об абортах

По данным на Рисунке 7, что «развитие осложнение» знают 18 (90%) человек, «грех, детоубийство» знает 1 (5%) человек, «не знаю» выбрал 1 (5%) человек.



Рисунок 8. В каком возрасте вы планируете иметь детей

По данным на Рисунке 8, можно сказать, что «18-20» не выбрали, «21-25» выбрали 7 (35%) человек, «26-30» выбрали 4 (20%) человек, «35-40» выбрали 9 (45%) человек.



Рисунок 9. Обсуждали ли вы метод контрацепции со своим партером

По данным на Рисунке 9, можно сказать, что «Да» ответили 15 (75%), «нет» ответили 2 (10%) человек, «затрудняюсь ответить» ответили 3 (15%) человек



Рисунок 10. В случае наступления беременности, каков будет исход

По данным на Рисунке 10, можно сказать, что «роды» выбрали 13(65%) человек, «посоветуюсь с партнером» выбрали 5 (25%) человек, «пойду на аборт» выбрал 1 (5%) человек, «затрудняюсь ответить» выбрали 9 (5%) человек

Рисунок 11. Кто или что, по вашему мнению, может заставить передумать человека, решившего сделать аборт

По данным на Рисунке11, можно сказать, что «близкие» выбрали 8 (40%) человек, «социальная помощь» выбрали 8 (40%) человек, «осуждение со стороны окружающих людей» не выбрано, «затрудняюсь ответить / не задумываюсь над этим. 4 (20%) человека.



Рисунок 12. Чем для Вас является аборт

По данным на Рисунке 12, можно сказать, что «обычная медицинская процедура» выбрали 5 (25%) человек, «безвыходная ситуация» выбрали 10 (50%) человек, «нормальная ситуация, считаю, что пока ребенок не родился, он еще не человек» выбрали 2 (10%) человек, «затрудняюсь ответить / не задумываюсь об этом» выбрали 3 (15 %) человек.

Таким образом, нами была выдвинута гипотеза: мы предполагаем, что женщины репродуктивного возраста знают о методах контрацепции с целью предотвращения абортов.

Итак, по результатам исследования более 90% опрошенных были в возрасте от 17 до 20 лет. Данная категория молодых людей имеют представление о методах контрацепции, большая часть опрошенных пользуется современными методами контрацепции.

По исследованию практически больше половины опрошенных обсуждают методы контрацепции со своим партнёром, т. к. данная тема, по их мнению, является важной темой для обсуждения.

По данным исследования на тему о влиянии аборта на организм человека практически все осознают пагубное влияние аборта, и что аборт приводит к осложнениям, а так же, что это грех, детоубийство.

Большая часть респондентов на вопрос о сходе незапланированной беременности ответили, что будут роды, но всё-таки 5% опрошенных решительно настроены, идти на аборт, т. к. беременность, по их мнению, будет мешать в учебе.

Подводя итоги исследования можно сказать, что ведёт к увеличению численности абортов несколько факторов:

1.использование не эффективных методов контрацепции;

2.безответственное отношение;

3.недостаточная информированность.

Благодаря анкетированию, проведенному мной на базе «Биробиджанского медицинского колледжа» была выявлена хорошая осведомленность женщин репродуктивного возраста о методах контрацепции, большинство женщин используют контрацептивные средства, что не приведет к риску незапланированной беременности.

Актуальность и гипотеза темы подтвердила на практике проведенного исследования.

Цель работы – изучить методы контрацепции для предупреждения абортов

Задачи работы:

1. Изучить научные публикации, литературу по данной проблеме.
2. Провести исследования и анализ результатов по данной проблеме.
3. Сделать выводы по данной теме.

Выполнив вышеперечисленные задачи, можно сказать, что цель и задачи работы достигнуты.

Библиографический список

1. Изучение теоретических основ методов контрацепции [Электронный ресурс].
- Режим доступа:https://ru.wikipedia.org/wiki/Контрацепция

2. Понятие аборта и контрацепции [Электронный ресурс].
- Режим доступа:https://polyclin.ru/articles/sovremennye-sredstva-kontracepcii/

3. Выбор метода контрацепции [Электронный ресурс].
- Режим доступа:https://euromednsk.ru/patients/articles/detail/kontratseptsiya/

4. Методы контрацепции [Электронный ресурс].
-Режим доступа:https://unclinic.ru/kontracepcija-pravila-podbora-jeffektivnost-i-protivopokazanija/

5. Традиционный метод контрацепции [Электронный ресурс].
- Режим доступа:http://crpnao.ru/zdorove-zhenshchiny/29-sovremennye-metody-kontratseptsii

6. Современный метод контрацепции [Электронный ресурс].
- Режим доступа:http://www.mauzacrb.ru/content/metody_i_vidy_kontracepcii

7.Необратимый метод контрацепции [Электронный ресурс].
- Режим доступа:https://zdravcity.ru/blog-o-zdorovie/sovremennye-metody-kontratseptsii/

8. .Экстренная контрацепция [Электронный ресурс].
- Режим доступа:http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib643.pdf
9. Метод контрацепции после родов [Электронный ресурс].
- Режим доступа:https://yabs.yandex.ru/count/Ww4ejI_

Турыгина Татьяна Андреевна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель ПМ 07 «Выполнение работ по профессии младшая медицинская медсестра по уходу за больными» Клейман Наталья Викторовна

МОНИТОРИНГ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Тема исследования выбрана не случайно, так как она является интересной для исследования и достаточно актуальной. Актуальность темы заключается в том, что в современном обществе тема здоровья играет важную роль, и чаще люди не задумываются о важности сохранения своего здоровья, что приводит к негативным последствиям. Данная проблема не утратила своего значения в современном обществе, а наоборот, стала более влиятельной. С развитием технологий потребление не здоровой пищи, снижение активной деятельности возрастает, что приводит ко многим заболеваниям, таким как: ожирение, инсульт, диабет, рак, и этот список можно перечислять. Отсутствует понимание значимости контроля за состоянием своего здоровья. Возрастает потребление наркотических веществ, что пагубно влияет на здоровье. Вредные привычки, приобретенные еще в молодом возрасте, избавиться от которых человек не способен, критично опасны. Такие привычки наносят серьезный ущерб существованию человека – потеря потенциала и мотивации, преждевременное старение человеческого организма и приобретение болезней разного вида. Болезни сердечно-сосудистой системы; Болезни системы внешнего дыхания Психические отклонения; Ослабление иммунной системы – все это приобретается с большим употреблением табачных, алкогольных изделий.

Здоровый образ жизни оказывает существенное влияние на иммунитет. Согласно опросу тех, кто недавно поменял свой образ жизни, после начала ЗОЖ заметно улучшилось самочувствие, настроение и изменилось мировосприятие.

Кроме того, стремление вести более здоровую жизнь способствует следующим улучшениям:

- Сокращается частота рецидивов хронических заболеваний;
- При пробуждении нет усталости, чувствуется прилив сил;
- Наблюдается повышенная выносливость на спортивных тренировках;
- Сокращается частота простудных заболеваний и снижается их тяжесть;
- Кожа становится более упругой и чистой.

Кроме того, исследования показывают, что такой образ жизни позволяет снизить вероятность развития ряда возрастных заболеваний. Кроме того, это отличный пример для близких людей, и, в первую очередь, для детей.

Цель курсовой работы: анализ отношения молодых людей к своему здоровью.

Объект исследования: здоровье в студенческой среде.

Предмет исследования: отношение к здоровью студенческой молодёжи.

Гипотеза: Не все молодые люди ведут здоровый образ жизни и заботятся о состоянии своего здоровья.

Задачи:

- изучить теоретический материал по теме исследования;
- обобщить полученные сведения;
- составить анкеты для опроса;
- провести исследование;
- сделать выводы о проделанной работе;

Методы исследования:

- анализ научно-теоретической литературы, интернет источников;
- анкетирование;
- количественный анализ;
- описание.

Здоровье – это не только отсутствие болезни и немощи, а состояние полного физического, психического и социального благополучия. Самое примитивное и распространенное понимание здоровья – это состояние организма, когда нет болезни. Но здоровье – это не что-то постоянное и неизменное. Оно тоже нуждается во внимании и контроле. Здоровье необходимо поддерживать и укреплять. Сегодня на основании обобщения многочисленных исследований в области эпидемиологии и этиологии – большинство заболеваний человека можно утверждать, что более 80 % возможностей сохранить здоровье зависит от собственной воли и поведения, 15 – от общества и окружающей среды, в которых живут люди, и только 5 % от врача. Поэтому сохранение здоровья должно обеспечиваться в первую очередь собственными знаниями и усилиями, роль врачей здесь второстепенна. И еще очень важно понимать, что данное людям от природы, от рождения здоровье законсервировать нельзя, его нужно развивать и поддерживать постоянно. Отсутствие внимания к нему и заботы о нем – одна из наиболее частых начальных причин многих болезней. [1]

И еще одна важная закономерность: многие болезни и недуги пожилого возраста зарождаются в молодости. На начальных этапах, в течение 10-30 лет они могут протекать без заметных симптомов, неудобств и ощущений (атеросклероз, многие опухоли и др.). В то же время при внимании к своему здоровью их можно было бы своевременно предупредить или остановить их развитие.

Чтобы поддерживать здоровье, существует ряд правил, которые в этом помогут: соблюдение правильного питания, физическая активность, гигиенический уход, соблюдение режима дня и эмоциональный настрой.

Здоровье внутренних органов, внешний облик, самочувствие и иммунитет напрямую зависят от того, что употребляется в пищу. Здоровый образ жизни предполагает исключение ароматизаторов, усилителей вкуса, жирных продуктов, красителей и консервантов, или, как минимум, их сокращение.

Недостаток физической активности приводит к снижению скорости обмена веществ, развитию заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистым и неврологическим патологиям.

Если работа не связана с движением, нужно постараться увеличить активность. Нормальным считается проводить в движении не менее 1 часа в день (это около 8000-10000 шагов). Ученые доказали, что каждая минута активности влияет на состояние организма в долгосрочной перспективе – это значит, что даже подъем по ступенькам, а не на лифте, уже приближает к здоровью.

Увеличить ежедневную активность можно, заведя привычку начинать и заканчивать день легкой разминкой. Если езда на работу приходится на общественном транспорте – можно на 1-2 остановки раньше и пройти этот путь пешком. Очень полезно делать перерывы, если имеится сидячая работа. В выходные дни нужно фитнесом, сходить на прогулку или в бассейн. Этих мер вполне достаточно для поддержания здоровья и хорошего самочувствия.

Личная гигиена – одна из составляющих здорового образа жизни. В первую очередь это касается ротовой полости. Нужно как минимум два раза в день чистить зубы, причем уделять внимание всей полости рта. Помимо стандартного набора, состоящего из зубной щетки и пасты, обзаведитесь ирригатором, зубной нитью и ополаскивателем для полости рта.

Несоблюдение этих правил чревато не только развитием кариеса, но также угрозой развития пародонтита и заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Также важно содержать в порядке дом: регулярно проводить влажную уборку, не допускать скопления пыли, ежедневно проветривать комнаты.

Организм, который планомерно и разумно нагружают, не страдает от перенапряжения. В течение всего дня вы чувствуете себя комфортно, а, значит, нет повода для стресса, снижается риск возникновения многих заболеваний. Кроме того, режим дисциплинирует, помогает эффективнее достигать своих целей. Главное преимущество режима дня заключается в том, что он позволяет организму привыкнуть к повторяющемуся ритму. То есть в определённые часы он будет настроен на работу, а в другие – на отдых.

Специалисты рекомендуют отправляться спать не позже 22 часов. Перед сном полезно спокойно погулять минут 20-30. Ужин должен быть не позже чем за 1,5 часа перед сном. Для взрослого человека сон должен длиться не менее 6-8 часов. Это касается и выходных дней. Долговременное бодрствование наносит сокрушительный удар по иммунной системе, работоспособности, психическому равновесию и настроению.

Специалисты говорят, что в 8 утра организм готов к первому приёму пищи. Следующие два часа – это время для начала работы. С 10 часов начинается наиболее активный период деятельности. В полдень – подходящее время для приёма пищи. С 16 до 18 – второй пик мыслительной и двигательной активности. В 20 часов вечера можно начинать готовиться ко сну. С 24 до 6 часов рекомендуется спать, чтобы дать организму возможность отдохнуть и восстановиться.

Такой распорядок дня, конечно, приблизителен. Режим составляется с учётом возраста, состояния здоровья человека и особенностей его жизнедеятельности. Но основы любого режима дня базируются на регулярности. Для того чтобы организм функционировал эффективно, нужно подниматься и ложиться спать в одно и то же время, принимать пищу по часам. Это позволит физиологическим системам заранее настроиться на определённый вид деятельности и хорошо её выполнить. [2]

Нервные напряжения, постоянные срывы, стрессы – все это негативно сказывается на настроении, самочувствии и здоровье в целом. На физиологическое состояние человека большое влияние оказывает его психоэмоциональное состояние, которое зависит, в свою

очередь, от его умственных установок. Поэтому эмоциональный настрой также является важным аспектом на пути к ЗОЖ. В такое обобщенное понятие, как психоэмоциональный настрой входит следующее:

- Эмоциональное самочувствие
- Интеллектуальное развитие
- Духовное совершенствование

Разгадывая кроссворды, изучая иностранные языки, производя подсчеты в уме, мы тренируем головной мозг. Таким образом, замедляется процесс возрастной деградации умственных способностей, активизируется работа сердца, системы кровообращения и обмен веществ. Здоровое тело невозможно представить без здорового рассудка и осознанного подхода к жизни. [9]

Вредные привычки молодежи, курение, алкоголь, наркомания настолько прочно вошли в жизнь современного подростка, что бороться с ними с каждым годом становится все труднее и труднее. Всемирная организация здравоохранения ведет активную борьбу с курильщиками и наркоманами, некоторые страны приняли законы о наказании курильщиков, ввели запреты на курение в общественных местах, а главное ввели ограничение по возрасту. Все это действует и в нашей стране, только запреты, как известно, только разжигают интерес и тягу к вредным привычкам. [4]

На сегодняшний день статистика такова, что процент взрослого курящего населения закономерно снижается, но процент мальчиков и девочек, у которых имеются вредные привычки подростков, значительно увеличился за последнее время. Причем количество девушек, употребляющих табак, уже сравнялось с таковым среди юношей.

О вреде курения говорится много, настолько много, что уже никто не обращает внимания, и подростки зачастую не понимают всей серьезности последствий курения. Особенно пагубно сказывается курение на молодой, еще неокрепший организм детей-подростков. В нашей стране курить начинают уже с 8-9 лет, в таком возрасте велика вероятность стать заядлым курильщиком в будущем. Поэтому необходимо проводить профилактику курения как можно с более раннего возраста и доступно объяснять детям, как вредные привычки подростков влияют на их организм, и к каким последствиям это может привести. [5]

Алкоголизм – это еще один бич современной молодежи, вредные привычки подростков. Как и курение, употребление алкоголя начинается еще с раннего школьного возраста, когда мальчики начинают пробовать алкогольные напитки, а в более взрослом возрасте (13-14 лет) у них уже начинает развиваться зависимость. Девочки в этом вопросе присоединяются немного позже, начиная с подросткового возраста. В это время среди подростков распространено так называемое девиантное поведение, они стремятся подражать взрослому поведению. А поскольку культура нашего общества остается на низком уровне, то и от подрастающего поколения ничего хорошего не остается ждать.

Особенно пагубно алкоголь влияет на мышечную систему, сердечно-сосудистую, ну и конечно, на нервную. Постоянно поступающий алкоголь в организм разрушает нервные клетки, вызывая заторможенность, снижение памяти, внимания и в конечном итоге приводит к деградации личности. А также медики говорят о том, что регулярное употребление алкоголя отрицательно влияет на потенцию, что с возрастом может привести к половой несостоятельности и бесплодию. Это же касается и представительниц прекрасного пола,

употребляя алкоголь и табак, они разрушают уже с рождения заложенные в яичниках яйцеклетки, которые потенциально являются их детьми. Таким образом, девушки, не подозревая этого, начинают убивать своих детей, еще не успев подумать о них. К тому же, вышеназванные вредные привычки подростков бывают часто связаны с ранней беременностью девочек-подростков, что также является большой социальной проблемой. [6]

Наркомания – одна из самых опасных вредных привычек, распространенных среди молодежи, вызывающая разрушение организма человека и разрушение его личности. По статистическим данным среди российской молодежи 70% опрошенных хотя бы раз пробовали наркотики. Наркотики, как и алкоголь, вызывают зависимость, которая развивается значительно быстрее и оказывает отрицательное действие на все органы. Наркомания является спутником многих заболеваний, таких как гепатит или СПИД. При наркомании удовольствие получается от вдыхания, введения внутривенно, глотания или курения наркотических веществ. Подростков, имеющих такую вредную привычку, как и страдающих от токсикомании и алкоголизма, можно вычислить по неадекватному поведению. Обычно перемены замечают не только их родители, но и все окружающие. Кроме того, на руках могут появиться синяки от уколов, а глаза будут выглядеть неестественно и «стеклянно».

Социальные последствия вредных привычек молодежи представляются многими факторами. К ним можно отнести: низкую культуру населения, деградацию общества, снижение работоспособного населения, эпидемии инфекций, ранние беременности и многое другое. [7]

Молодежь, а чаще всего подростки берут пример со своих кумиров с социальных сетей. В наше время – интернета, происходит нормализация вредных привычек, курение считается крутым действием, а алкоголь воспринимается как нечто веселое, что будоражит чувства. Наркомания развита менее, чем алкоголь и курение, здесь ребята берут пример со взрослых знакомых, друзей, родителей.

Основная опасность табакокурения – быстрое привыкание и огромный вред для здоровья растущего организма. Профилактику курения лучше всего начинать с беседы подростков и их родителей. Даже если мама или папа курит, необходимо поделится с сыном или дочерью, как пагубно воздействует привычка на организм и как сложно с ней расстаться. Это – желтеющие зубы, одышка, неприятный запах изо рта, бессонница, потливость и дальнейшие отдалённые осложнения.

Основная опасность алкоголизма – незаметно вырастающая привязанность, которую сложно побороть. Так, сначала распитие спиртных напитков или пива происходит только по праздникам, потом чаще, а затем ни одна из встреч подростков или встреча с друзьями не обходится без бутылки.

Даже если кажется, что подросток сможет справиться самостоятельно или употребляет «лёгкие» наркотики, от которых легко отказаться, не стоит надеяться на собственные силы. Лучше обратиться за помощью к специалистам. Ведь даже «лёгкие» наркотики вызывают привыкание и пагубно влияют не только на физическое, но и на психическое здоровье подростков. Тем более, что привыкание к наркомании в некоторых случаях может возникнуть уже после первых применений наркотического вещества. [8]

В зависимости от того, какая вредная привычка нуждается в искоренении, а также насколько сам человек к ней привязан физически и психически, разнятся и методы борьбы.

Например, чтобы справиться с табакокурением, алкоголизмом на начальных стадиях специалисты рекомендуют отвлечься и найти занятие, которое расслабит.

Помогает справиться с тягой к вредной привычке спорт. Неважно, что можно выбрать: йогу или плаванье, бег на длинные дистанции или танцы, румбу или поднятие тяжестей. Важно помнить, что интенсивность тренировок должна наращиваться постепенно. Лучше всего обратиться за помощью к опытному тренеру, рассказать ему о своей проблеме. Тогда занятия будут полезны и помогут достичь успеха в избавлении от сигареты или алкоголя.

Хорошо работает методика откладывания сигареты на потом. К сожалению, этот метод работает лишь при начальной стадии зависимости.

В случае с табакокурением после консультации со специалистом можно приобрести жевательные пастилки, леденцы, пластыри, помогающие справиться с никотиновой зависимостью.

Избавиться от наркомании, токсикомании и алкоголизма в запущенной стадии поможет только специализированная клиника. Комплексное воздействие психотерапии, лекарственных средств и других методик позволяет избавиться от вредных привычек навсегда. Но результат будет максимальным, только если сам человек хочет справиться с зависимостью.

Лучшая профилактика вредных привычек – здоровый и активный образ жизни. Вряд ли человек, увлекающийся танцами или греблей на байдарках, решит закурить или напиться. Поможет выплеснуть негатив, переключиться с проблем самый разный спорт.

Огромное значение имеет и среда, в которой развивается человек. Если все его сверстники пьют и курят, то против соблазна попробовать, сложно устоять. Причём подростки редко осознают, как опасна та или иная привычка.

Именно поэтому, так важно в учебных заведениях проводить различные мероприятия, призванные объяснить всю серьёзность проблемы, предотвратить их появления. [8]

Анализ отношения к здоровью среди студентов

Исследование проводилось с 09 по 11 февраля 2022 года на базе Областного государственного профессионального образовательного бюджетного учреждения «Биробиджанский медицинский колледж». Исследование проводилось методом анонимного анкетирования. Инструментом для исследования послужила составленная анкета. (Приложение А). Группа респондентов составила – 25 человек. В исследовании принимали участие студенты первого – четвертого курсов. Большая часть респондентов – лица в возрасте 18-ти лет (72%), лица в возрасте 20-ти лет (20%), лица в возрасте 22 лет (8%).

Цель проводимого анкетирования: определение объема знаний о здоровье.

Анализ и обработка результатов исследования.

На 1 вопрос «Оцените Ваше стремление поддерживать и укреплять состояние своего здоровья по пятибалльной шкале» были получены ответы: 19 (76%) респондентов оценили свое стремление в 4 балла, 2 (8%) респондента - 5 баллов, 4 (16%) респондента - 3 балла.

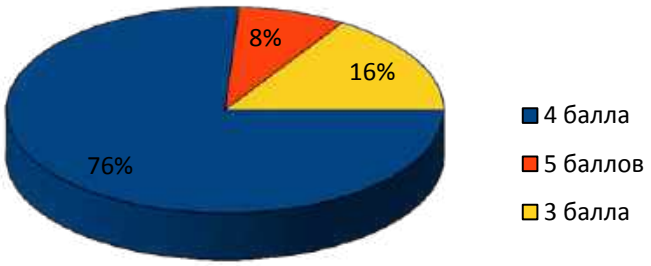


Рисунок 1. «Оцените Ваше стремление поддерживать и укреплять состояние своего здоровья по пятибалльной шкале»

Исходя из полученных данных можно отметить, что большая часть респондентов стремится поддерживать состояние своего здоровья.

На 2 вопрос «Вы физически активны? (утренняя зарядка, занятия спортом, ходьба, катание на велосипеде,)» были получены ответы: 20 (80%) респондентов ответили «иногда», 4 (16%) респондента ответили «да», 1 (4%) респондент ответил «нет».

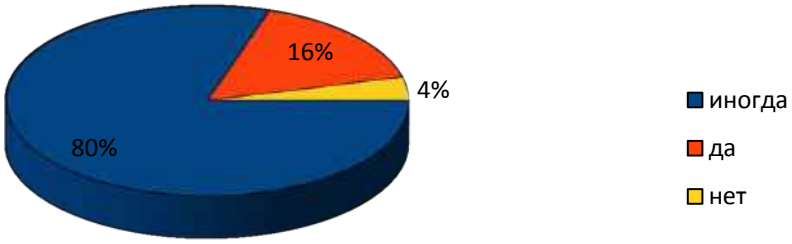


Рисунок 2. «Вы физически активны? (утренняя зарядка, занятия спортом, ходьба, катание на велосипеде,...)»

Таким образом, можно понять, что респонденты не достаточно физически активны.

На 3 вопрос «Укажите причину уменьшения физической активности» были получены ответы: 14 (56%) респондентов указали причину недостаточности времени, 3 (12%) респондента отметили, что не хватает силы воли, 3 (12%) респондента выбрали вариант - «не хочу выделяться среди остальных», 5 (20%) респондентов - «не считаю, что мне это нужно».

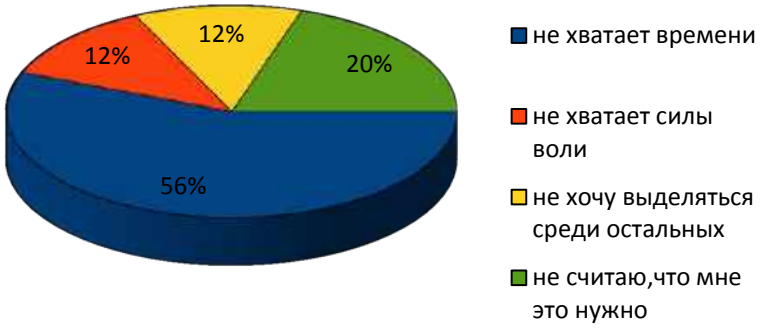


Рисунок 3. «Ответьте, если на 2-ой вопрос Вы выбрали вариант «б», или «в»: Укажите причину»

Исходя из полученных данных, можно понять, что главной проблемой для занятий физической активностью является недостаточность времени.

На 4 вопрос «В случае плохого самочувствия Вы обращаетесь к врачу?» были получены ответы: 21 (84%) респондент ответили «да», 4 (16%) респондента ответили «иногда», «нет» не выбрал ни один респондент.

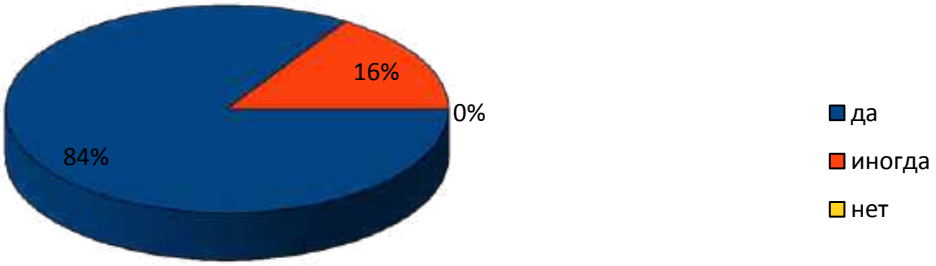


Рисунок 4. «В случае плохого самочувствия Вы обращаетесь к врачу?»

Следовательно, при необходимости, все респонденты обращаются к врачу.

На 5 вопрос «Оцените уровень знаний для поддержания своего здоровья по пятибалльной шкале, где «единица» обозначает отсутствие знаний, «пять» - полный объём знаний» были получены ответы: 17 (68%) респондентов - «3», 4 (16%) респондента - «4», 3 (12%) респондента - «5», 1 (4%) респондент - «2».

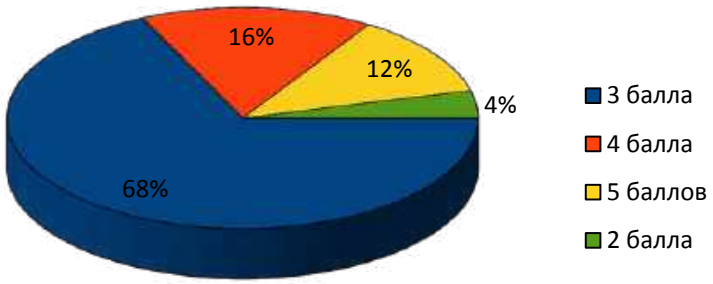


Рисунок 5. «Оцените уровень знаний для поддержания своего здоровья по пятибальной шкале, где «единица» обозначает отсутствие знаний, «пять» - полный объём знаний»

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что уровень знаний для поддержания здоровья достаточно низок.

На 6 вопрос «Вы прикладываете достаточно усилий для поддержания и сохранения своего здоровья?» Оцените по пятибалльной шкале» были получены ответы: 7 (28%) респондентов отметили «4 балла», 8 (32%) респондентов отметили «3 балла», 4 (16%) респондента отметили «5 баллов», 1 (4%) респондент отметил «2 балла».

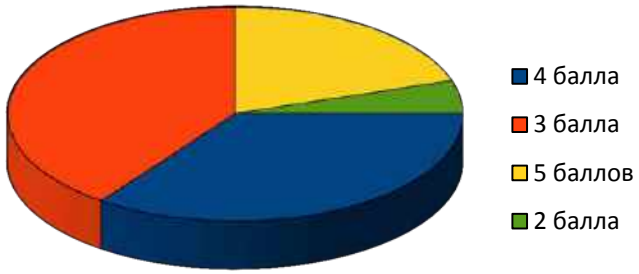


Рисунок 6. «Вы прикладываете достаточно усилий для поддержания и сохранения своего здоровья? Оцените по пятибалльной шкале.»

Большинство респондентов стараются поддерживать и сохранять своё здоровье.

На 7 вопрос «Какие вредные привычки Вы имеете?» были получены ответы: 16 (64%) респондентов ответили «не имею», 5 (20%) респондентов ответили «курение», 4 (16%) респондента ответили «переедание».

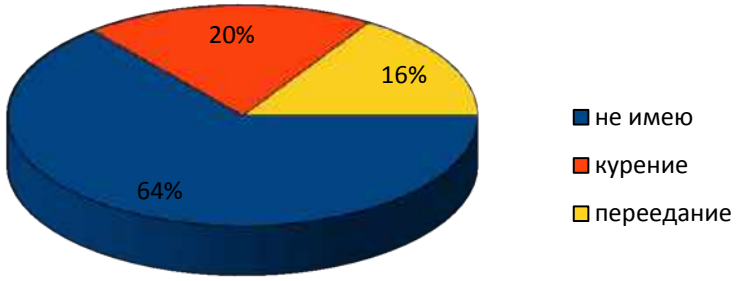


Рисунок 7. «Какие вредные привычки Вы имеете?»

Большая часть респондентов не имеют вредных привычек, однако 36% имеют вредные привычки, такие как переедание и курение.

На 8 вопрос «Вы пытаетесь избавиться от вредных привычек?» были получены ответы: 16 (64%) респондентов ответили «не имею», 3 (12%) респондента ответили «да», 3 (12%) респондента ответили «нет», 3 (12%) респондента ответили «не считаю, что это опасно для здоровья».

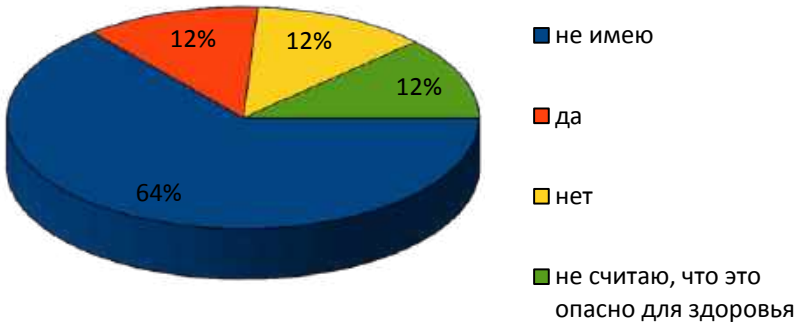


Рисунок 8. «Вы пытаетесь избавиться от вредных привычек?»

Мнения респондентов, имеющих вредные привычки, разделилось на равное количество ответов: часть старается избавиться от вредных привычек, часть нет, а остальные не считают, что вредные привычки приносят вред для здоровья.

На 9 вопрос «Как часто Вы употребляете алкоголь? Оцените по пятибалльной шкале» были получены ответы: 21 (84%) респондент отметили «3 балла», 4 (16%) респондента отметили «2 балла».

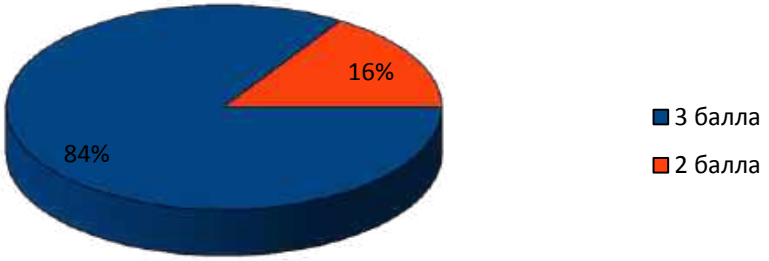


Рисунок 9. «Как часто Вы употребляете алкоголь? Оцените по пятибалльной шкале.»

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что респонденты не часто употребляют алкоголь.

На 10 вопрос «Как Вы считаете, правильна ли цитата: «Многие болезни и недуги пожилого возраста зарождаются в молодости»?» были получены ответы: 19 (76%) респондентов согласны с данным утверждением, 6 (24%) респондентов не согласны.

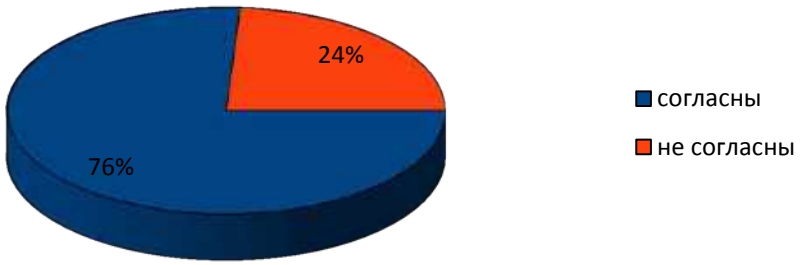


Рисунок 10. «Как Вы считаете, правильна ли цитата: «Многие болезни и недуги пожилого возраста зарождаются в молодости»?»

То есть, меньшая часть респондентов не задумывается о сохранении своего здоровья в молодом возрасте, что в дальнейшем негативно отразится на состояние их здоровья.

На 11 вопрос «Согласны ли Вы с фразой «От рождения здоровье законсервировать нельзя, его нужно развивать и поддерживать постоянно»?» были получены ответы: 22 (88%) респондента ответили «да», 3 (12%) респондента ответили «нет».

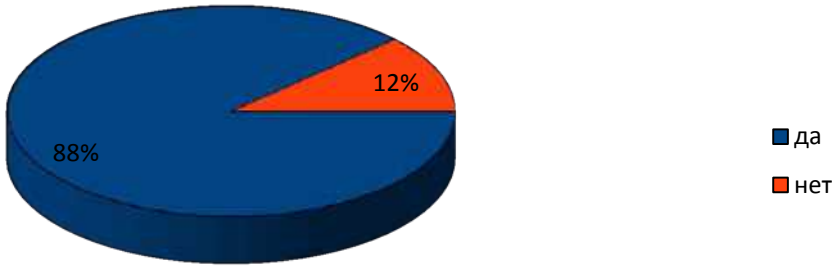


Рисунок 11. «Согласны ли Вы с фразой «От рождения здоровье законсервировать нельзя, его нужно развивать и поддерживать постоянно»?»

Большая часть респондентов считает, что поддерживать здоровье необходимо ежедневно, прилагая для этого усилия, применяя силу воли.

На 12 вопрос «Назовите источники информации, к которым Вы обращаетесь для поддержания и сохранения своего здоровья» были получены ответы: 1 (4%) респондент ответил «медицинская специальная литература», 13 (52%) респондентов ответили «популярные сайты», 4 (16%) респондента ответили «телевидение», 2 (8%) респондента ответили «не считаю, что мне это нужно», 4 (16%) респондента ответили «семья», 1 (4%) респондент ответил «журнал».

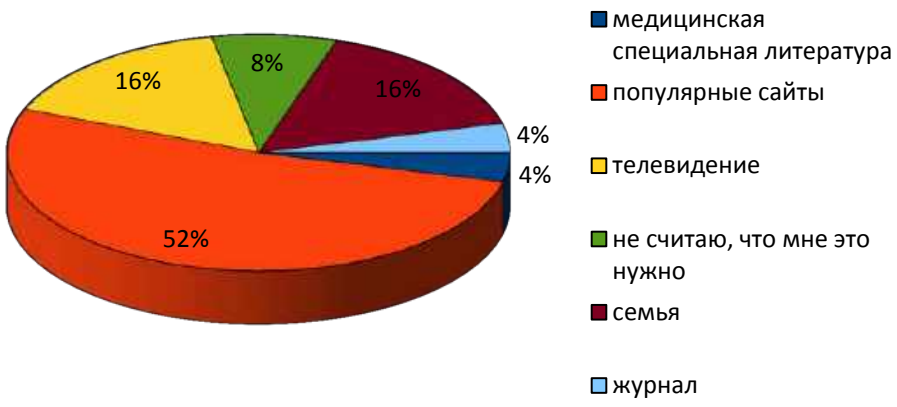


Рисунок 12. «Назовите источники информации, к которым Вы обращаетесь для поддержания и сохранения своего здоровья»

Можно сделать вывод, что респонденты пользуются разными источниками информации, для поддержания и сохранения своего здоровья. Большая часть респондентов обращается к интернет-источникам.

На 13 вопрос «Вы даёте информацию окружающим о правильном поведении для сохранения и поддержания здоровья?» были получены ответы: 4 (16%) респондента ответили «да, часто», 13 (52%) респондентов ответили «нет», 8 (32%) респондентов ответили «да, нечасто».

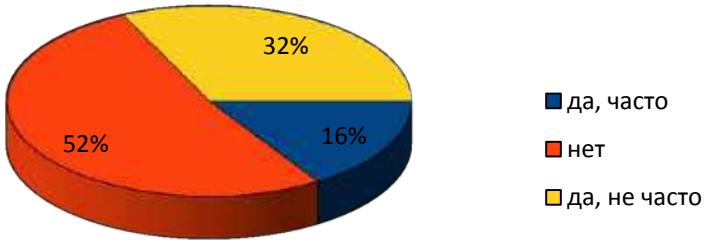


Рисунок 13. «Вы даёте информацию окружающим о правильном поведении для сохранения и поддержания здоровья?»

Ответы показали, что большая часть респондентов пропагандирует правильное поведение для сохранения и поддержания здоровья.

На 14 вопрос указать свой вариант ответа на вопрос назвать желаемые источники информации для поддержания и сохранения своего здоровья (к которым хотели бы обратиться) 25 (100%) респондентов не дали ответа.

Можно сделать вывод, что всех респондентов устраивают источники информации, к которым они обращаются.

Подводя итог исследовательской работы, посвящённой мониторингу отношения к здоровому образу жизни среди студентов, можно сделать ряд выводов:

Во-первых, в результате изучения различных источников информации было выявлено, что подходить к вопросу о поддержании здоровья следует в сознательном возрасте и понимать значимость этого решения.

Здоровье нуждается во внимании, контроле и постоянной заботе. Отсутствие заботы о здоровье является частой причиной заболеваний. По данным отечественной статистики на основании обобщения многочисленных исследований в области эпидемиологии и этиологии – большинство заболеваний человека можно утверждать, что более 80 % возможностей сохранить здоровье зависит от собственной воли и поведения, 15 – от общества и окружающей среды, в которых живут люди, и только 5 % от врача.

Во-вторых, для того, чтобы правильно поддерживать здоровье, разработаны условия, которых стоит придерживаться. Это такие условия, как соблюдение правильного питания, физическая активность, гигиенический уход, соблюдение режима дня и эмоциональный настрой.

Соблюдение правильного питания влияет на здоровье внутренних органов, внешний облик, самочувствие и иммунитет.

Недостаток физической активности приводит к снижению скорости обмена веществ, развитию заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистым и неврологическим патологиям. Профилактика названных заболеваний заключается в

выполнении упражнений, особенно, если работа связана с положением сидя. Можно начать заниматься спортом, введя полезную привычку – начинать и заканчивать день с разминки. Если езда на работу приходится на общественном транспорте – можно на 1-2 остановки раньше и пройти этот путь пешком. В выходные дни нужно фитнесом, сходить на прогулку или в бассейн. Этих мер вполне достаточно для поддержания здоровья и хорошего самочувствия. Так же выполнять двигательные занятия в свободное время.

Также, необходимо уделять внимание личной гигиене, чтобы не развивались такие болезни, как – кариес, пародонтита, заболеваний желудочно-кишечного тракта, кожных заболеваний.

Соблюдение режима дня так же важно для здоровья. Главное преимущество режима дня заключается в том, что он позволяет организму привыкнуть к повторяющемуся ритму. Так же необходимо следить за режимом сна, ведь сон – помогает организму настроиться на активную работу.

Эмоциональный настрой также является важным аспектом на пути к ЗОЖ. Сюда можно отнести эмоциональное самочувствие, интеллектуальное и духовное самочувствие. Нервные напряжения, постоянные срывы, стрессы негативно сказывается на настроении, самочувствии и здоровье в целом. Для предупреждения таких состояний, можно найти интересное занятие, например, разгадывать кроссворды, изучать иностранные языки. Таким образом, активизируется работа сердца, системы кровообращения и обмен веществ. Здоровое тело невозможно представить без здорового рассудка и осознанного подхода к жизни.

В-третьих, пагубное влияние на здоровье оказывают вредные привычки. Вредные привычки молодежи, курение, алкоголь, наркомания настолько прочно вошли в жизнь современных людей, что организациям по борьбе с вредными привычками все сложнее бороться с этим.

Курение развивается более стремительно, чем другие пагубные привычки. Процент взрослых курильщиков стремительно снижается, но употребление табачных изделий среди мальчиков подростков возрастает, а число девушек – курильщиц сравнялось с числом юношей.

Алкогольные напитки начинают употребляться так же в подростковом возрасте. Алкоголь влияет на здоровье не меньше курения. Особенно пагубно алкоголь влияет на мышечную систему, сердечно-сосудистую, ну и конечно, на нервную. Постоянно поступающий алкоголь в организм разрушает нервные клетки, вызывая заторможенность, в итоге происходит деградация. Во время принятия алкоголя может возникнуть и социальная проблема – нежелательная беременность.

Наркомания – одна из самых опасных вредных привычек, распространенных среди молодежи. Так же, как и алкоголь вызывает сильную зависимость. По статистическим данным среди российской молодежи 70% опрошенных хотя бы раз пробовали наркотики. Значительно быстро наркотики оказывают отрицательное действие на все органы, вызывают разрушение организма человека и разрушение его личности. Наркомания является спутником многих заболеваний, таких как гепатит или СПИД. Вредные привычки имеют социальные последствия, к ним можно отнести: низкую культуру населения, деградацию общества, снижение работоспособного населения, эпидемии инфекций и многое другое.

В-четвертых, существуют мероприятия, которые помогут избавиться от вредных привычек. Если близкий человек курит, то следует провести беседу о том, как пагубно это

влияет на здоровье. Алкоголь или же наркотики вызывают сильное привыкание, поэтому не стоит полностью полагаться на собственные силы, необходимо сразу обратиться к специалистам. Чтобы справиться с табакокурением, алкоголизмом на начальных стадиях специалисты рекомендуют отвлечься и найти занятие, которое расслабит. Это могут быть танцы, спорт. Хорошо работает методика откладывания сигареты на потом. К сожалению, этот метод работает лишь при начальной стадии зависимости. В случае с табакокурением после консультации со специалистом можно приобрести жевательные пастилки, леденцы, пластыри, помогающие справиться с никотиновой зависимостью. Лучшая профилактика вредных привычек – здоровый и активный образ жизни. К сожалению, молодые люди редко осознают значимость сохранения своего здоровья, и то, как пагубно влияют вредные привычки. Поэтому необходимо проводить в учебных заведениях акции, флешмобы, пропагандируя здоровый образ жизни.

В-пятых, анализируя данные проводимого анкетирования, можно сделать вывод, что большая часть респондентов стремится поддерживать свое здоровье. Однако, не все респонденты заботятся о своём здоровье, имеют вредные привычки и не понимают вреда, который наносят зависимости.

Поставленные задачи решены, гипотеза «Не все молодые люди ведут здоровый образ жизни и заботятся о состоянии своего здоровья» подтверждена, цель исследовательской работы достигнута.

Библиографический список

1. Влияние алкоголя на организм [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://p-72.ru/vliyanie-alkogolya-na-zdorove-cheloveka/

2. Вред курения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://n-udinsk-crb.ru/profilaktika/186-vred-kureniya-na-organizm-cheloveka.html

3. Вредные привычки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://nasha-molodezh.ru/society/vrednye_privychki_molodezhi.html

4. Зачем человеку здоровье [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://bcrb73.ru/patient/zoj/239-020316

5. Как наркотики влияют на организм [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://dp19.ru/index.php/lastnews/121-vliyanie-narkoticheskikh-sredstv-na-organizm-cheloveka

6. Мероприятия по уходу за здоровьем [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/ru/

7. Профилактика вредных привычек [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://prcrb.by/stati/461-osnovnye-mery-profilaktiki-vrednykh-privychek

8. Что такое здоровье [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://cgon.rospotrebnadzor.ru/content/62/112

9. Эмоциональный настрой [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.osinniki.org/12805-emocionalnyy-nastroy-i-zozh-chto-obschego.html

Чвойкина София Алексеевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело , 2 курс
Научный руководитель – преподаватель ЗЧО Мамедова Н.А.

ПРОБЛЕМЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Питание является важнейшей составляющей здоровья человека. С питанием теснейшим образом связаны все жизненно важные функции организма.

По данным Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья человека лишь на 10% зависит от организации медицинской службы, 20% приходится на генетические особенности, 20% на состояние окружающей среды и 50% это образ жизни и наше питание.

Тема рационального питания очень актуальна в наши дни. Неправильный режим питания - это первая причина возникновения болезней пищеварительной системы. Нехватка времени, связанная с подготовкой к занятиям, некомпетентность в вопросах культуры питания, темп современной жизни - факторы, нарушающие правильный режим питания студентов.

К тому же, беспокоит рост популярности у студентов продуктов питания быстрого приготовления, содержащих в большом количестве различные ароматизаторы, красители, модифицированные компоненты. Как следствие - неправильное питание, которое становится серьезным фактором риска развития многих заболеваний. К сожалению, статистика последних лет показывает резкое увеличение среди молодых людей лиц, страдающих ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом, гастритом и язвенной болезнью желудка. Предотвратить такие заболевания можно, если вести здоровый образ жизни и, в первую очередь, правильно питаться.

Рациональное питание оказывает значительное влияние на умственную работоспособность студентов.

Напряжённый умственный труд предъявляет значительные требования к высшим психическим функциям - восприятию, памяти, мышлению, концентрации и объёму внимания, что требует поддержания в течение учебного дня высокого уровня физической и умственной работоспособности.

Актуальность предоставленной работы связана с необходимостью формирования у студентов навыков рационального питания.

Цель курсовой работы: изучение особенностей питания и пищевого поведения студентов, степени осведомленности студентов о необходимости придерживаться правил рационального питания в повседневной жизни.

Для осуществления этой цели мы ставим перед собой следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ научной литературы по теме рационального питания.

2. Выявить наиболее рациональный режим и рациональное питания для студентов.

3. Рассмотреть особенности питания студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Объект исследования: рациональное питание.

Предмет исследования: рациональное питание студентов Биробиджанского медицинского колледжа.

Гипотеза: мы предполагаем, что учащиеся Биробиджанского медицинского колледжа знают о разумном питания и придерживаются его в повседневной жизни.

Культура питания играет значительную роль в формировании здорового образа жизни студентов. Каждый студент должен знать важнейшие принципы рационального питания, регулировать нормальную массу своего тела. Принимаемая нами пища поступает в пищеварительную систему, где механически и химически обрабатывается, переваривается и всасывается. Знание механизмов пищеварения и обмена веществ одна из основ рационального питания.

Организму студентов свойственны особенности, обусловленные возрастом, влиянием условий учебы и быта.

Большое влияние на организм студентов младших курсов оказывают изменения привычного уклада жизни. В организме молодых людей еще не завершено формирование ряда физиологических систем, в первую очередь нейрогуморальной, поэтому они очень чувствительны к нарушению сбалансированности пищевых рационов. В связи с нарушением режима питания за время учебы у многих студентов развиваются заболевании пищеварительной системы, получившие название «болезни молодых», а также гипертоническая болезнь, неврозы и др.[1]

Благодаря рациональному питанию у мужчин и женщин появляется возможность не только избавиться от лишнего жира, но и нормализовать работу организма, дать ему необходимые минералы, витамины, питательные вещества, снизить вероятность заболеваний.

Рациональное питание – это питание, обеспечивающее рост, нормальное развитие и жизнедеятельность человека, способствующее улучшению его здоровья и профилактике заболеваний. [2]

Для того чтобы данная система дала положительные результаты, необходимо выяснить основные принципы рационального питания, к числу которых относится три основных принципа рационального питания, которые мы должны знать, чтобы питаться правильно.

1.Энергетическая ценность..

2.Сбалансированность питания.

3.Режим питания.

Первый и один из самых важных – это энергетическая сбалансированность питания. Очень часто мы с вами переедаем, забывая, что на самом деле, человеку нужен не определенный объем пищи, а энергетическая ценность того, что было съедено. Так, зачастую, при большом объеме пищи, мы не получаем достаточного количества калорий или напротив, отведав несколько кусочков торта «набрать» разом суточную норму, при этом совершенно не наевшись.

Энергетическая ценность питания зависит от многих факторов: от пола (женщинам нужно меньше калорий, чем мужчинам), возраста (пожилым людям требуется меньше энергии и соответственно пищи) и рода занятий (людям с высокой физической активностью нужно больше энергии). [4]

Второй принцип – это разнообразие и сбалансированность в питании. Каждый день,

чтобы быть здоровыми, мы должны получать из еды до 70 разных веществ. Среди них всем известные белки, жиры и углеводы. И все они должны присутствовать в ежедневном рационе. Кроме жиров, белков и углеводов нашему организму необходимы витамины и минеральные вещества. Именно поэтому все мы постоянно слышим о пользе овощей и фруктов. Остается только добавить к этой истине, что не все витамины хорошо усваиваются вне сочетания с другими продуктами. Именно поэтому морковь для зрения полезна именно тогда, когда ее едят со сметаной.

Третий принцип рационального питания – это соблюдение режима. В первую очередь, чтобы не подвергать организм стрессу от нерегулярного питания, лучше всего составить для себя четкий график приема пищи.

Чтобы придерживаться здорового питания учеными и диетологами были составлены схематичные пищевые пирамиды для здорового питания. По выбранной пирамиде студент может придерживаться здорового питания, не навредив своему здоровью.

Пирамида питания позволяет строить свой рацион таким образом, чтобы получать с питанием оптимальное количество калорий и важных пищевых веществ. При этом нет строгих ограничений по выбору продуктов – каждый вполне может подобрать себе продукты по вкусу.

1. Гарвардская пирамида здорового питания - была разработана американскими диетологами Гарвардской школы общественного здоровья. Первый ее вариант, опубликованный в 1992 году, представлял собой поделенную на ярусы пирамиду [7]

В основание пирамиды легли ежедневные физические нагрузки и контроль веса, а также достаточное потребление жидкости (не менее 1,5 л в день для женщин и 2 л для мужчин). Далее каждый ярус занимала та или иная группа продуктов.

Гарвардская пирамида здорового питания получила широкое признание в мире и довольно долго использовалась в качестве пирамиды рационального питания и пирамиды правильного питания для похудения.

2. MyPyramid.

Гарвардская пирамида неоднократно корректировалась и дополнялась. В 2007 году была опубликована ее последняя версия – MyPyramid, разработанная Министерством сельского хозяйства США и получившая статус государственной программы.

Эта пирамида составлена с учетом результатов новых исследований в области диетологии. Она уже не представляет собой «иерархическую лестницу питания», где в качестве «иерархов» выступают сложные углеводы и растительные жиры, а роль «изгоев» исполняют простые углеводы и жиры животного происхождения. [8]

В основу этой пирамиды входит 5 золотых правил или принципов пирамиды питания MyPyramid:

1. Разнообразие.
2. Пропорциональность.
3. Индивидуальность.
4. Умеренность.
5. Двигательная активность.

Пирамида здорового питания признана диетологами всего мира одной из самых эффективных рекомендаций в области рационального питания и нормализации веса.

Теперь человек может сам выбрать продукты из групп и составить свой рацион на основе предпочитаемых им продуктов, ориентируясь лишь на примерные пропорции. Таким

образом, данная пирамида делает акцент на индивидуальный подход к подбору питания. Под правильным питанием для здоровья подразумевается не только то, что человек ест, но и когда и как. Согласно статистике у людей, которые находят время на полноценные приемы пищи, реже случаются инфаркты, стрессы и другие заболевания.

К причинам неправильного питания чаще всего относят бешеный ритм студентов, психологические особенности каждого и качество пищи. Так же очень важно отметить, что у студента свои пристрастия к еде. Не стоит забывать, что каждый студент уникален и причины неправильного питания бывают строго индивидуальными.

1. Фаст-фуд.
2. Переедание – это тоже немаловажная причина.
3.Употребление сахара и соли в больших количествах.
4. Недостаток в меню фруктов и овощей.
5. Неправильный завтрак или его отсутствие.
6.Употребление недостаточного объема жидкости.
7. Еда перед книгой или телевизором.

Для студентов проблема питания стоит особенно остро. В связи с недостатком времени у студентов нет возможности соблюдать правильный режим приемов пищи в количестве 4-5 раз. Также характерен в основном сидячий образ жизни гиподинамия. В сочетании с плохим рационом питания это пагубно влияет на организм и его состояние. Студенческая пора очень насыщенна и разнообразна, отличается большим перенапряжением нервной системы. Нагрузка, особенно в период сессии, значительно увеличивается вплоть до 15-16 часов в сутки. Хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характера питания и интенсивная информационная нагрузка могут привести к нервно-психическому срыву.

Последствия нарушения питания могут быть очень серьезными. Систематическое недоедание ведет к падению веса, исхуданию, понижению работоспособности, снижению реактивности и сопротивляемости организма к заболеваниям. Отдаленные последствия недоедания выражаются в ослаблении функций пищеварительных органов, умственных способностей и др. А так как в организме молодых людей еще не завершено формирование ряда физиологических систем, в первую очередь нейрогуморальной, то они очень чувствительны к нарушению сбалансированности пищевых рационов. Также недоедание может привести к ряду нервных расстройств (появляется нервозность, расстройства сна и памяти).

Многие студенты длительное время не замечают результатов неправильного питания, а заметив их, не спешат устранить проблемы, связанные со здоровьем. Если вы замечаете, что у вас хроническая усталость, упадок сил или угнетенное состояние, то вероятнее всего вы питаетесь низкокалорийной пищей и ваш организм не может справиться с этим, защищаясь, он ограничивает жизнедеятельность для сохранения энергии. Только при достаточном поступлении жиров, углеводов и белков организм способен работать в правильном режиме. Если в рационе много жирной, копченной и маринованной еды, то она вытесняет продукты, которые могут принести пользу организму. И такой способ питания оставляет свой неблагоприятный отпечаток на здоровье человека – избыточный вес, хронические заболевания, мигрень, проблемная кожа. Чтобы устранить проблемы неправильного питания, следует разнообразить меню, добавить в рацион питания следующие

продукты: зелень, свежие фрукты и овощи, рыба и нежирные сорта мяса.

Для проведения исследования были опрошены студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» в количестве 30 человек.

Студентам было предложено ответить на ряд вопросов и пройти анкетирование.

Таким образом, исследование проходило в 3 этапа:

1. Проведение опроса для выявления знаний студентов о рациональном питании.
2. Проведение анкетирования, с целью изучения особенностей питания студентов.
3. Обработка и анализ результатов.

Анализ письменного опроса «теоретические знания рационального питания» среди студентов позволил выявить высокий уровень осведомленности в этих вопросах.

Теоретические аспекты рационального питания знают 95 % респондентов.

Как мы видим, практически все опрошенные студенты знают теоретические основы рационального питания.

Анализ анкеты «особенности питания студентов».

Анализ показал, что большинство студентов питаются всего 3 раза в день 77%, и только 7% студентов питаются 4-5 раз в день.

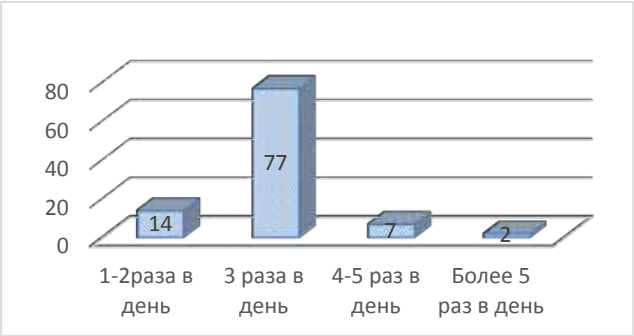


Рисунок 2. Кратность приема пищи

23,3 % опрошенных не завтракают, и столько же процентов студентов на завтрак предпочитают чай с бутербродом. И только 10 % студентов на завтрак выбирают кашу или мюсли.

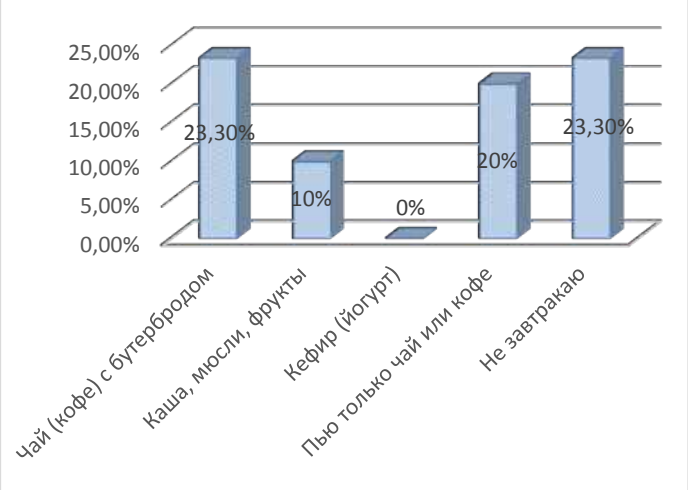


Рисунок 3. Завтрак студентов

На вопрос выпиваете ли Вы положенные 2 литра воды в день только 37% студентов ответили положительно, а 63% выпивают меньше, чем рекомендовано.

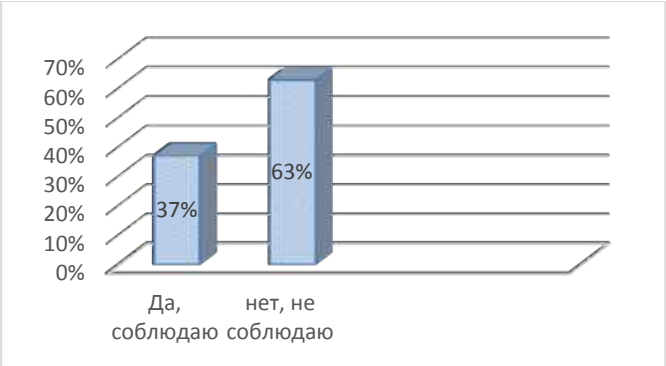


Рисунок 4. Соблюдение питьевого режима

На вопрос как часто Вы употребляете мучное из белой муки - 24% студентов признались, что едят мучное каждый день, а 60% опрошенных едят хлебобулочные изделия 2-3 раза в неделю.

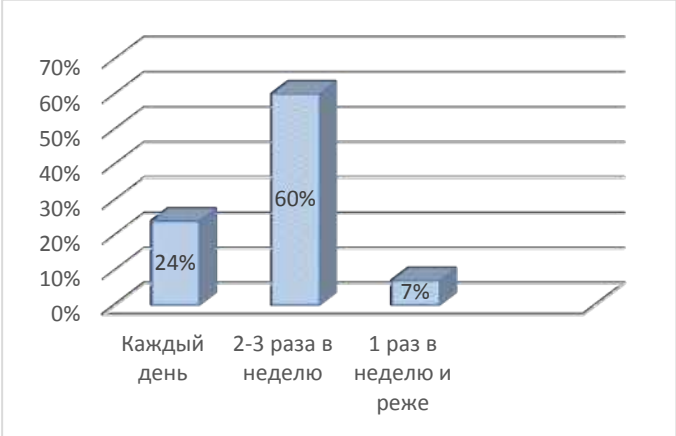


Рисунок 5.Употребление мучных продуктов

На вопрос как часто Вы употребляете белковые продукты - 51% студентов признались, что едят белок каждый день, а 30% опрошенных едят белок 2-3 раза в неделю.

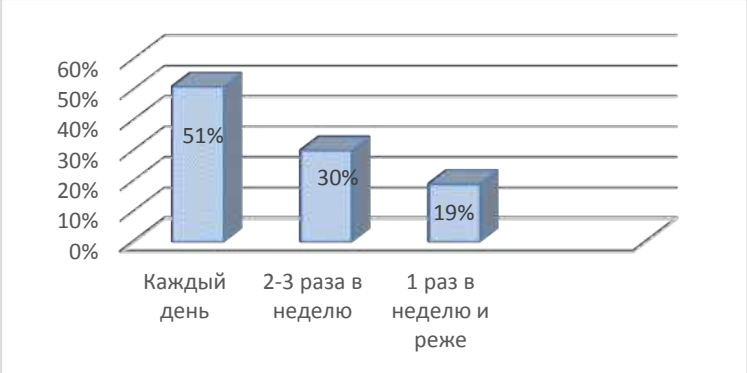


Рисунок 6. Употребление белковых продуктов

При ответе на вопрос как часто вы употребляете свежие фрукты и овощи 59 % респондентов ответили, что едят каждый день, а 37 % едят свежие фрукты и овощи 2-3 раза в неделю, 4 % - один раз в неделю и реже.

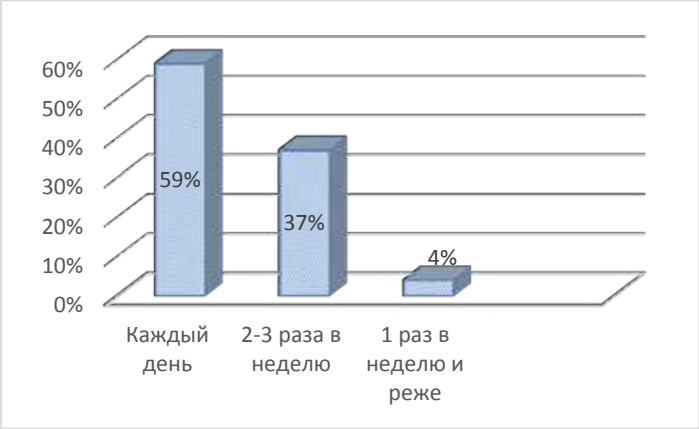


Рисунок 7. Употребление свежих овощей и фруктов

На вопрос как часто Вы употребляете сладкие блюда на основе сахара (шоколад, конфеты, пирожные), выяснилось, что 45% студентов употребляют сладкое каждый день, а 35% 2-3 раза в неделю, 20% менее 1 раза в неделю.

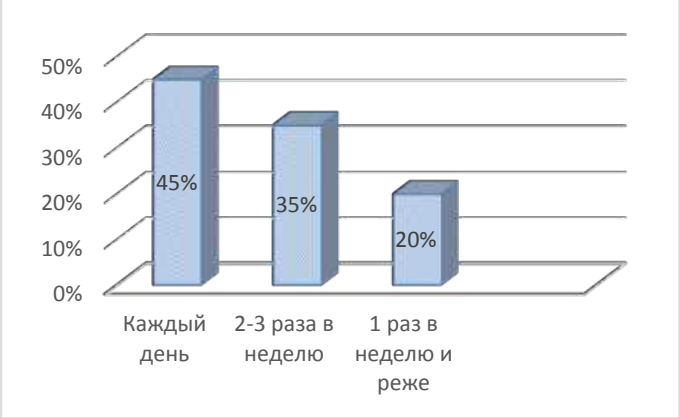


Рисунок 8. Употребление сахара

На вопрос как часто Вы употребляете жирную, жаренную пищу 50 % студентов ответили, что не часто, 2-3 раза в неделю, а 44% опрошенных стараются есть жареное как можно реже.

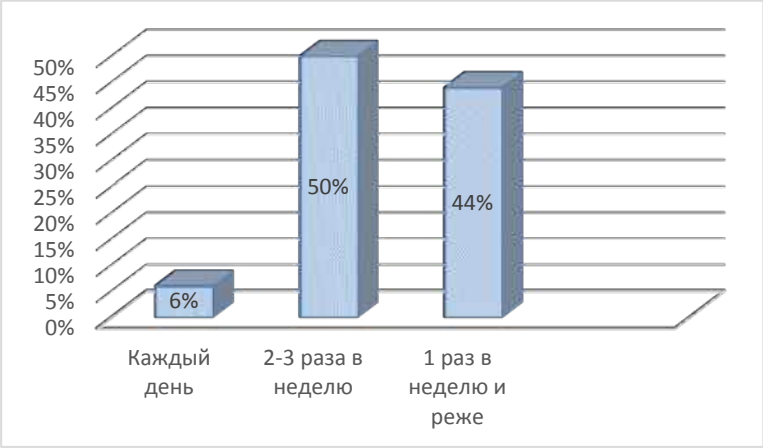


Рисунок 9. Употребление жирной, жаренной пищи

По данным проведенного анкетирования нездоровую пищу (газированные напитки, фаст-фуд, снэки, кириешки и т.д.) 70 % всех опрошенных студентов едят крайне редко, менее 1 раза в неделю, но 5 % все же едят фастфуд каждый день.

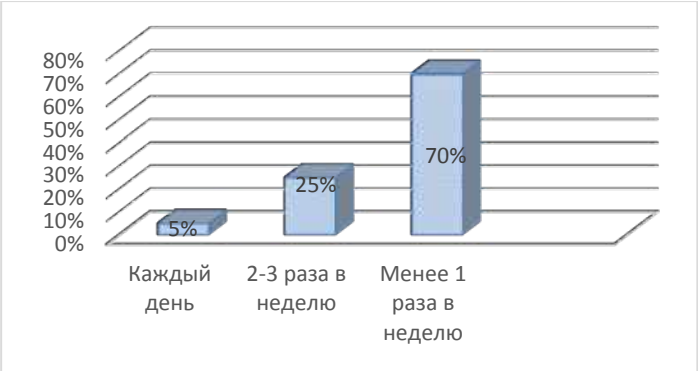


Рисунок 10. Употребление нездоровой пищи

На вопрос где Вы обычно питаетесь во время учебы - 63% студентов ответили, что в столовой, 28% в общежитии и 7 % вообще не едят в учебное время.

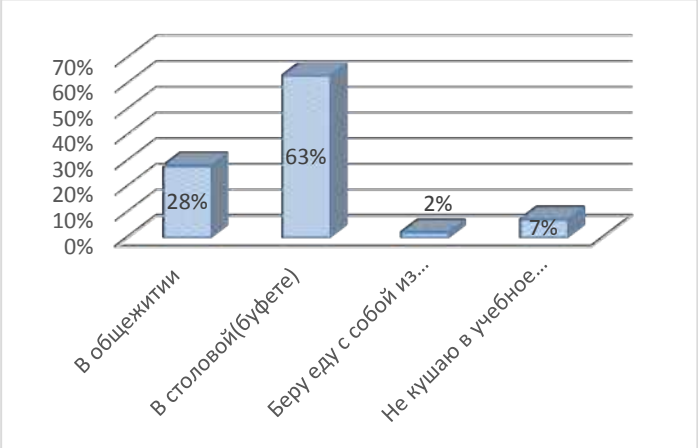


Рисунок 11. Питание в учебное время

Мы задали вопрос студентам, что мешает Вам придерживаться правильного питания, и большинство респондентов - 69 % ответили - недостаток времени, 23 % - нехватка

денежных средств, 7 % признались, что просто лень готовить, и 1 % студентов ответили, что ничего не мешает, и они правильно питаются.

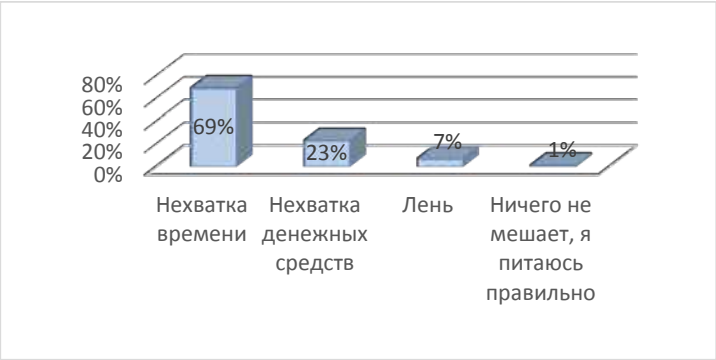


Рисунок 12. Факторы, мешающие правильному питанию

Как Вы считаете, сказывается ли то, как Вы питаетесь, на Вашем самочувствии и внешнем виде? 73 % опрошенных студентов считают, что питание сказывается на их самочувствии, и лишь 1 % полагают, что питание никак не отражается на их самочувствии.

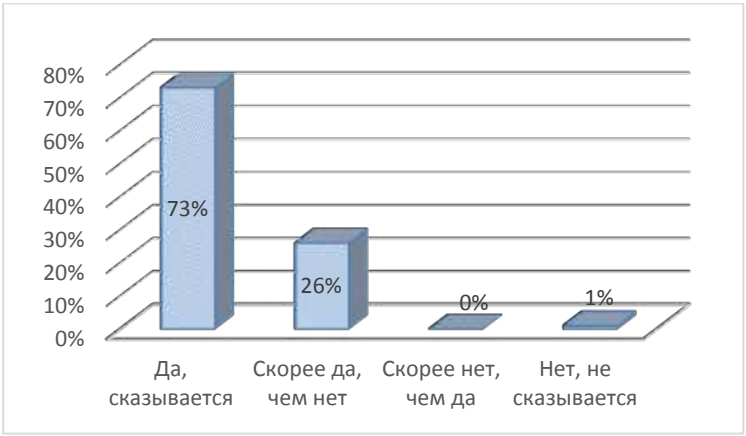


Рисунок 13. Влияние питания на здоровье

Проанализировав данные опроса и анкетирования можно сделать следующий вывод: выявлен высокий уровень осведомленности в вопросах рационального питания среди студентов колледжа.

Большинство студентов стараются придерживаться рационального питания, и считают, что оно прямым образом влияет на здоровье и его следует соблюдать. Большинство студентов стараются употреблять ежедневно фрукты и овощи, продукты богатые белком. Более 50% студентов стараются как можно реже употреблять вредную для здоровья пищу (жаренные, жирные блюда, сладости и мучные продукты). Это означает, что у студентов достаточно знаний о рациональном питании.

Наряду с этим, большинство опрошенных студентов не регулярно соблюдают режим питания: нарушают кратность приема пищи, питьевой режим, сбалансированность питания, не завтракают по утрам. Студенты объясняют данный факт тем, что у них нет времени на приготовление домашней полезной пищи.

Каждый студент должен знать важнейшие принципы рационального питания, регулировать нормальную массу своего тела. Изучила какие особенности свойственны организму студентов, обусловленные возрастом, влиянием условий учебы и быта:

- изменения привычного образа жизни
- перенапряжение нервной системы
- ограниченность денежного бюджет.

Цель курсовой работы достигнута. Проставленные задачи решены, выдвинутая нами гипотеза о том, что учащиеся Биробиджанского медицинского колледжа знают о разумном питания и придерживаются его в повседневной жизни доказана.

Библиографический список

1. ЗОЖ с Еленой Жмуриной / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://m.facebook.com/zozhselenoyzhmurinoy/photos/a.2444706095801
2. Коротко о принципах рационального питания / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://articular.ru/zdorovoe-racionalnoe-pitanie-racionalnoe-pitanie/
3. Особенности питания студентов / [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://studbooks.net/1987978/meditsina/osobennosti_pitaniya_studentov
4. Пирамида здорового питания – 5 золотых правил / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://infopedia.su/17x88e8.html
5. Пирамида здорового питания – 5 золотых правил / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://infopedia.su/17x88e8.html
6. Пирамида питания / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/
7. Рациональное питание - как основной фактор здоровья / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.informio.ru/publications/id6134/Racionalnoe-pitanie-kak-osnovnoi-faktor-zdorovja
8. Рациональное питание / [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://kcvmir.ru/publications/2016/racionalnoe-pitanie

Гречкин Сергей Константинович
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель анатомии Тюлькаев Н.Ю.

ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИКОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Мы представляем вашему вниманию результаты учебно-исследовательской деятельности по теме «Влияние Энергетиков на здоровье человека»

Цель: изучение влияния энергетиков на организм человека и степень осведомлённости студентов Биробиджанского медицинского колледжа о вреде энергетических напитков.

Перед творческой группой были поставлены **задачи:**

1. Изучить различные источники научно-публицистической литературы на теме «Влияние Энергетиков на организм человека».
2. Изучить компоненты содержащиеся в энергетических напитках.
3. Изучить основные риски употребления энергетических напитков.
4. Проанализировать анкеты, составленные по вопросам данной темы.
5. Сделать выводы по изученному материалу.

Объект исследования: энергетические напитки.

Предмет исследования: Влияние энергетиков на организм человека.

Актуальность темы. В том, что с 90 – х годов прошлого века, с момента внедрения энергетических напитков в Россию их популярность постоянно растает. Кроме возрастающего спроса на напитки сегодня отмечается еще один факт – омоложение категории людей, употребляющих энергетики: если с момента знакомства с напитками их употребляли молодые люди в возрасте от 20 до 30 лет, то сегодня их употребляют подростки до 18 лет. Известно, что в настоящее время около 68% опрошенных подростков регулярно употребляют энергетические напитки. Также в медицине ежегодно фиксируется большое количество отравлений энергетиками и случаи наступления смерти, причинами которых являются передозировки энергетическими напитками. И так же не ясно полезны ли они или всётаки вредят организму человека.

1.Теоретические аспекты проблемы энергетиков

Прежде, чем перейти к рассмотрению данной темы, необходимо знать: что такое энергетический напиток, их классификацию, компоненты энергетических напитков, их влияние на организм и последствия после употребления.

Что такое энергетические напитки

Энергетические напитки (энергетики, энерготоники) – безалкогольные или слабоалкогольные напитки, в рекламной компании которых делается акцент на их способность стимулировать центральную нервную систему человека и повышать работоспособность. Наиболее охотно эти средства повышения активного бодрствования использует молодёжь, танцуя на дискотеках и вечеринках, потому что энерготоники способны избавить от сонливости, придать энергичности и сил на длительное время.

Энергетический напиток - продукт, стимулирующий центральную нерв-ную систему человека, вызывая «искусственную бодрость». Был создан человечеством относительно недавно, хотя те ингредиенты, что входят в его состав, давно используются для стимуляции нервной системы. По мнению медиков энергетические напитки - не более чем витаминные заменители кофе, но только более опасные для здоровья

Но так ли полезны эти напитки? Отрицательное влияние энергетиков на организм человека доказано медициной, и люди, употребляющие энергетики, должны знать о последствиях чрезмерного увлечения ими.

Сегодня энергетические напитки продаются в любом киоске, в барах, клубах, их нередко можно увидеть в тренажерных залах и на спортплощадках. Реклама позиционирует их как средства борьбы с усталостью, помогающие активному образу жизни, умственной деятельности, клубным танцам и занятиям спортом. В то же время в ученом мире и СМИ идет горячая полемика о реальном действии и побочных эффектах этих напитков. Причем, точки зрения зачастую диаметрально противоположны: в то время как одни утверждают, что

по своим эффектам "энергетики" не слишком отличаются от любой другой "газировки", другие сопоставляют их по силе действия и потенциалу привыкания с наркотиками.

В последнее время шум вокруг "энергетиков" усилился в связи с судебными разбирательствами по поводу нескольких смертей, предположительно связанных с их употреблением.

Классификация энергетических напитков

В соответствии с их предназначением, энергетические напитки условно разделяют на группы: одни содержат больше кофеина, другие витаминов и углеводов.

В зарубежной практике в категории функциональных напитков выделяют четыре основные группы: спортивные, энергетические, здоровые и нутрицевтики.

В группе спортивных выделяют три направления напитков: изотонические, гипертонические, гипотонические.

- Изотонические напитки поставляют углеводы и жидкость в необходимых количествах для восполнения их потерь при физических нагрузках.

- Гипертонические напитки используют как компоненты подготовительной диеты, позволяя спортсмену быстро восстановить израсходованные энергетические резервы без потребления больших количеств богатой углеводами пищи.

- Гипотонические напитки способствуют нормализации и постановлению водного баланса организма без потребления калорий («Лайт» напитки).

Энергетические напитки ориентированы преимущественно на молодежь. Для них характерно содержание сахара - источника энергии, витаминов, кофеина, таурина и других ингредиентов. Примером таких напитков являются «Красный бык» (Австрия), «Красная карта» (Великобритания), «Энергетический напиток Икс» (Франция).

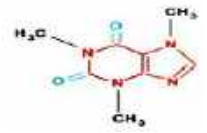
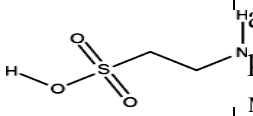
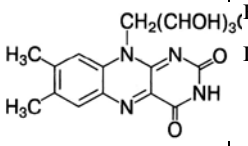
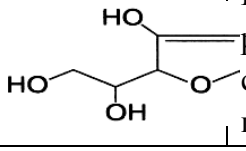
Типичные компоненты энергетических напитков и их влияние на организм человека

В состав большинства энергетических напитков входят: углеводы, аминокислоты, витамины и минералы, продукты растительного происхождения и кофеин. Энергетическими составляющими таких напитков, следовательно, являются углеводы и продукты растительного происхождения: гуарана, маточное молочко, пчелиная пыльца, гинкго-билоба, женьшень, кофеин – возбуждает нервную систему. Однако в ряде европейских стран (Дании, Норвегии, Франции) данные продукты официально запрещены к свободной продаже и реализуются через аптечную сеть. [3].

Напитки целого ряда брендов отличаются друг от друга по вкусу и цвету, но содержат сходный набор компонентов. Что же делают компоненты, входящие в состав энергетических напитков? Влияние компонентов энергетических напитков на организм человека представлено в табл. 1.

Компоненты энергетических напитков и их влияние на организм человека

Таблица 1

Кофеин 	Действует как стимулятор: 100 мг кофеина стимулируют умственную деятельность, 238 мг повышают сердечно - сосудистую выносливость. Кофеин выводится из крови через 3 - 5 часов, да и то лишь половину
Таурин 	Одна банка в среднем содержит от 400 до 1000 мг таурина. Это аминокислота, накапливаемая в мышечных тканях. Она улучшает работу сердечной мышцы. Однако, в последнее время появились мнения, что таурин вообще не оказывает никакого влияния на человеческий организм.
Карнитин	Это компонент клеток человека, способствующий быстрому окислению жирных кислот. Карнитин усиливает обмен веществ и снижает утомляемость мышц.
Гуарана и женьшень	Листья гуараны применяются в медицине: они выводят из мышечных тканей молочную кислоту, препятствуют возникновению атеросклероза и очищают печень.
Витамины группы В	Необходимы для нормальной работы нервной системы и головного мозга. Их недостаток организм может почувствовать, но повышение дозы не улучшит производительность, умственные способности.
Рибофлавин 	При недостатке наблюдается задержка роста, кожные поражения, у взрослых — воспаление и помутнение хрусталика, ведущее к катаракте, поражение слизистой оболочки полости рта.
Аскорбиновая кислота 	Биологическая роль аскорбиновой кислоты связана с участием в окислительно-восстановительных процессах клеточного дыхания. Влияет на различные функции организма: проницаемость капилляров, рост и развитие костной ткани, повышает иммунобиологическую сопротивляемость к неблагоприятным воздействиям, стимулирует продукцию гормонов надпочечников, способствует регенерации.

.

Сочетание энергетических напитков с другими веществами и факторами

Энергетические напитки и алкоголь.

В 2001 году в Швеции разразился скандал после того, как 30-летняя Тереза, танцуя на дискотеке, выпила две банки Red Bull с водкой и внезапно упала: ее сердце остановилось.

По этой же причине умер еще один человек, третья жертва выпила не-сколько банок после интенсивной тренировки. Во Франции был запрещён даже популярный напиток Red Bull после того, как во время игры умер 17-летний баскетболист. Как показало расследование, перед игрой юноша выпил четыре банки напитка.

Алкоголь и энергетические напитки приводят к усилению эффектов обоих компонентов, однако выдержать такой коктейль без потерь может не каждый организм. Дело

в том, что кофеин по своей природе – стимулятор, а алкоголь – депрессант. Расплачиваться приходится разбалансированностью нейромедиаторных систем, а попросту – «расшатанными» нервами. При слабом сердце или психике (сюда же входит депрессивное настроение) мешать алкоголь с энерготониками категорически противопоказано!

Крайне нежелательно смешивать энергетические коктейли со спиртом или напитками на основе кофеина. Такое сочетание может стать причиной самых неприятных последствий. При комбинации энергетиков с водкой и другим алкоголем возможны такие негативные последствия:

- сильный скачок давления;
- аритмия (нарушение ритма сердца);
- тахикардия;
- приступ эпилепсии;
- ухудшение работы печени, почек, поджелудочной железы;
- удушье;
- сильное головокружение.

Влияние на организм

Принято считать, что при употреблении стимулирующего коктейля пополняются энергетические ресурсы организма, но это неправда. Энергетические напитки лишь стимулируют сердце, сосуды, нервную, эндокринную системы. Вследствие этого организм испытывает серьезный стресс и начинает работать с повышенной нагрузкой, выпуская в кровь большие дозы адреналина. Последний вызывает эффект эйфории, гиперактивности. В этом состоянии значительно ухудшается износоустойчивость организма, снижается ресурс внутренних органов.

Стимулирующее действие

Производители энергетиков утверждают, что их продукция повышает работоспособность, высвобождая энергию внутренних резервов организма. К примеру, глюкоза, как и другие углеводы, быстро всасывается в кровь, принимает участие в окислительных процессах и транспортирует энергию к мозгу, мышцам и другим важным органам. Иногда в рекламе говорят, что кофеин присутствует в напитке в чистом виде, а не связан с другими веществами, как в чае и кофе, поэтому эффект компонента сильнее.

Стимуляторы действуют по единой схеме – берут из организма сразу большое количество энергии, что влечет истощение нервной системы и нарушение обменных процессов. В этом заключается главный вред энергетических напитков. Производители коктейлей заявляют, что стимулирующий эффект их продукта длится 3-4 часа (по сравнению с кофе, который обеспечивает бодрость лишь на 1-2 часа), но не предоставляют ссылок на результаты проведенных клинических испытаний, поэтому эти данные необоснованы и сомнительны.

Вред энергетиков

По сути, энергетический напиток представляет собой небольшую бомбу, при взрыве которой урон несут все системы организма. Газировка содержит массу бесполезных и вредных веществ. Одна порция напитка включает большую дозу кофеина (сравнимую с 3 чашками кофе), а также 14 чайных ложек сахара. Врачи убеждены, что частое потребление энергетических коктейлей вызывает бессонницу, утомление, проблемы с сердечно-сосудистой, нервной системами, быстрое истощение ресурсов организма.

Вред от энергетиков превышает пользу. Американская академия педиатрии предупреждает, что компоненты таких напитков не тестировались на детях и нет оснований считать их безопасными. В 2010-2011 годах в США зафиксировано почти 5 тысяч случаев алкогольного отравления, обусловленного употреблением энергетических напитков вместе со спиртным. В 2017 году из-за неосторожного употребления стимулятора скончался американский подросток (Дэвис Крип), у которого началась сильная сердечная аритмия.

Последствия энергетических напитков

Стимуляторы на основе кофеина и аминокислот вредят здоровью, преждевременно изнашивая организм и угнетая работу всех систем. Меньшее зло, которое они причиняют – это нарушение кислотности во рту и разрушение зубной эмали. В ряде случаев после употребления энергетических коктейлей наблюдаются аллергические реакции разной интенсивности. При частом приеме и передозировке напитков у человека истощаются внутренние резервы организма, угнетается нервная система, что приводит к:

- упадку сил;
- раздражительности;
- депрессии;
- летальному исходу;
- бессоннице;
- инфаркту;
- повышению давления;
- гипергликемии;
- диабету;
- конвульсиям;
- отравлению химикатами, входящими в состав продукта;
- коме, летальному исходу.

Противопоказания

Как минимум, энергетики приводят к появлению кариеса, снижению иммунитета и росту количества сахара в крови. Такие напитки истощают нервную систему, вследствие чего человек плохо себя чувствует, у него снижается работоспособность, возникает депрессия, необоснованная раздражительность. Энергетические напитки противопоказаны маленькому ребенку и подростку до 16 лет, женщине при беременности и для:

людей с гастритом, панкреатитом, другими болезнями поджелудочной железы и желудка;

- язвенников;
- пожилых людей;
- эпилептиков;
- людей с тромбофлебитом, диабетом;
- больных патологиями сердечно-сосудистой системы, глаукомой;
- гипертоников;
- людей с нарушениями сна, повышенной возбудимостью.

2.Исследование проблемы энергетических напитков среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский мдицинский колледж»

Творческой группой была поставлена цель: рассмотреть степень осведомлённости студентов Биробиджанского медицинского колледжа о вреде употребления энергетических напитков.

Нами было проведено анкетирование 40 респондентов БМК 3,4 курсов сестринского и фельдшерского отделений по вопросам:

Анкета

1.	На каком вы курсе обучения?	А) 3 Б) 4
2.	Пробовали ли вы энергетические напитки?	А) да Б) нет
3.	Как часто вы употребляете энергетические напитки?	А) Практически ежедневно Б) 1-2 раза в неделю В) 1-2 раза в месяц Г) не употребляю
4.	Ощущения после употребления напитка	А) Понравилось Б) Не понравилось В) Прилив сил и энергии Г) Никаких
5.	Отношение ваших друзей к напиткам?	А) Положительное Б) Отрицательное
6.	Употребляют ли ваши родители энергетические напитки?	А) да Б) нет
7.	Постоянное употребление энергетических напитков вредно для здорового сердца?	А) да Б) нет
8.	Энергетические напитки можно пить после спортивной тренировки?	А) Да Б) Нет
9.	Употребление энергетических напитков вызывает зависимость?	А) Да Б) Нет

10.	Вы считаете что данную продукцию можно продавать лицам не достигших 18-летнего возраста?	А) Да Б) Нет
11.	Нужно ли осведомлять покупателей о том, какой состав имеет энергетик?	А) Да Б) Нет

Выводы:

По данным анкетирования можно сделать вывод о том, что:

1.Большинство студентов биробиджанского медицинского колледжа пробовали энергетические напитки.

2.Большая часть студентов утверждают о том, что не стоит употреблять энергетические напитки.

3.Статистика показывает, что 50% респондентов не обращают на состав продукции напитка.

4.На вопрос «влияет ли на организм употреблении энергетических напитков » ответили 88% да!

5.Также мы выяснили что большинство друзей и даже часть родителей респондентов употребляет энергетические напитки.

6. Большинство студентов так же ответило, что продажа данных напитков должна осуществляться лицам не достигших 18 лет.

Таким образом, можно сделать вывод, что употребление энергетических напитков не раскрыто полностью, так как некоторые из респондентов считают, что энергетические напитки полезны и дают некий заряд сил.

Заключение

В начале исследовательской работы нами была поставлена цель: изучить влияние Энергетических напитков на организм человека и степень осведомлённости студентов Биробиджанского медицинского колледжа о вреде употребления энергетических напитков.

Были определены:

Объект исследования: Энергетические напитки

Предмет исследования: Влияние энергетиков на организм человека.

В ходе исследования, изучив различные источники научно – публицистической литературы по теме « Влияние Энергетиков на организм человека», мы пришли к выводу, что каждый вправе выбрать для себя, будет он употреблять энергетические напитки или нет. Каждый потребитель должен быть информирован о наличии в продаже энергетических напитков и самостоятельно принимать решение об их покупке. Известно, что в настоящее время около 68% опрошенных подростков регулярно употребляют энергетические напитки. Также в медицине ежегодно фиксируется большое количество отравлений энергетиками и случаи наступления смерти, причинами которых являются передозировки энергетическими напитками. И так же не ясно полезны ли они или всё таки вредят организму человека.

Проведя исследование, мы видим, что студенты Биробиджанского медицинского колледжа чаще всего не обращают внимание на маркировки продуктов. Они достаточно

информированы о энергетических напитках, о плюсах и минусах потребления таких продуктов.

Библиографический список

1. Рынок энергетических напитков в России – Электронный ресурс: http://www.foodsmarket.info/news/content.php?id_news=384&id_groups=3

2. Энерготоник – Электронный ресурс: http://ru.wikipedia.org/wiki

3. Здоровье! Энергетические напитки – Электронный ресурс: http://www.sunhome.ru/journal/17433

4. Воронов А., Мустафина Н. Рынок энергетических напитков в России – Электронный ресурс: http://www.foodsmarket.info

5. В России могут запретить энергетические напитки– Электронный ресурс: http://medkarta.com/?cat=new&id=296&s=120

6. Ижогина Е.Ю. Энергетики: все «за» и «против»/ Е.Ю. Ижогина// Спутник классного руководителя.-2009.-№5.-С.64-67

7. Колесецкая Г.И. Экология нашего дома: Учебно-методическое пособие по курсу прикладной химии / Г.И.Колесецкая, М.И.Лесовская - Красноярск: ИО КГПУ, 2003.-84 с.

8. Морозова Л. Заводной джин из бутылки/ Л.Морозова// Российская Бизнес – газета.-2004.-16 марта.-№451

9. Нечаев А.П. «Пищевая химия», лабораторный практикум. Санкт-Петербург «Гиорд» 2006.

10. Попова М. Энергетические напитки: энергия выходит боком/ М.Попова // ИА Интерфакс – Запад.-2008.-18 сентября

11. Электронный ресурс http://www.womenhealthnet.ru/nutrition/172.html

Красовская Елизавета Вячеславовна
г.Уссурийск, КГБ ПОУ «Уссурийский медицинский колледж»
3.34.02.01 Сестринское дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель хирургии Ведерникова О.К.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В СТРУКТУРЕ ОНКОЛОГИИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Рак шейки матки (РШМ) во всем мире остается значимой медикосоциальной проблемой и одной из ведущих причин смертности женщин с онкологическими заболеваниями, в том числе и в экономически развитых странах, являясь в значительной мере предотвратимым заболеванием. Согласно статистике HPV Information Centre (2019), РШМ в структуре онкологических заболеваний занимает второе место у женщин в возрасте от 15 до 44 лет (после рака молочных желѐз) и 3-е место в общей структуре заболеваемости женщин раком в мире [19].

В Российской Федерации РШМ занимает пятое место в структуре всех онкологических заболеваний и второе место в структуре смертности женщин от рака,

уступая место раку эндометрия. Ежегодная смертность от РШМ составляет 9,6 на 100 000 женского населения, в перерасчете на абсолютные числа это около 7 тыс. российских пациенток. За последние десятилетия показатель заболеваемости РШМ приобрел тенденцию к «омоложению» и возрос в 2 раза у женщин в возрастной группе до 30 лет. У женщин от 25 до 40 лет инвазивные формы РШМ составляют практически 30%.

Актуальной остается проблема отсутствия единой государственной программы цервикального скрининга на территории Российской Федерации. Благодаря планомерной работе скрининговых программ в последние годы отмечается значительное снижение показателей заболеваемости РШМ во многих развитых странах мира. По данным экспертов ВОЗ, организованное (а не оппортунистическое) проведение цитологического скрининга и вовлечение в него не менее 80% женщин достоверно повышает эффективность профилактических мер по борьбе с раком шейки матки [10]. Перспективным и современным направлением совершенствования скрининговых программ является внедрение новых технологий и методов исследований. В последнее десятилетие многие страны стали активно включать ВПЧ-тестирование в программы скрининга РШМ, что связано с доказанной этиологической ролью папилломавируса в цервикальном канцерогенезе.

Как правило, женщины не обращаются своевременно к врачу, до последнего оттягивая посещение, не всегда проходят периодические медицинские осмотры, если это не контролирует работодатель. Также женщины мало информированы о факторах риска, которые способствуют развитию рака. В результате совокупности этих обстоятельств заболевание затягивается, и женщина обращается в лечебное учреждение уже с клиническими проявлениями прогрессирующего заболевания. В большинстве случаев развития рака, успешное его лечение зависит от ранней диагностики.

Объект исследования: заболеваемость раком шейки матки.

Предмет исследования: оценка заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки.

Цель исследования: проанализировать заболеваемость злокачественными новообразованиями шейки матки в структуре онкологии женских половых органов.

Задачи исследования:

- изучить теоретические аспекты рака шейки матки в структуре злокачественных новообразований женских половых органов;
- рассмотреть классификацию по TNM злокачественных новообразований шейки матки;
- изучить клинические проявления и диагностику рака шейки матки;
- рассмотреть роль медицинской сестры при уходе за пациентками при РШМ;
- ознакомиться со статистическими данными по заболеваемости рака шейки матки;
- рассмотреть роль медицинской сестры в профилактике ЗНО шейки матки;
- выявить систему мероприятий, направленных на раннее выявление злокачественных новообразований шейки матки.

Теоретическая значимость работы: углубление теоретических знаний в области заболеваемости рака шейки матки в структуре онкологии женских половых органов.

Практическая значимость работы: высокая частота встречаемости злокачественных новообразований РШМ у пациенток с широким спектром коморбидной патологии требует более тщательного информирования как самих женщин о необходимости регулярных осмотров гинекологом, периодическом проведении кольпоскопии, цитологического исследования мазков, а также других специальных методов исследования.

Методы исследования:

- общетеоретический анализ литературных источников;
- аналитический;
- статистический;
-биологический (сбор и анализ анамнестических данных, изучение медицинской

документации);

- логические обобщения;

- технологическая методика и техника сбора научных данных и их обработка.

Рак шейки матки (РШМ) – злокачественная опухоль, исходящая из слизистой оболочки шейки матки (эктоцервикса или эндоцервикса). Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки встречается в 10–15 % случаев. Он составляет около 12 % от числа всех злокачественных опухолей, выявляемых у женщин.

Отмечается определенная этапность и стадийность патологических процессов шейки матки в развитии канцерогенеза. Выделяют фоновые и предраковые заболевания, распространенный рак шейки матки.

Фоновыми называются изменения влагалищной части шейки матки, при которых сохраняется нормоплазия эпителия, т. е. происходит правильное митотическое деление эпителиальных клеток, их дифференцировка, созревание, эксфолиация. К этим заболеваниям относятся: псевдоэрозия, эктропион, полип, эндометриоз, лейкоплакия, эритроплакия, папиллома, цервициты, истинная эрозия.

К предраковым состояниям шейки матки относят дисплазию эпителия — очаговые одиночные или множественные патологические процессы, при которых отмечается гиперплазия, пролиферация, нарушение дифференцировки, созревания и отторжения эпителиальных клеток, не выходящие за пределы базальной мембраны.

К факторам риска развития заболеваний шейки матки относятся следующие:

1) воспалительные заболевания гениталий, вызывающие некробиоз и десквамацию многослойного плоского эпителия шейки матки с образованием на ней дефектов, заживление которых происходит за счет разрастания цилиндрического эпителия цервикального канала.

Важное значение в развитии патологии шейки матки имеет вирус папилломы человека (ВПЧ). Он проникает в базальные клетки эпителия через микротравмы, образующиеся при половых контактах.

При небольшом количестве копий в базальном слое ДНК вируса не обнаруживается (латентный период). При дальнейшей экспрессии вируса развивается субклиническая, а затем клиническая стадии заболевания.

В зараженных клетках вирусный геном существует в двух формах: эписомальной (вне хромосом) и интегрированной в клеточный геном. Для доброкачественных поражений характерна эписомальная форма (репликации вируса), для карцином — интеграция в геном раковой клетки.

Кроме того, возникновению дисплазии шейки матки могут способствовать синергизм вируса простого герпеса, хламидий и цитомегаловируса;

2) травматические повреждения шейки матки, возникшие после родов или абортов, при которых нарушается трофика и иннервация тканей;

3) гормональные нарушения (повышение гонадотропной функции, увеличение уровней эстрадиола и 17-кетостероидов);

4) иммунные нарушения (увеличение уровня цитотоксических т-лимфоцитов, уменьшение количества клеток Лангерганса в шейке матки);

5) сексуальная активность (раннее начало половой жизни и большое число половых партнеров);

6) возрастные изменения половых органов, снижение резистентности организма, метаболические и гормональные нарушения;

7) использование комбинированных оральных контрацептивов с повышенным содержанием гестагенов;

8) курение;

9) наследственный фактор.

Стадирование РШМ необходимо для определения лечебной тактики. Стадии устанавливают по клиническим признакам распространенности онкологического процесса (таблица 1).

Таблица 1 - Рак шейки матки – стадирование

тадия FIGO		Категория по TNM
	Первичная опухоль не может быть определена	Tx
	Нет проявлений первичной опухоли	T0
	Преинвазивный рак (карцинома in situ)	Tis
I	Опухоль ограничена маткой (распространение на тело матки не принимается во внимание)	T1
IA	Инвазивный рак диагностируется только микроскопически (все макроскопически видимые поражения даже с поверхностной инвазией относятся к стадии 1B)	T1a
I A1	Стромальная инвазия не более 3 мм в глубину и горизонтальное распространение не более 7 мм*	T1a1
I A2	Стромальная инвазия не более 5 мм в глубину и горизонтальное распространение не более 7 мм	T1a2
IB	Клинически видимые поражения шейки матки или микроскопическое поражение большее, чем 1A2/T1A2	T1b
I B1	Клинически видимые поражения в наибольшем измерении не превышающие 4 см	T1b1
I B2	Клинически видимые поражения в наибольшем измерении превышающие 4 см	T1b2
II	Опухоль ограничена телом матки без вовлечения стенок таза и нижней трети влагалища	T2
II A	Без вовлечения параметриев	T2a
II A1	Опухоль менее 4 см в наибольшем измерении	T2a1
II A2	Опухоль более 4 см в наибольшем измерении	T2a2
II B	С вовлечением параметриев	T2b
III	Опухоль, достигающая костей таза и/или нижней трети влагалища и/или наличием гидронефроза или нефункционирующей почки	T3
III A	Вовлечение нижней трети влагалища без вовлечения стенок таза	T3a

Окончание таблицы 1

Стадия FIGO	Стадия FIGO	Стадия FIGO
III B	Распространение до костей таза и/или наличием гидронефроза и/или немой почки	T3b
IV A	Прорастание слизистой оболочки мочевого пузыря и/или прямой кишки без выхода за пределы малого таза*	T4a
IV B	Отдаленные метастазы	T4b

Для этого используют классификации рака шейки матки FIGO и TNM 2009 года:

- 0 стадия - на поверхности шейки матки обнаруживают единичные предраковые клетки;

- I стадия - опухоль локализована в шейке, может прорастать в матку и близлежащие лимфоузлы. РШМ на 1-й стадии выявляют в 47% случаев;

- II стадия - РШМ распространяется за пределы матки и на верхнюю часть влагалища. В опухолевый процесс не вовлечены стенка таза и нижняя треть влагалища. На этой стадии выявляют 28% РШМ;

- III стадия - опухоль поражает нижнюю треть влагалища и стенки таза, может блокировать мочеточники. На этой стадии выявляют 21% всех случаев РШМ;

- IV стадия - рак поражает мочевой пузырь или прямую кишку, другие отдаленные органы. На этой стадии выявляют 4% всех случаев заболевания.

Для определения стадии РШМ во всем мире используется клиническая классификация МФГА, случаи, подвергнутые хирургическому стадированию также классифицируются по TNM. Несмотря на кажущееся многообразие систем стадирования, все они идентичны и изменения в одной из них, непременно приводят к соответствующим изменениям в другой.

Патоморфологическое (хирургическое) стадирование TNM. Данные, полученные при тщательном морфологическом исследовании тканей, удаленных во время операции должны быть использованы для наиболее точной оценки распространенности процесса.

Определение степени дифференцировки инвазивного плоскоклеточного РШМ напрямую зависит от типа клеток и их морфологии, дифференцировки и строения опухоли. Определение степени дифференцировки аденокарцином основано на степени архитектоники опухоли, которая характеризуется количеством железистых структур (таблица 2).

Таблица 2-Градация плоскоклеточного рака и аденокарцином шейки матки

Градация	Плоскоклеточный рак	Аденокарцинома
Высокая степень дифференцировки G1	Основной клеточный состав – типичные ороговевающие крупные клетки. Большинство клеток (>75%) хорошо дифференцированы. Митотическая активность низкая. Опухоль состоит из папиллярных и солидных экзофитных структур; Границы выполнены соединительными клетками.	Опухоль содержит хорошо сформированные железы с сосочками. Клетки вытянутые с одинаковыми овальными ядрами; минимальная стратификация (менее трех ядов клеток в толщину). Митозы не частые.
Умеренная дифференцировка G2	Тип клеток обычно – неороговевающие крупные. Около 50% клеток хорошо дифференцированы; отдельные клетки имеют ороговение. Митотическая активность возрастает. Опухоли имеют инфильтрирующие	Опухоли содержат сложные железы с частыми формированиями мостиков и крибр. Солидные участки встречаются часто, но все еще занимают менее половины опухоли. Ядра более

Окончание таблицы 2

Градация	Плоскоклеточный рак	Аденокарцинома
	границы; часто встречается нетипичное воспаление.	округленные и не равномерные; имеются

		микронуклеолы. Более частые митозы.
Низкая дифференцировка G3	Основной клеточный состав – мелкие клетки. Клетки имеют базофильную цитоплазму с большим ядерно-цитоплазматическим соотношением. Размеры клеток и ядер одинаковые. Менее 25% клеток дифференцированы. Большое количество митозов, имеются патологические митозы. Опухоли обычно инфильтративные, со злокачественными клетками на границе.	Опухоль содержит поля злокачественных клеток; видны редкие железы (<50%). Клетки крупные и неравномерные с плеоморфными ядрами. Встречаются случайные перстневидные клетки. Много митозов, в том числе аномальных. Выраженная десмоплазия и часты некрозы.

Следовательно, стадирование рака шейки матки основано исключительно на клинической оценке, поэтому необходимо тщательное клиническое обследование абсолютно во всех случаях, в некоторых случаях в условиях анестезии. Следует помнить, что клиническая стадия не меняется в зависимости от последующих диагностических находок.

На начальных стадиях онкопроцесс протекает бессимптомно и может быть обнаружен только при расширенном гинекологическом осмотре. Признаки того, что опухоль проросла через верхний слой слизистой в подлежащие ткани:

- кровянистые выделения или влагалищные кровотечения – контактные (после полового акта) и спонтанные;
- выделения из влагалища прозрачные или желтоватые (лейкорея);
- продолжительные, обильные и болезненные менструации;
- вагинальные кровотечения в менопаузе;
- боль при половом акте;
- болезненные мочеиспускания;
- боль в области влагалища и в малом тазу.

Из общих симптомов возможны резкая потеря веса, утомляемость, частые мочеиспускания, температура 37-37,5С, отек одной или обеих ног.

Кольпоскопическими признаками являются атипическая зона трансформации, папиллярная и глыбчатая лейкоплакия, поля мозаики, немые йоднегативные участки. Простая и расширенная кольпоскопия позволяет выявить патологические участки для прицельной биопсии с последующим гистологическим исследованием биоптата. Основным методом диагностики патологического процесса является морфологическое исследование биоптата шейки матки после прицельной биопсии.

Биопсия должна проводиться скальпелем, так как электропетля повреждает ткани, а конхотом не позволяет получить в биоптате подлежащую ткань, необходимую для оценки глубины инвазии. После биопсии шейки матки следует выполнить выскабливание цервикального канала, так как переходная зона может располагаться в нижней трети цервикального канала.

Чтобы выявить рак шейки матки на бессимптомных стадиях необходимо проходить регулярные осмотры у гинеколога дважды в год. Если женщина обращается с типичными для патологии жалобами, ей назначают внеплановый гинекологический осмотр.

В ходе него выполняют:

- кольпоскопию – аппаратный осмотр слизистой шейки матки под увеличением;
- биопсию с последующим цитологическим анализом образца слизистой (это основной метод диагностики рака шейки матки);
- ПЦР-анализ на наличие в организме ВПЧ;
- анализ крови на ИППП.

Для подтверждения рака шейки матки, определения размера опухоли, выявления метастазов, исследования шеечного эпителия проводят:

- УЗИ-цервикометрию;
- оптическую когерентную томографию;
- флуоресцентную спектроскопию;
- МРТ слизистой шейки матки;
- КТ, позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с КТ;
- анализ на опухолевый маркер SCC.

Таким образом, рак шейки матки (РШМ) – это наиболее распространенная злокачественная патология гинекологической сферы, что обуславливает исключительную важность превентивных мероприятий среди женщин репродуктивного возраста. Болезни шейки матки обладают высокой социальной и медицинской актуальностью, поэтому их раннее выявление – важная задача для медицинских работников.

Согласно статистическим данным РФ заболеваемость злокачественными новообразованиями у женщин за 2018 год рак шейки матки (5,4 %), первое место занимает онкология молочной железы (20 %), новообразования тела матки (6,6 %), желудка (4,3%), лимфатической и кроветворной ткани (5,3%), злокачественные новообразования яичника (4,2%), поджелудочной железы (3,4%), прочие ЗНО (24,3%) (рисунок 1).

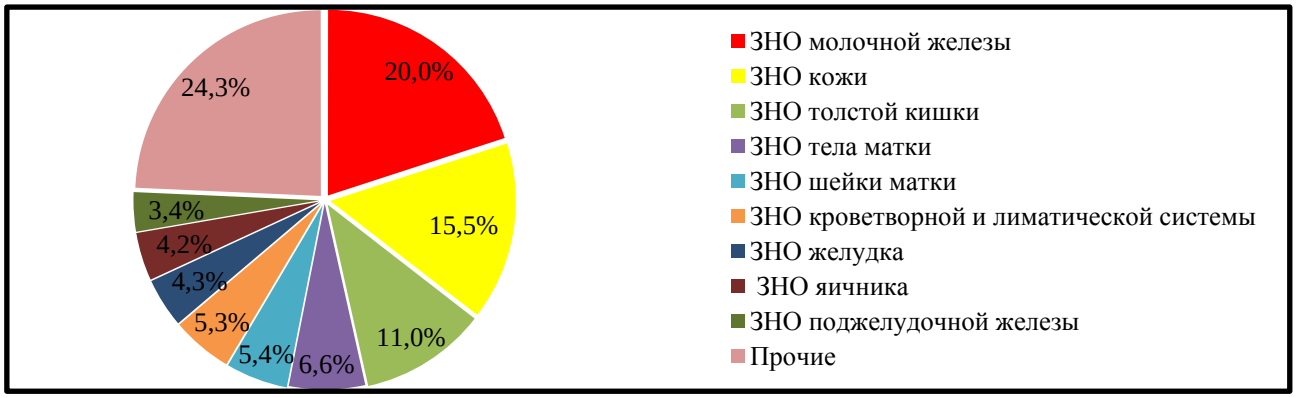


Рисунок 1 – Заболеваемость ЗНО у женщин за 2018г.

Следовательно, в структуре онкологической заболеваемости у женщин РШМ занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости ЗНО у женщин, причём заболеваемость постоянно растёт.

Согласно данным Канцер-регистра (программа для ведения учета онкобольных в больницах РФ), показатель заболеваемости раком шейки матки в России за последние 10 лет значительно увеличился (рисунок 2).

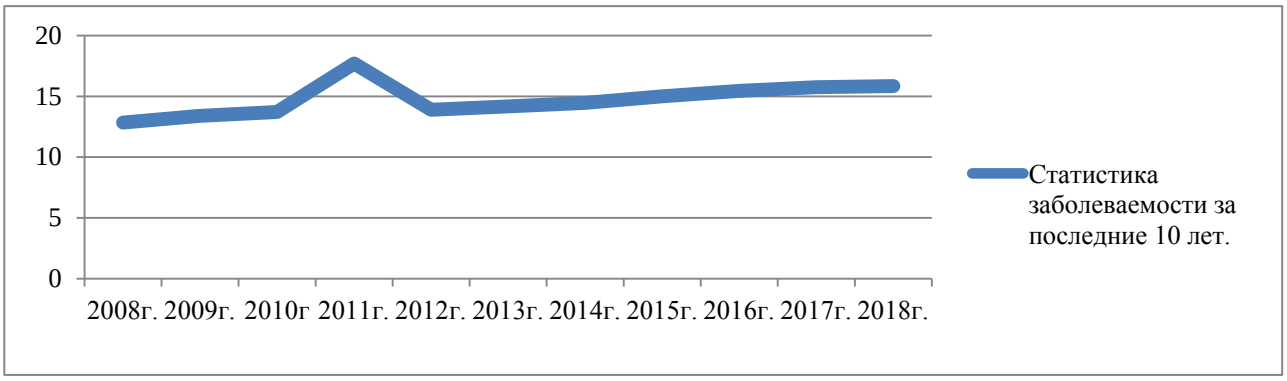


Рисунок 2- Статистика заболеваемости ЗНО за последние 10 лет

Следовательно, средний показатель заболеваемости в 2008 году составлял 12,84 (из расчета на 100000 населения), а в 2018 году показатели увеличились до 15,85. Прирост за 10 лет составил 23,28%.

Статистические данные заболеваемости РШМ по Дальневосточному федеральному округу за 2018 год представлены на рисунке 3.

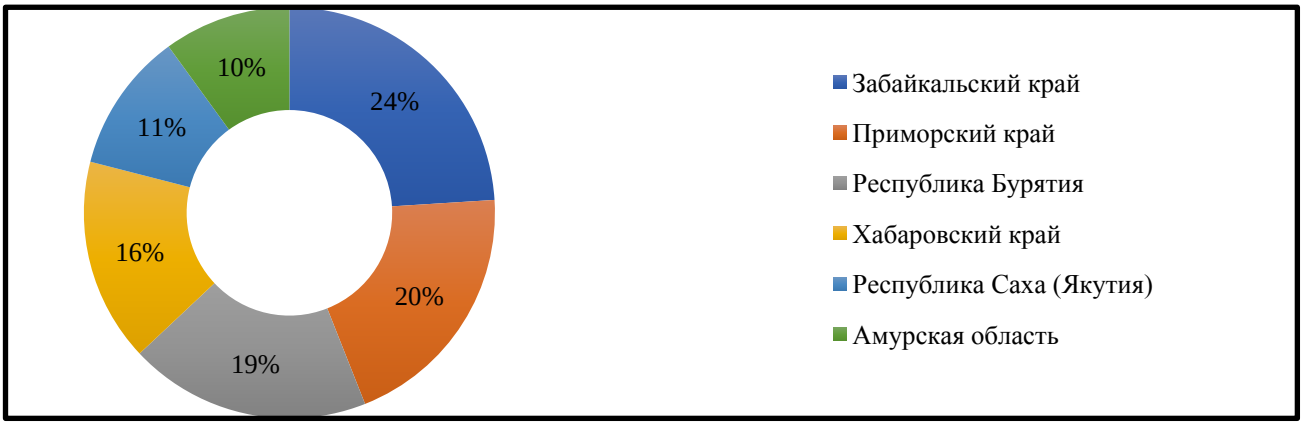


Рисунок 3 – Статистика заболеваемости по ДФО за 2018 год

Приморский край занимает 2 место по заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки 245 чел. (20%), 1 место занимает Забайкальский край 272 чел. (24%), 3 место занимает Республика Бурятия 231 чел. (19%), далее Хабаровский край 194 чел. (16%), Республика Саха (Якутия) 135 человек (11%), и Амурская область 123 чел. (10%).

Статистические данные смертности от злокачественных новообразований женского населения за 2018 год по Российской Федерации представлены на рисунке 4.

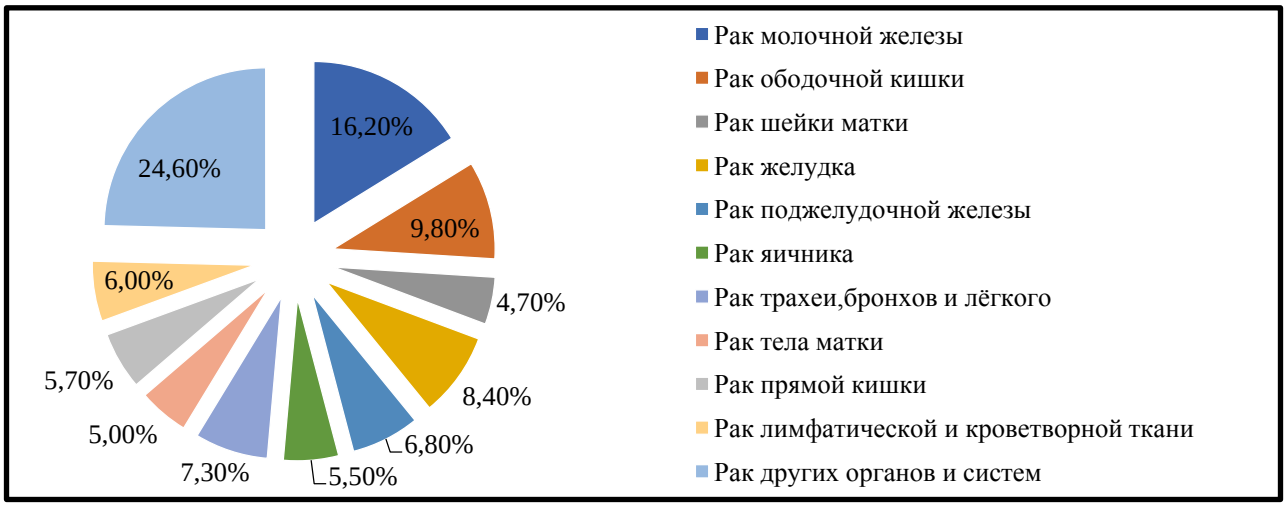


Рисунок 4 – Смертность от злокачественных новообразований женского населения за 2018 год

По статистике смертности от злокачественных новообразований среди женского населения за 2018г. на первом месте идет онкология молочной железы (16,2%), далее следуют новообразования ободочной кишки (9,8%), рак шейки матки (4,7%), желудка (8,4%), поджелудочной железы (6,8%), рак яичника (5,5%), рак трахеи, бронхов и легкого (7,3%), рак тела матки (5,0%), рак прямой кишки (5,7%), рак лимфотической и кроветворной ткани (6,0%), и рак других органов и систем (24,6%).

Следовательно, смертность от рака шейки матки в общей структуре смертности занимает третье место.

Согласно статистическим данным, в период с 2008 по 2018 год, увеличилась смертность от рака шейки матки (рисунок 5).

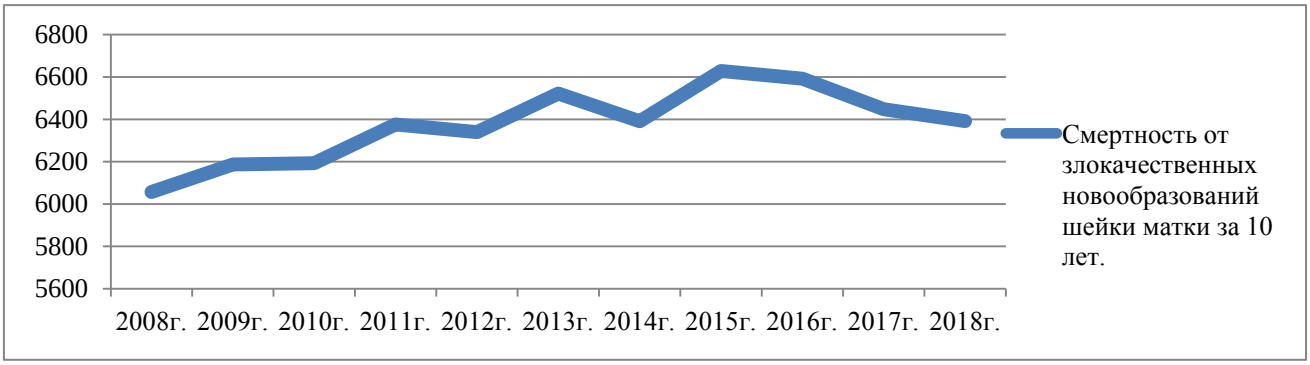


Рисунок 5 – Смертность от ЗНО шейки матки за последние 10 лет

Согласно данным диаграммы в 2008 году число умерших составило 6057 человек, а в 2018 году число умерших составило 6392человек, следовательно, с 2008 – 2018 год смертность возросла на 335 человек.

Данные статистики смертности от злокачественных новообразоаний шейки матки по Дальневосточному федеральному округу за 2018 году представлена на рисунке 6.

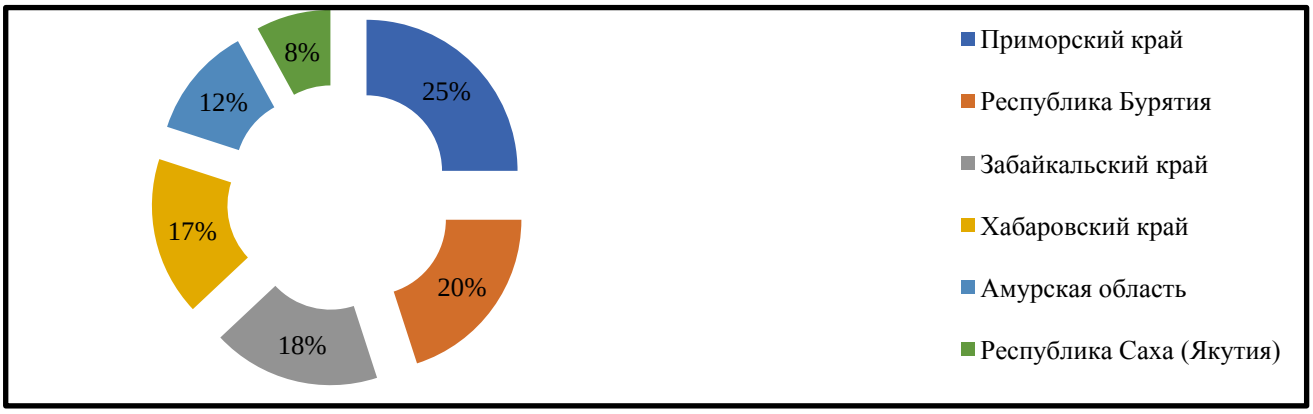


Рисунок 6– Смертность по ДФО от новообразований шейки матки

Приморский край занимает I место 102 чел. (25%), далее Республика Бурятия (84 чел-20%), далее Забайкальский край 74 чел. (18%), Хабаровский край 70 чел. (17%), Амурская область 51 чел. (12%), и Республика Саха (Якутия) – 31 человек (8%).

На данной диаграмме изображена статистика факторов риска, способствующих возникновению злокачественных новообразований шейки матки (рисунок 7).

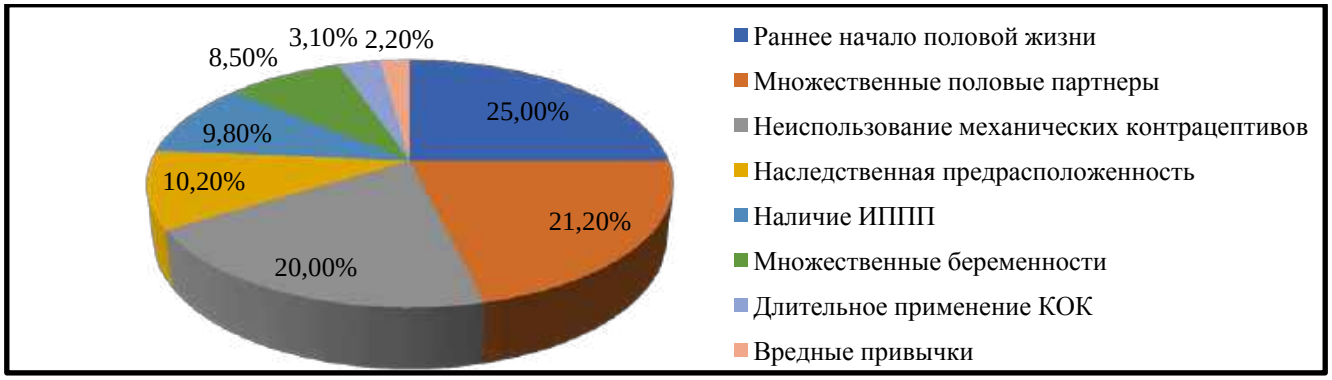


Рисунок 7 – Факторы риска возникновения ЗНО РШМ

Согласно данным диаграммы на первом место выступает раннее начало половой жизни (25%), далее множественные половые партнеры (21,2%), затем неиспользование механических методов контрацепции (20%), наследственная предрасположенность (10,2%), наличие инфекций, передаваемых половым путем (9,8%), множественные беременности (8,5%), длительное применение комбинированных оральных контрацептивов (3,1%), и вредные привычки (2,2%).Далее рассмотрим причины, способствующие возникновению злокачественных новообразований шейки матки (рисунок 8).

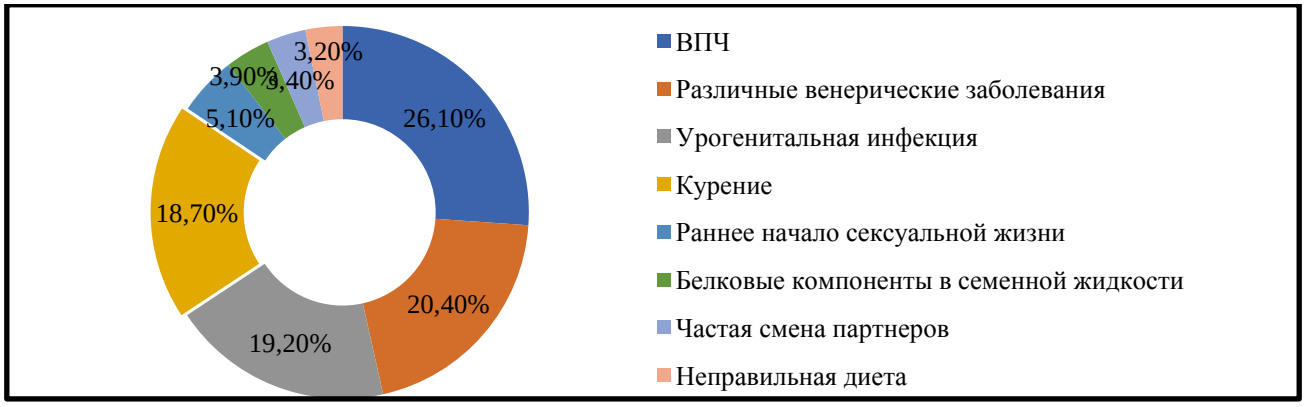


Рисунок 8 – Причины возникновения злокачественных новообразований

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что главной причиной возникновения ЗНО шейки матки является вирус папилломы человека (26,1%), далее различные венерические заболевания (20,4%), урогенитальная инфекция (19,2%), курение (18,7%), раннее начало сексуальной жизни (5,1%), специфические белковые компоненты в семенной жидкости партнера (3,9%), частая смена половых партнеров (3,4%), и неправильное и несбалансированное питание (3,2%)

Из данного анализа можно сделать выводы, что с каждым годом заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований шейки матки значительно растет. Для того, чтобы снизить данные показатели женщинам следует исключить факторы риска, соблюдать профилактические меры, а медицинским работникам следует лучше осуществлять санитарно-просветительскую работу с женским населением.

В ходе исследовательской работы было проведено исследование на базе Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Уссурийская центральна городская больница», были собраны статистические данные из центра оказания помощи онкологических больным.

На данной диаграмме представлены статистические данные заболеваемости злокачественными новообразованиями шейки матки по Уссурийскому городскому округу (УГО) (рисунок 9).

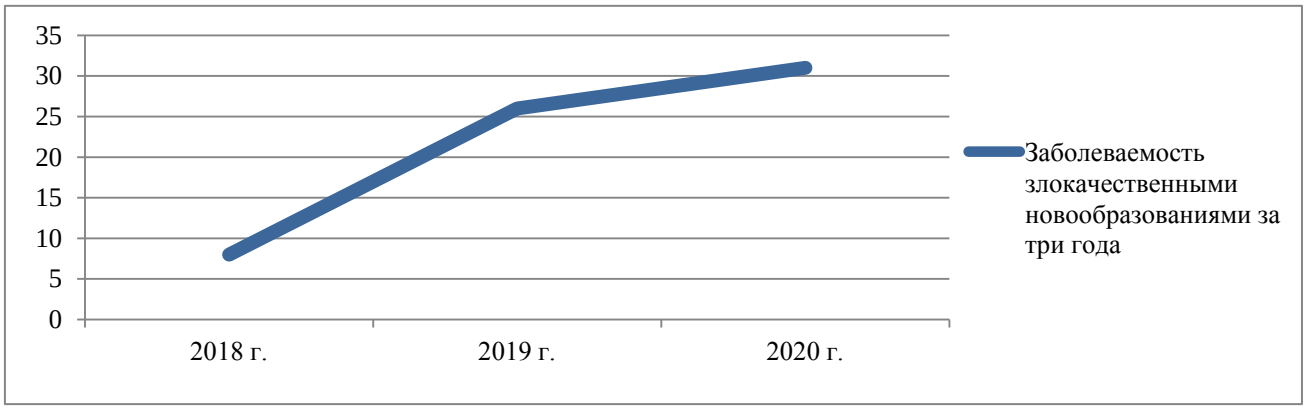


Рисунок 9 – Заболеваемость злокачественными новообразованиями шейки матки по УГО

По данным диаграммы видно, что в 2018 году заболеваемость злокачественными новообразованиями равна 8 человек. В 2019 году заболеваемость равна 26 человек, а в 2020 году – 31 человек.

Можно сделать вывод, что с каждыми годом заболеваемость злокачественными новообразованиями значительно растет. Именно поэтому очень важно знать о профилактике злокачественных новообразований шейки матки.

Данные статистики смертности от злокачественных новообразований шейки матки по Уссурийскому городскому округу в период с 2018 по 2020 года.

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что по сравнению с 2018 и 2020 годами, в 2019 году заболеваемость достигла больших размеров (рисунок 10)

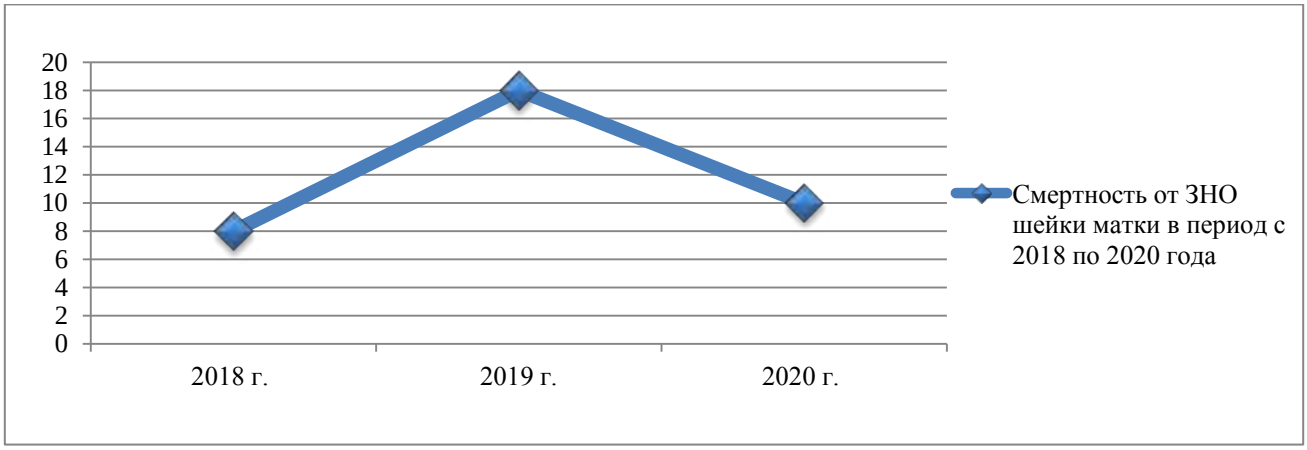


Рисунок 10 – Смертность от ЗНО шейки матки в период с 2018 по 2020 года

Проанализировав статистические данные по Уссурийскому городскому округу, мы выявили частые причины возникновения рака шейки матки (рисунок 11).

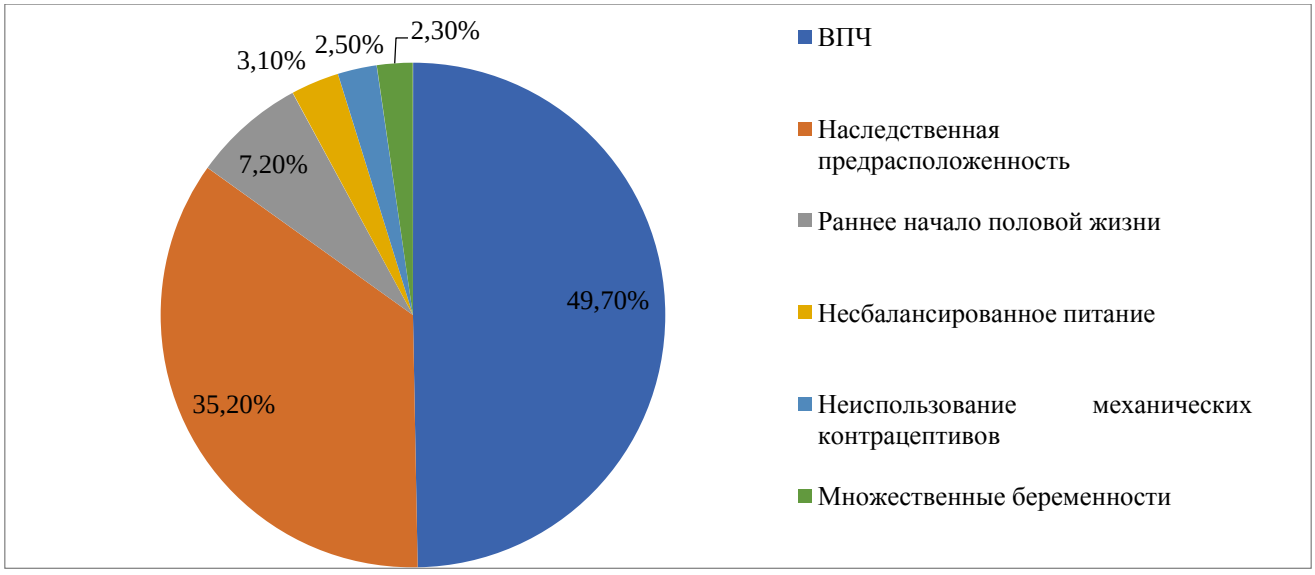


Рисунок 11 – Причины возникновения ЗНО шейки матки в УГО

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что самой частой причиной возникновения рака шейки матки является вирус папилломы человека (49,7%), далее идет наследственная предрасположенность (35,2%), раннее начало половой жизни (7,2%), затем

несбалансированное питание (3,1%), неиспользование механических контрацептивов (2,5%), и множественные беременности (2,3%).

Рассмотрим статистические данные выявляемости злокачественных новообразований шейки матки (рисунок 12).

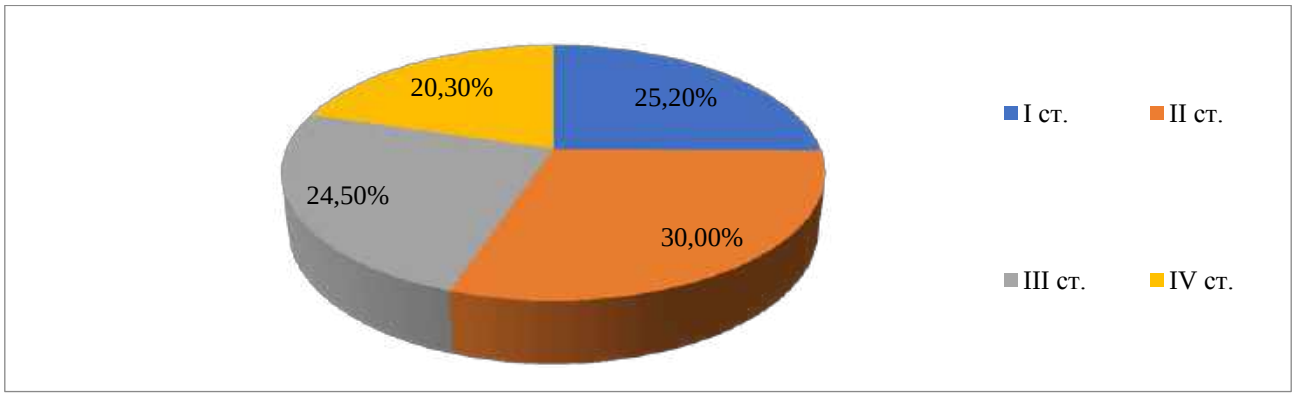


Рисунок 12 – Выявляемость ЗНО шейки матки по УГО

Исходя из данной диаграммы видно, что рак шейки матки чаще всего выявляют на II стадии (30%), далее на I стадии (25,2%), затем на III стадии (20,3%), и затем на IV стадии (20,3%).

Медицинская помощь онкологическим пациентам включает: профилактику, диагностику онкологических заболеваний, лечение и реабилитацию пациентов данного профиля с использованием современных специальных методов и сложных, в том числе уникальных, медицинских технологий. Медицинская помощь осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях.

Для более эффективного лечения данного заболевания очень важна постановка диагноза на ранних стадиях. Следует помнить, что злокачественные новообразования очень сложно выявить. Поэтому, стоит соблюдать мероприятия, направленные на раннее выявление РШМ.

Скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки:

1) в возрасте 18 лет и старше - осмотр врачом акушером-гинекологом 1 раз в год;

2) в возрасте от 18 до 64 лет включительно — взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года.

Не стоит забывать о санитарном просвещении женской половины населения о возникновении злокачественных новообразований шейки матки, о профилактике данной патологии, о мерах раннего выявления ЗНО. Так же к профилактике возникновения данного заболевания можно отнести просвещение в сфере репродуктивного здоровья женщины, а именно: предупреждение нежелательных беременностей, вред абортов и многочисленных половых связей, а также использование механических контрацептивов.

В заключении можно сказать, что огромную роль в раннем выявлении злокачественных новообразований, а так же уменьшении заболеваемости и смертности играет профилактика злокачественных новообразований, и мероприятия, направленные на

раннее выявление ЗНО, которые включают в себя ежегодные профилактические осмотры у врача гинеколога, использование барьерных методов контрацепции; профилактика и выявление факторов риска распространения папилломавирусной инфекции (ПВИ) и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), так же разработка и внедрение профилактических вакцин.

Онкологическая патология в комплексе социальных и психологических проблем сегодня вышла уже за рамки только медицинской. В Приморском крае состоит на учете около 25000 больных со злокачественными новообразованиями, что составляет более 1,2% населения, из них с раком шейки матки около 5000 человек. В течение каждого года выявляют около 7000 новых случаев онкологических заболеваний(из них с раком шейки матки 1500 человек), при этом диагноз подтвержден морфологически в 72,8% случаев. Кумулятивный показатель распространенности онкопатологии (болезненность) составил в крае 1203,3 на 100 тыс. населения.

Злокачественные новообразования шейки матки занимают ведущую роль в структуре онкологических заболеваний не только в Приморском крае, но и в Уссурийском городском округе.

С каждым годом, число заболевших растет. Именно поэтому, важную роль играет профилактика данного заболевания, скрининги, методы лечения для избегания рецидивов, и санитарно-просветительская работа с женским населением.

Важно понимать, что в основном, данным заболеванием страдают женщины более старшего возраста, но о профилактике нужно задумываться с ранних лет. Основной причиной возникновения злокачественных новообразований шейки матки является вирус папилломы человека. В первую очередь нужно исключить факторы риска возникновения ВПЧ:

- раннее начало половой жизни;
- частая смена половых партнеров;
-наличие ИППП.

Так же, не стоит забывать о профилактике вируса папилломы человека:

- вакцинация от ВПЧ;
- ежегодное обследование у врача гинеколога;
- использование механических методов контрацепции (презервативы).

В ходе данного анализа были выполнены следующие задачи:

- изучены теоретические аспекты РШМ в структуре злокачественных новообразований женских половых органов;
- рассмотрела классификация по TNM злокачественных новообразований шейки матки;
- изучены клинические проявления и диагностика рака шейки матки;
- проанализированы статистические данные по заболеваемости рака шейки матки;
- рассмотрена роль медицинской сестры в профилактике ЗНО шейки матки;
- вывалена система мероприятий, направленных на раннюю диагностику злокачественных новообразований шейки матки.

Исходя из проделанной исследовательской работы, можно сделать вывод, что очень важно женщинам не забывать о ежегодных скринингах, о санпросвет работе с пациентками, и обращаться к специалистам, как только появляются первые симптомы злокачественных

новообразований. Ведь чаще всего злокачественные новообразования выявляют на поздних стадиях (II – III стадиях).

Именно для этого, была разработана памятка для медицинских учреждений с целью просвещения женского населения о профилактике, симптомах, и факторах риска возникновения злокачественных новообразований шейки матки.

Библиографический список

1. Айламазян Э.К. Инфекционно-воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии. – М.: 2016 – С. 120.

2. Баранов И.И. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. – М.: 2017 – С. 127.

3. Баринова И.В. Патология матки. – М.: 2019 – С .125.

4. Березин И.И. Медицинские осмотры. – М.: 2016 – С.56.

5. Берестень Н.Ф. Функциональная диагностика. – М.: 2019. – С.84.

6. Берлев И.В. Рак шейки матки. – М.: 2018 – С.437.

7. Буланов Н.М. Ультразвуковая диагностика заболеваний шейки матки / Н.М.Буланов. – М: 2017. – С.304.

8. Венедиктова М.Г. Опухоли шейки матки. – М.: 2019 – С. 112.

9. Ганцев Ш.Х. Заболевания шейки матки. – М.: 2015 – С. 160.

10. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни. – М.: 2015 – С.118.

11. Ищенко А.И. Акушерство и гинекология / Учебник для студентов средних профессиональных учебных заведений / под ред. А.И.Ищенко. Сер. Среднее профессиональное образование. - М.: 2019 – С. 75.

12. Кондриков Н.И. Патология матки. – М.: 2019 – С. 52.

13. Краснопольский В.И. Облигатные формы предрака и инвазивный рак шейки матки. – М.: 2017 – С.60.

14. Кузнецов И.А. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки / Учебник для студентов средних профессиональных учебных заведений // под ред. И.А.Кузнецов. Сер. Среднее профессиональное образование. – М.: 2017 – С.34.

15. Куликов И.А. Заболевания шейки матки. – М.: 2018 – С.102.

16. Морозова К.В.Опухоли шейки матки. – М.: 2019 – С.72.

17. Овсянникова Т.В. Заболевания шейки матки. – М.: 2018 – С. 76.

18. Павлович С.В. Заболевания шейки матки. – М.: 2018 – С.112.

19. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки и генитальные инфекции. – М.: 2016 – С. 11.

20. Радзинский В.Е. Акушерство и гинекология / Учебник для студентов средних профессиональных учебных заведений // под ред. В.Е. Радзинский. Сер. Среднее профессиональное образование. – М.: 2018 – С.12.

21. Признаки и симптомы рака шейки матки [Электронный ресурс]. 2017. - Режим доступа: https://matkamed.ru/rak/kartsinoma-shejki-matki

Милинчук Карина Андреевна
г.Уссурийск, КГБ ПОУ «Уссурийский медицинский колледж»
3.34.02.01 Сестринское дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель СУ в хирургии
Ведерникова О.К

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Рак молочной железы (РМЖ) – одна из актуальных медико-социальных проблем современности. По данным Канцер-регистра (программа для ведения учета онкобольных в больницах РФ), показатель заболеваемости раком молочной железы в России в 2019 году составил 89,7 на 100 тысяч женщин. В Приморском крае, за последние 5 лет именно рак молочной железы (РМЖ) показал наибольший рост - на 16,7% [14].

В настоящее время меняется социальный подход к лечению онкологических пациентов. Во главу угла ставиться не только излечение болезни, но и профессиональный уход, создание комфортной психологической обстановки, ежедневная кропотливая работа с пациентом.

Учитывая специфику пациентов с РМЖ в работе медицинской сестры очень важны специальные профессиональные знания и навыки, например, при проведении химио- и лучевой терапии, при паллиативном лечении, в вопросах реабилитации, оказания психотерапевтической поддержки пациентам и членам их семей, и, в соответствии с этим, обеспечение квалифицированного ухода с соблюдением технологии проведения манипуляций, согласно требованиям санитарно-эпидемиологического режима.

Учитывая, что мастэктомия достаточно травматичная операция, в работе медицинской сестры очень важны специальные профессиональные знания и навыки, например, при ведении послеоперационного периода, в вопросах реабилитации, оказания психотерапевтической поддержки пациентам и членам их семей, и, в соответствии с этим, обеспечение квалифицированного ухода с соблюдением технологии проведения манипуляций, согласно требованиям санитарно-эпидемиологического режима.

Объект исследования: деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: особенности деятельности медицинской сестры при оказании помощи пациентам после мастэктомии.

Цель исследования – определить роль медицинской сестры при оказании помощи пациентам после мастэктомии.

В работе поставлены следующие задачи:

- проанализировать учебно-методическую литературу по теме: «Роль медицинской сестры при оказании помощи пациентам после мастэктомии»;
- рассмотреть причины заболевания, клинические признаки, исследовать диагностику, принципы лечения РМЖ;
- исследовать особенности ухода за пациентами с раком молочной железа в предоперационном и послеоперационном периоде;
- проанализировать роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациенток после мастэктомии на базе КГБУЗ «Уссурийская центральна городская больница» центр

оказания помощи онкологическим больным.

Рак молочной железы – злокачественное новообразование, развивающееся из клеток эпителия протоков и/или долек паренхимы железы. Возникновение рака определяет сложное взаимодействие между эндокринной и иммунной системами организма, воздействующих на трансформированные под влиянием различных канцерогенов клетки. Конкретной причины появления РМЖ в настоящее время не установлено.

Скорее генез РМЖ может быть рассмотрен как результат накопления генетических повреждений в нормальных клетках молочной железы (МЖ) на протяжении многих лет. Эти генетические изменения индуцируют как внутренние, так и внешние факторы. За развитие рака ответственны два типа молекулярных повреждений: мутация ДНК и индукция клеточной пролиферации, в первую очередь на фоне гиперэстрогенизации.

Гормональное влияние. Гормоны играют важную роль в развитии и функционировании молочной железы. Развитие ткани МЖ начинается с появлением менструального цикла, а окончательная дифференцировка ткани происходит во время беременности, поэтому считают, что между этими событиями воздействие на ткань железы различных факторов (радиация, эстрогены) может оказывать наиболее повреждающее действие.

Применение заместительной гормонотерапии с целью лечения патологического климакса и остеопороза также приводит к увеличению риска развития РМЖ [6, с.17].

Многие больные связывают появление у них в МЖ злокачественной опухоли с различными психическими травмами, стрессовыми ситуациями. Это связано с тем, что любой стресс сопровождается выбросом в кровь кортикоидов, обладающих иммунодепрессивным действием в связи с угнетением тимико-лимфотической системы организма.

Существуют также теории влияния дефицита мелатонина, тиреоидной недостаточности на онкогенез РМЖ. К настоящему времени ни одна из них не доказана и не отвергнута.

Ионизирующая радиация. Было доказано, что женщины, которым многократно проводили рентгенологическое обследование грудной клетки в связи с туберкулезом или проводили лучевую терапию на средостение, болели РМЖ значительно чаще.

Фактор питания. Многочисленные исследования указывают на связь между употреблением животных жиров и возникновением РМЖ, однако механизм влияния диеты на развитие рака не ясен.

Клинико-морфологическая классификация по стадиям:

- Стадия 0 соответствует раку insitu (карцинома insitu, болезнь Педжета). Формулировка insitu означает нераспространение рака за пределы места своего возникновения. Злокачественная опухоль локализуется в млечном протоке. Окружающие ткани не подвергаются поражению.
- На I стадии размер опухоли составляет менее 2 см, увеличенные лимфоузлы, периферические метастазы не выявляются и поддается терапевтическому воздействию в 96% случаев.
- На стадии II А размер опухоли также меньше 2 см, но имеются признаки ракового поражения подмышечных лимфоузлов, хотя последние и не прикреплены друг к другу или иным структурам. Кроме того, к стадии II А относят опухоли с максимальным размером

более 2 см, но менее 5 см при отсутствующих признаках поражения подмышечных лимфоузлов.

- Стадия II В характеризуется размерами опухоли от 2 до 5 см, но с подозрением на раковое поражение лимфоузлов, которые, однако, не образуют сросшихся сплетений и не прикрепляются к другим структурам (например, к малой грудной мышце). К стадии II В также относят опухоли с максимальным размером более 5 см, но без признаков вовлечения лимфоузлов.
- На стадии III А размер опухоли может быть любым, но обязательно присутствие сплетенных или прикрепленных друг к другу лимфоузлов. Кроме того, к этой стадии относят опухоли размером более 5 см с признаками ракового поражения лимфоузлов, которые, однако, остаются неприкрепленными друг к другу или к иным структурам.
- К III В стадии относят раковые опухоли любого размера при наличии прямого прорастания в грудную стенку или кожу. Кожные прорастания могут принимать вид «кожуры апельсина», изъязвлений, сателлитных узелков и воспалительных поражений. При наличии указанных кожных поражений опухоль, какого бы размера она ни была, относят к стадии III В даже при минимальном или полностью отсутствующем вовлечении лимфоузлов. Кроме того, к этой стадии относят раковые опухоли любого размера, сопровождающиеся метастазированием во внутренние лимфатические узлы самой железы.
- К стадии IV относят только больных с периферическими метастазами. Примером периферического метастазирования может служить поражение надключичного лимфоузла. Излечение возможно только в 10% случаев [4, с. 75].

Дополнительно в клинике используют TNM классификацию, в которой Т – это описание первичной опухоли, N – степень поражения региональных лимфоузлов, а М – наличие метастаз.

Клиника рака молочной железы весьма разнообразна. Выделяют в основном узловые и диффузные его формы, болезнь Педжета и редкие формы.

Для рака характерны отсутствие четких границ, постепенный переход в окружающие ткани, хрящевая плотность, нарастающая от периферии к центру. Иногда (при коллоидном раке, цистокарциноме) консистенция опухоли мягковатая, тугоэластичная.

Наличие патологических выделений из соска выявляют легким массажем ткани молочной железы, стараясь определить локализацию патологического очага. Выделения из соска могут быть серозными, водянистыми или похожими на молоко, прозрачными или с желто-зеленым оттенком, серозно-геморрагическими или только кровянистыми. Кровянистые выделения наиболее характерны для внутрипротоковой папилломы. Редко такие выделения указывают на внутрипротоковую капиллярную карциному. Все случаи кровянистых выделений из соска требуют дальнейшего исследования [4, с.37].

При больших раковых опухолях диагностика облегчается, так как появляется ряд новых признаков: симптом умбиликации; симптом площадки; симптом Прибрама (при потягивании за сосок опухоль смещается за ним); симптом Кенига (при прижатии молочной железы ладонью к грудной клетке опухоль четко прощупывается); иногда обнаруживается симптом Краузе (утолщение кожи ареолы вследствие поражения опухолевыми клетками лимфатического сплетения подареолярной зоны); симптом Пайра (при захватывании железы двумя пальцами справа и слева кожа не собирается в продольные складки, а образуется поперечная складчатость).

Обследование завершают исследованием подмышечных, подключичных и надключичных лимфатических узлов, а также пальпацией печени.

Узловой рак встречается чаше (70-75%), локализуется в верхненаружном квадранте (до 50%) или в центральной зоне железы, реже в остальных ее отделах. Пальпаторно определяется довольно четко очерченное плотное новообразование с бугристой поверхностью, ограниченно подвижное по отношению к ткани железы в связи с инфильтрацией окружающих тканей. Над опухолевым узлом могут выявляться пастозность кожи, симптом лимонной корки, которые возникают вследствие или эмболии опухолевыми клетками глубоких кожных лимфатических сосудов, или вторичного лимфостаза из-за блокады лимфатических путей регионарных зон массивным метастатическим процессом. У некоторых больных кожа над опухолью истончается и образуется язвенный опухолевый инфильтрат, к которому присоединяется вторичная гнойная инфекция [15, с.35].

Микроскопически узловая форма рака молочной железы в большинстве случаев имеет аденогенное, солидное или скиррозное строение.

Диффузный рак молочной железы представлен следующими основными формами: отечно-инфильтративной, панцирной, воспалительной, которая подразделяется на рожеподобную и маститоподобную.

Эти формы характеризуются быстрым развитием процесса, обширным лимфогенным и гематогенным метастазированием.

Отечно-инфильтративная форма встречается чаще всего у молодых женщин, нередко в период беременности и лактации. Молочная железа увеличена, кожа ее пастозна и отечна, выражены гиперемия и симптом лимонной корки. Отек обусловлен блокадой лимфатических путей метастатическими эмболами или сдавлением их опухолевым инфильтратом.

Панцирный рак характеризуется опухолевой инфильтрацией как самой ткани железы, так и покрывающей ее кожи. Иногда процесс выходит за пределы железы и распространяется на грудную стенку, на противоположную молочную железу. Кожа становится плотной, пигментированной, плохо смещается. Появляется множество внутрикожных опухолевых узлов. Молочная железа уменьшается, подтягивается кверху, сморщивается. Опухолевая инфильтрация сдавливает грудную стенку в виде панциря. Из всех диффузных форм рака молочной железы панцирная протекает наиболее торпидно.

Воспалительные формы рака молочной железы имеют острое течение, чрезвычайно злокачественны, быстро рецидивируют и бурно метастазируют.

При эризипелоидной (рожеподобной) форме опухолевый процесс на железе сопровождается выраженной гиперемией кожи с неровными, языкообразными краями, внешне напоминающей рожистое воспаление; она может распространяться на кожу грудной стенки. Чаще всего заболевание протекает остро, с высокой температурой тела (39-40°С).

Еще более бурным течением характеризуется маститоподобный рак, при котором молочная железа значительно увеличена, напряжена, уплотнена, ограниченно подвижна. Процесс распространяется быстро, сопровождаясь лихорадочным подъемом температуры тела.

Карцинома insitu в настоящее время относят к раку. Обычно при этом клинически диагностируют узловую мастопатию, а с помощью микроскопического исследования выявляют истинный характер опухоли.

Непальпируемый вариант рака молочной железы устанавливают с помощью

маммографии. Обычно это опухоль малых размеров, располагающаяся в глубоких отделах железистой ткани.

Скрытый (оккультный) рак молочной железы вначале клинически проявляется метастазами в подмышечных лимфатических узлах. При этом первичная опухоль не определяется.

Болезнь Педжета наблюдается у 1-4% больных раком молочной железы. Клинически пациенты имеют длительную историю заболевания с развитием экземоподобных изменений в соске, с ощущением зуда, жжения и мокнутия. Изменения в соске связаны с подлежащим раком в молочной железе, который пальпируется в 2/3 случаев.

При дифференциальной диагностике РМЖ от других заболеваний определяющее значение играет цитологическое исследование пунктата из уплотнения и выделений из соска. РМЖ необходимо дифференцировать от доброкачественных новообразований МЖ (различных узловых форм мастопатии, фиброаденом, липом, лимфогранулем, галактоцеле, ангиоматозных опухолей, сарком).

Таким образом, рак молочной железы - это злокачественная опухоль, характеризующаяся довольно агрессивным ростом и способностью к активному метастазированию.

В настоящее время предложено более 6000 вариантов лечения больных раком молочной железы. Все лечебные мероприятия при этом разделяются на местно-регионарные (операция, лучевая терапия) и системные воздействия (химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия). Согласно клиническим рекомендациям ВОЗ лечение должно планироваться при участии нескольких специалистов, включая хирурга, медицинского онколога (химиотерапевта) и радиолога, а также по возможности морфолога, что позволит наилучшим образом сочетать локальные и системные методы терапии. Необходимо оценить возможность наследственного рака и дать соответствующие рекомендации родственникам.

В большинстве случаев именно хирургия дает возможность полностью избавиться от злокачественной опухоли и добиться ремиссии. Возможности хирургического лечения зависят от типа рака, но в целом, как правило, злокачественную опухоль можно удалить на I, II и зачастую на III стадии.

Помимо радикальных - направленных на полное удаление злокачественной опухоли - в онкологии существуют следующие разновидности операций:

– циторедуктивные - направлены на удаление максимально возможного количества опухолевой ткани;

– паллиативные - хирургические вмешательства, после которых в организме заведомо остаются опухолевые очаги. Их выполняют, чтобы улучшить состояние пациента, если невозможна радикальная операция;

– симптоматические - операции, целью которых является не удаление злокачественной опухоли, а борьба с симптомами, например, болью или кровотечением;

– реконструктивные - направленные на восстановление функции, внешнего вида органа после радикального удаления рака.

Развитие современной хирургической онкологии идет в некоторых ключевых направлениях. Например, при ранних стадиях рака молочной железы реже стали прибегать к полному удалению органа - мастэктомии. В ходе научных исследований было доказано, что зачастую можно удалить лишь часть груди, в которой находится злокачественная

опухоль, а затем провести курс лучевой терапии - при этом риск рецидива не повышается [4, с.7-9].

Находят применение в лечении злокачественных опухолей и инновационные хирургические методики:

– криохирургия - уничтожение злокачественных новообразований с помощью низкой температуры;

– лазерная и радиоволновая хирургия - использование вместо скальпеля луча лазера или радиоволн высокой частоты;

– аблация - процедура, во время которой в опухолевый очаг вводят иглу и разрушают его, например, путем нагревания радиочастотной энергией;

– стереотаксическая радиохирургия. Эти вмешательства часто называют «операцией без операции». Аппарат генерирует множество рентгеновских или гамма-лучей, которые фокусируются в опухолевом очаге и разрушают его.

Химиопрепараты представляют собой вещества, которые токсичны для быстро размножающихся опухолевых клеток. Существуют разные группы химиопрепаратов, у которых различаются механизмы действия. Лечение обычно проводят двумя и более химиопрепаратами с разными механизмами действия. Комбинации подбирают в соответствии с протоколами лечения. Эти документы составлены на основе крупных клинических исследований. Международные протоколы лечения регулярно обновляются.

Химиотерапия при раке молочной железы предполагает применение специальных препаратов, которые могут назначаться до операции (для сокращения размеров опухоли) или после, чтобы предупредить формирование метастазов. Для химиотерапии используются различные виды препаратов:

- таксаны нормализуют процессы деления клеток;

- антибиотики способствуют уменьшению объема опухоли;

- антиметаболиты нарушают обмен веществ в опухолевых клетках, что приводит к их гибели;

- алкилирующие соединения также воздействуют на метаболизм клеток.

В некоторых случаях химиопрепараты назначают вместе с облучением опухоли. Такое лечение называется химиолучевой терапией.

Таргетные препараты отличаются от классических химиопрепаратов более прицельным действием. Каждый из них блокирует определенную «мишень» — молекулу, которая необходима раковым клеткам для поддержания жизненно важных процессов, размножения, уклонения от агрессии со стороны иммунной системы.

Иммунотерапия при лечении рака молочной железы направлена на общее повышение сопротивляемости организма или на формирование специфического иммунитета к опухолевым клеткам.

Гормональная терапия - по сути, еще одна разновидность таргетной терапии. Гормональное лечение рака молочной железы необходимо, так как онкология груди — это гормонозависимое заболевание. Цель терапии в этом случае - снизить выработку эстрогенов в организме, для чего назначаются соответствующие препараты или же проводится операция по удалению яичников.

Лучевая терапия при раке молочной железы - один из основных элементов лечения. На поздних стадиях заболевания, когда полноценное хирургическое вмешательство

невозможно, лучевая терапия становится основным методом лечения. Она помогает справиться с теми опухолевыми клетками, которые остались после операции. Также воздействие на раковые клетки радиоизлучением может осуществляться перед операцией - для уменьшения размера опухоли.

Исходя из выше сказанного, можно сделать вывод, что сегодня медицина располагает широкими возможностями для лечения рака молочной железы и достигла высоких показателей в обеспечении выживаемости пациенток.

Хирургические вмешательства молочной железе являются тяжелой психической травмой для женщины. Однако при опухолях, особенно злокачественных, операция - единственный радикальный метод лечения, которое проводится в комплексе с лучевой, химической, гормональной и симптоматической терапией. Довольно травматичной операцией является мастэктомия. В результате удаления молочной железы и регионарных лимфатических узлов подмышечной, подключичной и позадилопаточной областей образуется обширный дефект тканей, пересекаются многочисленные лимфатические сосуды, что ведет к длительному выделению раневой жидкости.

Из-за технических особенностей операции (удаление лимфатических узлов, части или всей грудной мышцы) появляются боли в руке, отек, нарушается ее подвижность, поэтому пациентке необходимо заниматься лечебной гимнастикой в течение 6 мес. после хирургического вмешательства. Реабилитация после рака молочной железы имеет свои особенности. Так как хирургическая операция, радио- и химиотерапия являются самыми эффективными методами борьбы с онкологическим процессом, несущие в себе ряд осложнений, непосредственно связанных с побочным действием опухоли на организм, а также с побочным действием лечения.

После выздоровления непросто вернуться к прежней жизни, однако вполне возможно, если правильно подобрать курс реабилитации. В каждом случае требуется индивидуальный подход в зависимости от вида опухоли, состояния здоровья и возраста пациентки. Задачи медицинской сестры доступно и квалифицировано донести информацию до пациента, в целях достижения эффективности реабилитационных мероприятий.

Индивидуальные программы, разработанные онкологами совместно с врачами-реабилитологами, позволяют усилить действие проведенного лечения.

Для достижения цели, в рамках исследовательской работы, на базе КГБУЗ «Уссурийская центральная городская больница» центр оказания помощи онкологическим больным было проведено исследование.

Были изучены статистические показатели КГБУЗ «Уссурийская центральна городская больница» за 2020 год, проанализированы 25 медицинских карт женщин с диагнозом РМЖ и проведено анкетирование.

По статистическим показателям КГБУЗ «Уссурийская центральна городская больница», количество женщин, зарегистрированных с РМЖ составилов 2020 году – 28 человек из них пациентки, получившие хирургическое лечение – 12 человек, что составило 43%; 16 пациенток, получившие химиолечение, что составило 57% (рисунок 1).

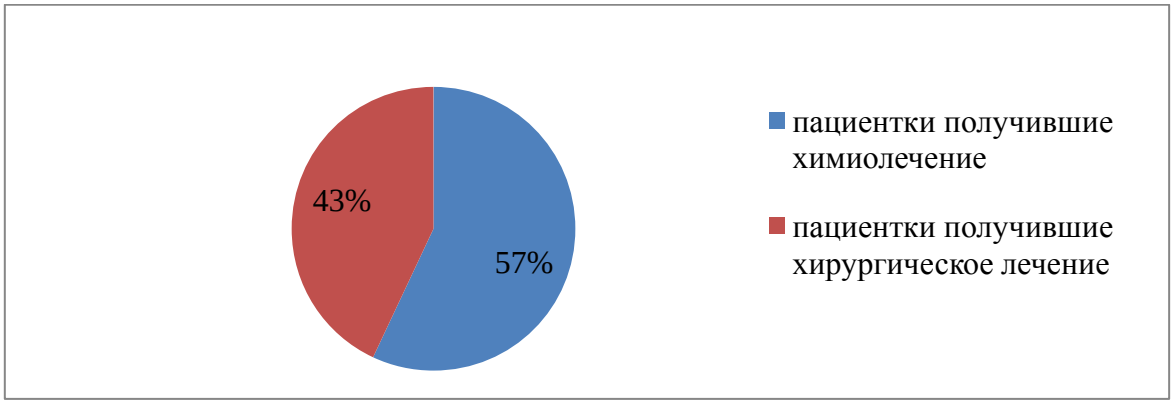


Рисунок 1 – Удельный вес пациенток с РМЖ по методам лечения за 2020 г.

Согласно полученным данным у 66% женщин данная патология была выявлена после прохождения медицинского осмотра, 34% обратились после самообследования (рисунок 2).

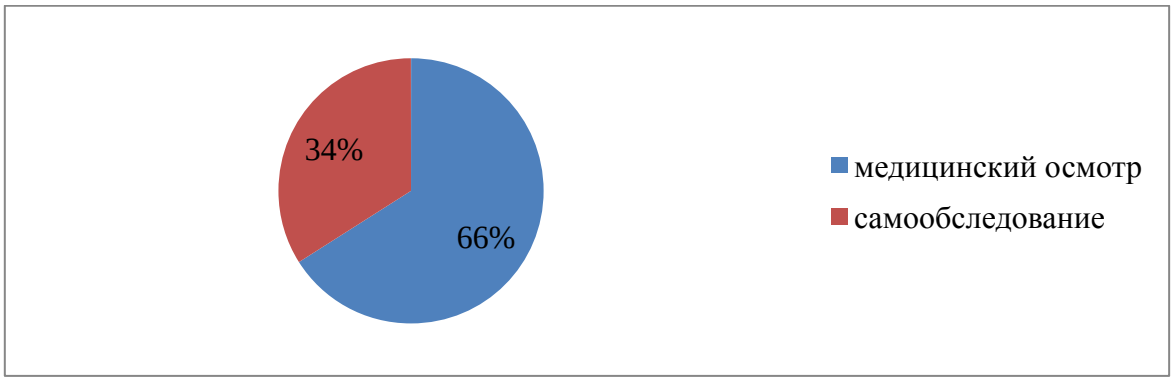


Рисунок 2 – Структура выявления РМЖ среди пациенток за 2020 г

Анализ характера трудовой деятельности пациенток после мастэктомии показал, что: к рабочей группе принадлежат 40 %, к служащим – 34 %, к работникам умственного труда – 16%, к управленцам – 10 % с злокачественным заболеванием молочной железы (рисунок 3).

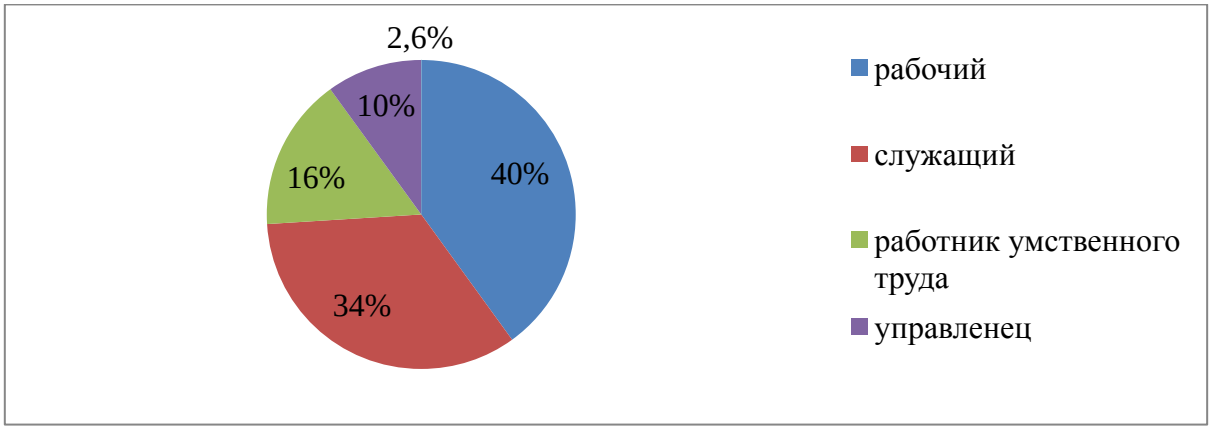


Рисунок 3 – Характер трудовой деятельности исследуемых пациентов с РМЖ.

Рассматривая, возрастной состав пациентов, выявлено, что из них 3 в возрасте до 20 - 30 лет, 7 – в возрасте от 31 до 40 лет, 9 – от 41 до 50 лет, 5 – от 51до 60 лет, 1 – старше 60 лет (рисунок 4).

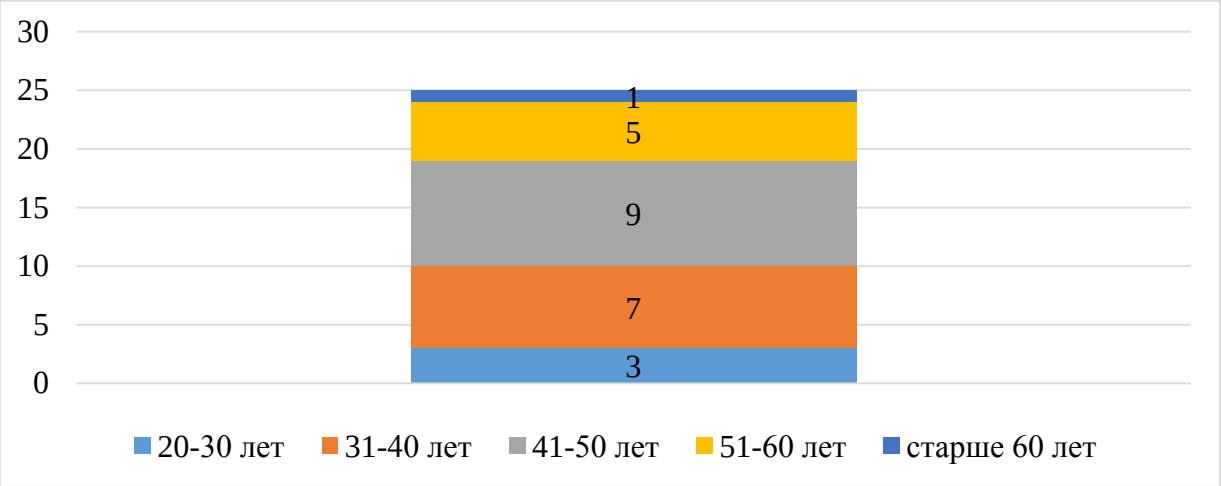


Рисунок 4 – Заболеваемость по возрасту

Следует отметить, что пик заболеваемости приходиться на возраст от 41-50 лет.

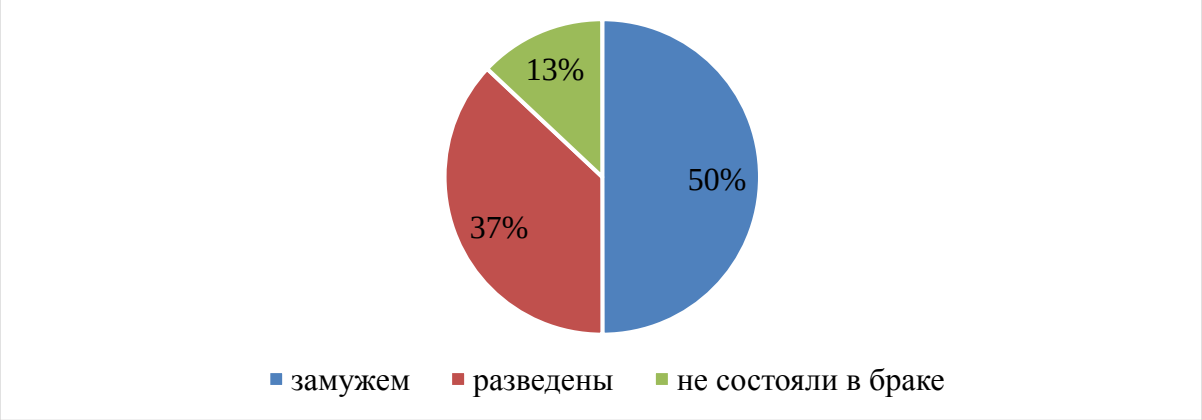


Рисунок 5 - Семейное положение респондентов

Большинство исследуемых женщин 50% состоят в браке.

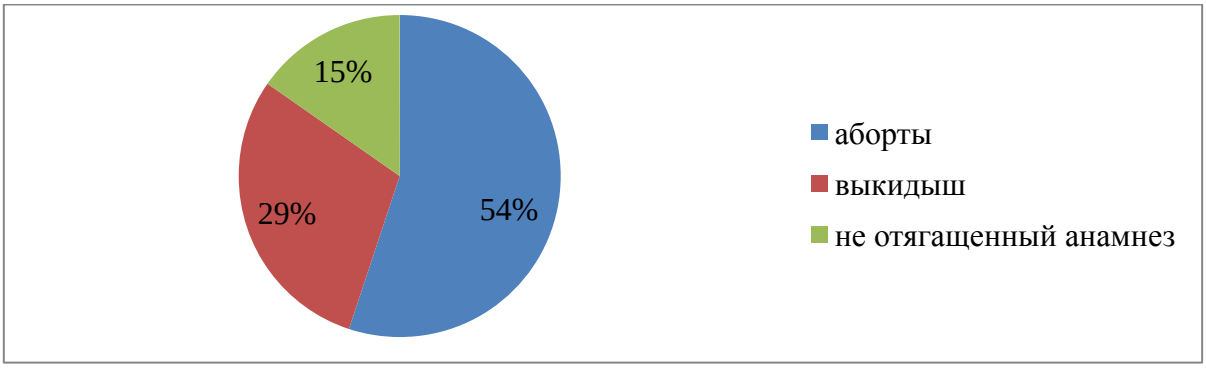


Рисунок 6 - Частота встречаемости отягощенного гинекологического анамнеза

Анализируя гинекологический анамнез 54% женщин с РМЖ имели в анамнезе аборты, у 15% он не оттягощён.

Самооценка наличия вредных привычек у респондентов показала: среди опрошенных пациентов 67,1 % не имеют вредных привычек и 32,9 % отметили их наличие.

Анкетирование показало, что в группе респондентов 31% курят, не курят – 69% (рисунок 7).

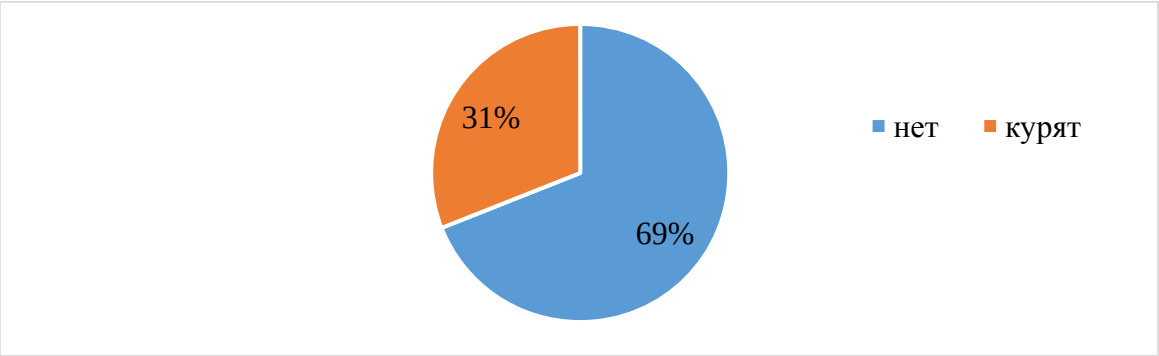


Рисунок 7 – Курение

Курение снижает уровень эстрогенов в крови, а эстрогены являются ведущим фактором возникновения рака груди.

В ответе на вопрос «Употребляете ли вы алкоголь?» респонденты распределились следующим образом: 83,9 % не употребляют и 16,1 % употребляют алкоголь.

При рассмотрении вопроса о месте локализации опухолевого процесса были выявлены следующие данные, которые отображены в таблице 1.

Таблица 1 - Особенности локализация опухоли

Локализация	Вся выборка (n=25)	
	Абс.(чел.)	Относ.%
Верхне-наружный квадрант	13	52
Нижне-наружный квадрант	2	8
Верхне-внутренний квадрант	1	4
Нижне-внутренний квадрант	2	8
Центральная область	1	4
Границы квадрантов	6	24
Всего	50	100,0

Следовательно, наиболее частая локализация опухоли молочной железы это верхне - наружный квадрант и составляет 52% от общей локализации опухолей.

Исследуя осложнения после радикальной мастэктомии, путём выборки данных из мед.карт пациенток, были получены следующие данные(таблица 2).

Таблица 2 - Осложнения после радикальной мастэктомии в послеоперационном периоде

Виды осложнений	Вся выборка (n=25)	
	Абс.(чел.)	Относ.%
Длительная лимфорея	6	24%
Диастаз краев раны	1	4%
Нагноение	1	4 %
Некроз краев раны	-	-
Кровотечение	2	8%

Без осложнений	15	60%

Согласно данным приведённым в таблице 2, наибольшей процент осложнений приходится на длительную лимфорею, что составляет 24% от общего числа прооперированных пациентов (рисунок 8).

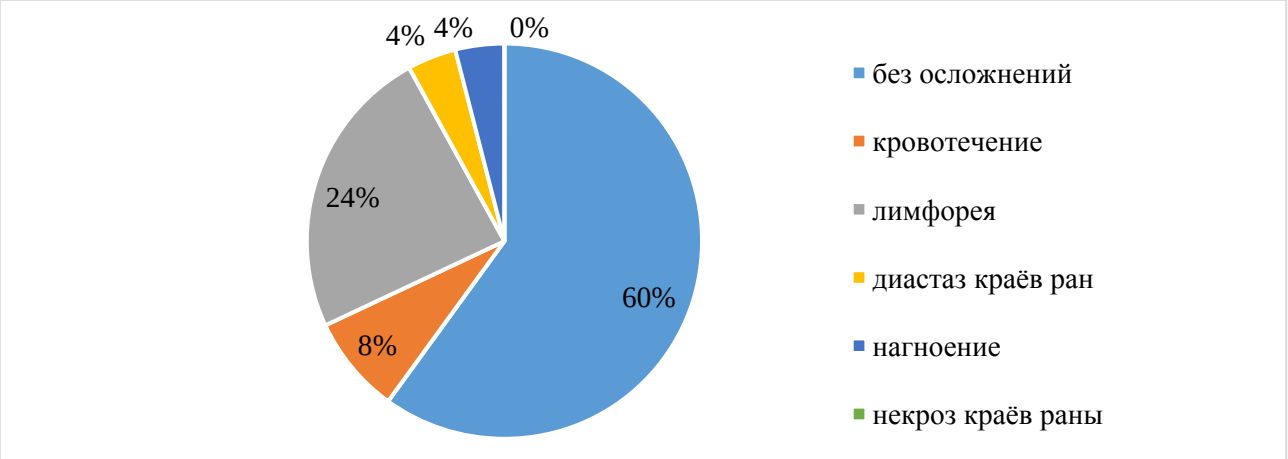


Рисунок 8 - Осложнения после радикальной мастэктомии в послеоперационном периоде

Инфекционные осложнения развиваются, как правило, на фоне сером послеоперационной раны. Общие осложнения возникают на неблагоприятном фоне сопутствующих заболеваний и возрастных изменений.

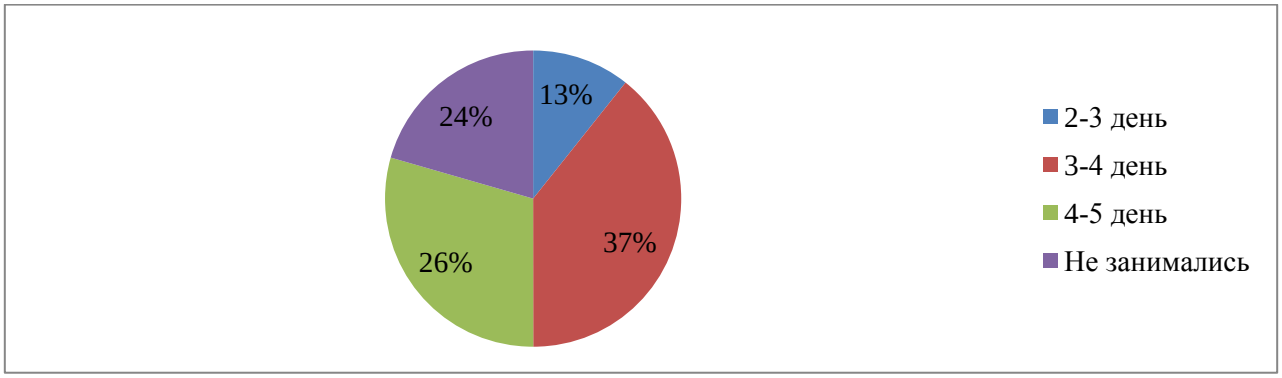


Рисунок 9 - Начало реабилитационных мероприятий с помощью ЛФК после мастэктомии

Следовательно, наибольшее количество респондентов начинали реабилитационные мероприятия на 3-4 день после мастэктоми.

Лечебная гимнастика после мастэктомии способствует снижению болевого синдрома, расслаблению перенапряженных мышц шеи и плеча. Систематические процедуры ЛФК, проводимые 3–4 раза в неделю по 20–35 мин в течение 6–7 мес, активируют периферическое кровообращение, тренируют вестибулярный аппарат.

Ведущее значение в реабилитации пациентов после мастэктомии имеет назначение пациентам ношения компрессионного трикотажа или бандажей, которые позволяют распределить нагрузку, тем самым, обеспечив скорейшее заживление в области шва и восстановление. Частота встречаемости ношения компрессионного белья среди пациентов

представлена на рисунке 10.

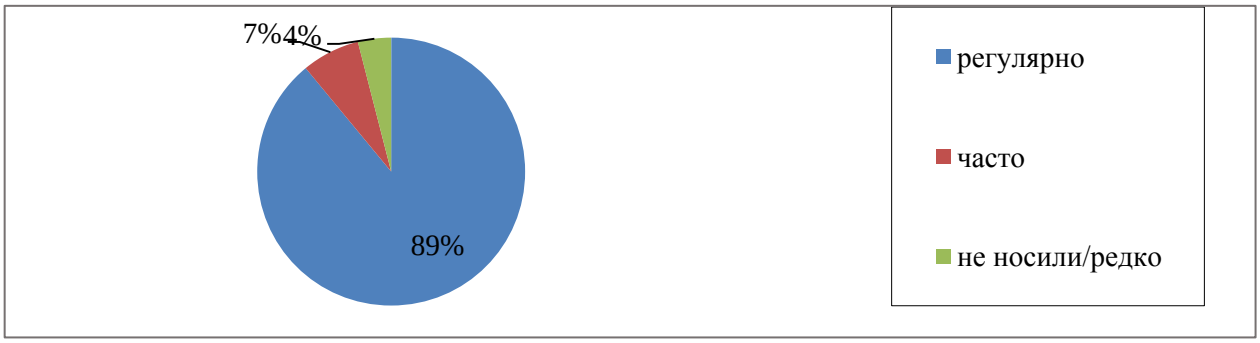
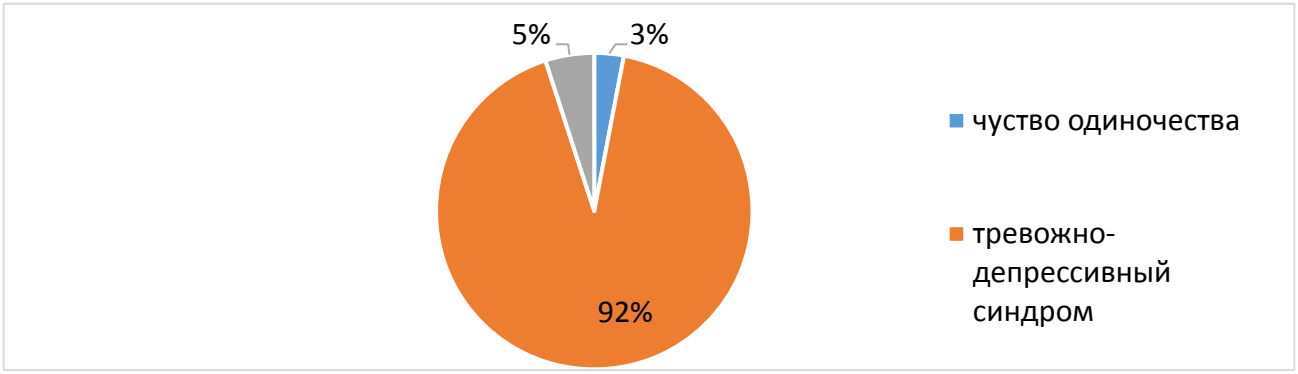


Рисунок 10 - Частота встречаемости ношения компрессионного белья среди пациентов

Согласно ответов респондентов, было выявлено, что 87% регулярно носят компрессионное бельё, поскольку это облегчает их состояние, 9% делают это не регулярно и только 4% не носили его или очень редко одевали.

С целью изучения психоэмоционального состояния пациенток после перенесенной операции мы провели опрос. Анализ результатов опроса показал, что тревожно



депрессивный синдром из-за чувства неполноценности испытывают (92%) практически все прооперированные (рисунок 11).

Рисунок 11 - Психоэмоциональное состояние пациенток после операции

Большая половина респондентов (53%) сомневаются, смогут ли они вести привычный образ жизни.

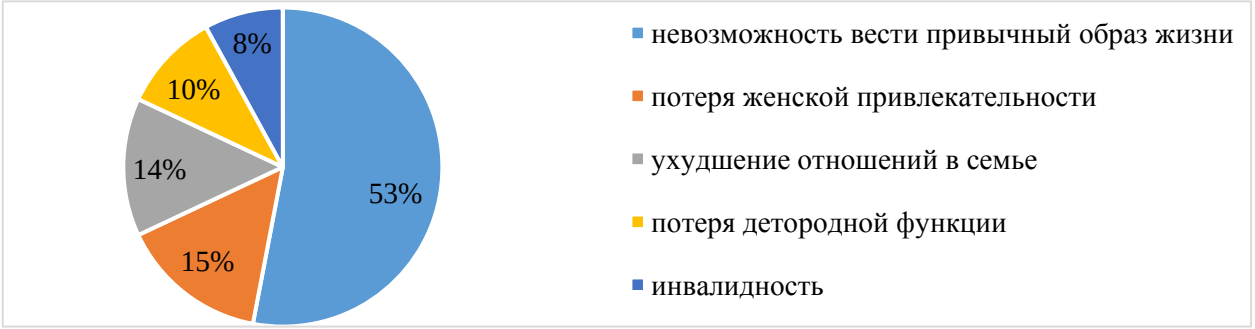


Рисунок 12 - Опасения пациенток в послеоперационном периоде

На вопрос «Что наиболее тревожит Вас в Вашем сегодняшнем состоянии?» подавляющее число женщин отметили отсутствие информации о том, как жить дальше после операции.

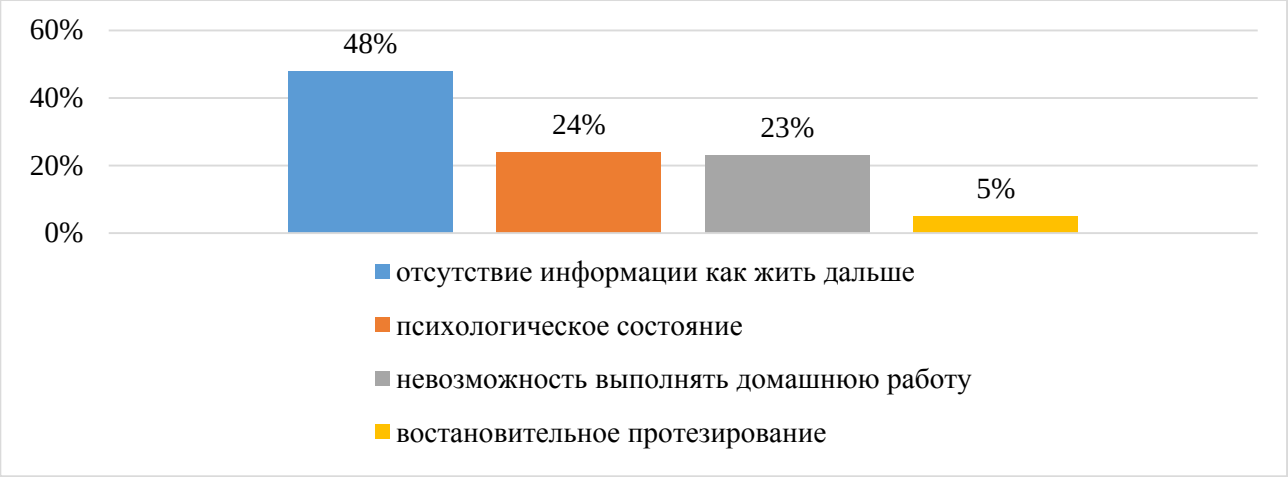


Рисунок 13 - Что наиболее тревожит Вас в вашем сегодняшнем состоянии

В ходе опроса мы пытались выяснить, в какой информации нуждаются пациентки. В 30% случаев необходимы сведения о видах и длительности реабилитационных мероприятий, 21% опрошенных выразили желание получить профессиональную консультацию по поводу образа жизни в постоперационном периоде, 18% – об особенностях диеты, 16% респондентов заинтересованы в получении информации о профилактике рецидивов, 15% – о методах лечебной физкультуры в восстановительном периоде.

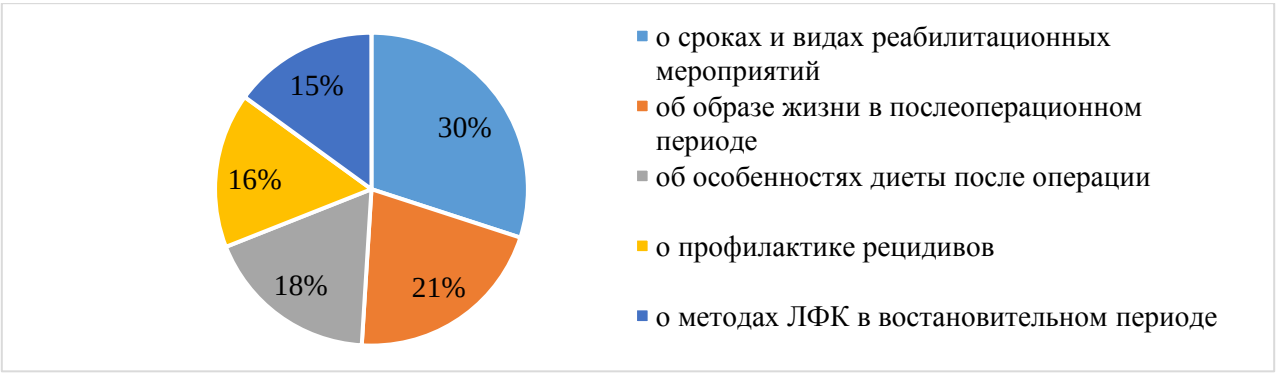


Рисунок 14 - В какой информации Вы нуждаетесь

На основании полученных результатов были составлены рекомендации по улучшению качества жизни пациенток после мастэктомии.

Следовательно, регулярные занятия оказывают не только общеукрепляющее и тренирующее воздействие на организм, но и поддерживают бодрость духа, оптимизм, снимают замкнутость, отчужденность, ощущение безысходности, тревожно_депрессивный синдром, сокращают сроки социальной и трудовой реабилитации, снижают степень инвалидизации больных, что отражается на качестве жизни пациенток

Таким образом, в заключении нашей исследовательской работы мы пришли к выводу, что роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов после мастэктомии

заключается в разработке оптимальной программы реабилитации на раннем постгоспитальном этапе, включающая в себя комплексы лечебной физкультуры, дыхательной гимнастики и обширной антистрессовой терапии. Медицинская сестра выступает в качестве консультанта при составлении рекомендаций по режиму труда и отдыха, лечебному питанию, мерам профилактики рецидивов и советам по образу жизни после мастэктомии. Все это способствует улучшению качества жизни пациенток после калечащей операции.

По результатам работы были сделаны следующие выводы:

- рак молочной железы - одна из главных проблем современной онкологии. Связано это не только с широкой распространенностью данного вида патологии, но и с высокой социальной значимостью заболевания для женщин;

- медицина располагает широкими возможностями для лечения рака молочной железы и достигла высоких показателей в обеспечении выживаемости пациенток. Но все это возможно при условии ранней диагностики заболевания и планомерного лечения. Именно поэтому хочется подчеркнуть важность профилактических осмотров, своевременного выявления изменений в молочной железе и предельно внимательного отношения к своему здоровью;

- реабилитационные мероприятия способствуют возобновлению двигательной активности и устранению наиболее распространенных послеоперационных осложнений. Индивидуальные программы, разработанные онкологами совместно с врачами-реабилитологами, позволяют усилить действие проведенного лечения, а качественный уход медицинской сестры за пациентом при раке молочной железы уменьшает количество осложнений и дискомфорта пациента;

- у больных с РМЖ, оперированных в объеме радикальной мастэктомии, утрата молочной железы в 25% случаев приводит к развитию депрессии, что требует не только коррекции лекарственными препаратами, но и помощи психолога. В таких случаях необходимо препятствовать самоизоляции и погружению в болезнь пациенток, страдающих РМЖ [9]. Индивидуальные программы реабилитации женщин, как в процессе лечения, так и после комплексной терапии РМЖ позволят улучшить качество жизни больных;

- роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов после мастэктомии заключается в разработке оптимальной программы реабилитации на раннем постгоспитальном этапе, включающая в себя комплексы лечебной физкультуры, дыхательной гимнастики и обширной антистрессовой терапии. Медицинская сестра выступает в качестве консультанта при составлении рекомендаций по режиму труда и отдыха, лечебному питанию, мерам профилактики рецидивов и советам по образу жизни после мастэктомии. Все это способствует улучшению качества жизни пациенток после калечащей операции.

Следовательно, медицинская сестра должна учитывать типичные проблемы пациенток с раком молочной железы и в соответствии с ними строить программу ухода, способствующую повышению качества жизни.

Необходимо завоевать доверие пациентки, так как от этого будет зависеть ее положительный настрой и как следствие, положительный результат лечения, ведь если психологическое состояние пациентки стабильно. то она легче переносит физические

проблемы. связанные с лечением рака молочной железы, следовательно, психологические проблемы будут иметь приоритетное значение в работе медицинской сестры.

Библиографический список

1. О состояние здоровье населения и организации здравоохранения на территории Приморского края в 2019 г. Государственный доклад. – Режим доступа:https://www.primorsky.ru/authorities/executive-gencies/departments/health/statisticheskie-dannye-o-sostoyanii-i-dinamike-razvitiya-zdravookhraneniya-primorskogo-kraya/

2. СанПин 2.1.3.2630-10 Об утверждении санитарно-эпидемиологических требований к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность: Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 года № 58. - Режим доступа: http://pravo.gov.ru/proxy/

3. Алимходжаева Л.Т., Юсупова Н.Б., Ходжаев А.В. и др. Аспектыдиагностики, лечения и прогноза при метастатическом раке молочнойжелезы // Клиническая и экспериментальная онкология. – 2020. – № 1. – С.55-60.

4. Алясова А.В. Заболевания молочной железы. Профилактика и методы лечения. - М.: Центрполиграф, 2016. - 602 с.

5. Амосова В.А., Петровский А.В., Черных М.В. и др. Лечение больной раком молочной железы с метастазами в контралатеральные подмышечные лимфатические узлы. клинический случай и обзор литературы // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – Т. 18, № 6. – С. 31-38.

6. Байтингер В.Ф., Курочкина О.С., Буреев А.Ш., Дикман Е.Ю. Современные клинические методы визуализации лимфатической системы при раке молочной железы // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2018. – Т. 21, № 3 (66). – С. 30-41.

7. Брюссов П.Г. Клиническая онкология. – СПб.: Спец.Лит, 2017. – 455 с.

8. Введенская Е.С. Паллиативная помощь: содержание, определяющее подходы к формированию службы и контингентов больных / Е.С.Введенская. – М.: Мелицина, 2018. – 19 с.

9. Вирус-ассоциированный рак молочной железы (обзор и мета-анализ) / М.К. Ибрагимова, М. М. Цыганов, Л. Ф. Писарева, Н. В. Литвяков // Вопросы онкологии. - 2018. - Том 64, N 1. - С. 15-27.

10. Деньгина Н.В., Митин Т.В., Лихачёва А.О. 2016 год: новое в лучевой терапии злокачественных опухолей // Практическая онкология. - 2017. - Т.18, № 1. - С.125-138.

11. Зеленина А.В., Федоров Н.М. Рак молочной железы:современные методы лечения // Университетская медицина Урала. – 2019. – Т. 5, № 1 (16). – С. 75-77.

12. Исакова, М.Е. Онкологии: руководство для врачей. - М.: Медицина, 2019. – 256 с.

13. Лапотников В.А. Сестринское дело в онкологии. - М.: Юрайт, 2017.-315 с.

14. Новиков Г.А., Прохоров Б.М., Нестеренко В.М. Пути повышения качества жизни инкурабельных онкологических больных // Проблемы современной онкологии. - 2017. – № 10. – С. 78 -88.

15. Невзорова Д.В. Важнейшие аспекты оказания паллиативной медицинской помощи (Очерки истории). – М.: Наука, 2017. – 201 с.

Спицина Валентина Андреевна
, г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель сестринского ухода за детьми
Спичак Ю.Г.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК ВАЖНЕЙШИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КАЧЕСТВО БУДУЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Деятельность медработников связана с повышенными психоэмоциональными нагрузками в сочетании с ответственностью в принятии решений при различных экстремальных ситуациях, поэтому личность медицинского работника, методы и стиль его работы, умение общаться с пациентами — всё это само по себе может служить лекарством. А добросовестная работа медицинского персонала повышает уверенность пациента в выздоровлении. Все это и обусловлено актуальностью данной работы.

Цель исследования: изучение стрессоустойчивости как профессионального качества будущей медицинской сестры.

Задачи исследования:

- Изучить теоретическую часть вопроса.
- Дать понятие стресса и разобраться с различными формами его проявления.
- Объяснить причины возникновения стресса и стрессового напряжения.
- Провести анализ стрессоустойчивости среди будущих медицинских сестер в Биробиджанском медицинском колледже.
- Сделать вывод о проделанной работе.

Объект исследования: стрессоустойчивость среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Предмет исследования: стрессоустойчивость среди студентов сестринского отделения ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Гипотеза: мы предполагаем, что будущие медицинские сестры стрессоустойчивость среди студентов сестринского отделения ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» обладают стрессоустойчивостью и понимают, что это является важнейшим профессиональным качеством.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ литературы, нормативных документов.
2. Наблюдение.
3. Анализ.
4. Анкетирование.

Стресс – состояние организма, характеризующееся эмоциональным и физическим напряжением, вызванным воздействием различных неблагоприятных факторов. Понятие стресс подразумевает ситуацию вызывающую потребность в адаптации организма.

Основными причинами стресса являются:

- напряжение на работе, давление начальства и перегрузки;
- страх потерять работу, снижение пенсии и медицинские расходы;
- проблемы со здоровьем, в том числе и хронические болезни;

- развод, смерть супруга, проблемы с друзьями и одиночество
- плохое питание, употребление кофеина и рафинированного сахара, некачественные продукты;
- информационные перегрузки, связанные со СМИ и Интернетом;
- проблемы со сном, повышенная выработка организмом адреналина и других гормонов стресса.

Ученые доказали, что организм людей, постоянно подвергающихся воздействию стресса, изнашивается на 40% быстрее, чем у тех людей, которые живут в спокойствии.

- Перепады настроения, всплески агрессии,
- Потеря интереса к окружающему миру, апатия(безразличие),
- Нарушение сна, тревожность,
- Развитие неврозов, частые головные боли,
- Упадок сил, повышенная сонливость.

Стрессоустойчивость — совокупность качеств, позволяющих организму спокойно переносить действие стрессоров без вредных всплесков эмоций, влияющих на деятельность и на окружающих, а также способных вызывать психические расстройства. Высокая стрессоустойчивость характеризуется низким уровнем эмоциональности

Уровни стрессоустойчивости у медицинской сестры:

Высокий уровень. Личность может сохранять спокойствие в любых ситуациях. Даже когда большинство начинает паниковать или начинает испытывать душевный дискомфорт

Средний уровень. Хладнокровные личности, которые способны вынести напор неприятностей и проблем. Способен трезво оценивать ситуацию и найти пути ее преодоления.

Низкий уровень. Тревожные личности с увеличенным свойством к панике. Практически все проблемы начинают воспринимать, как угрозу личному комфорту и опасность здоровью.

Чтобы воспитать в себе стрессоустойчивость, необходимо исключить реакции, которые человек не может контролировать. Если он поддается агрессии или страху, он неспособен выносить ценный урок из любой сложности.

Хорошее здоровье, гармоничная жизнь, возможность создавать, позитивное мировосприятие, принятие правильных решений, раскрытие потенциала.

Нами было проведено исследование на базе «Биробиджанского медицинского колледжа». В качестве методики было выбрано анкетирование студентов. Для этой цели была разработана анкета. В анонимном анкетном опросе приняли участие студенты 20 СД. Количество опрошенных составило 11 человек. Студентам было предложено ответить на анкету, состоящую из 18 вопросов при обработке анкет, были получены следующие ответы.

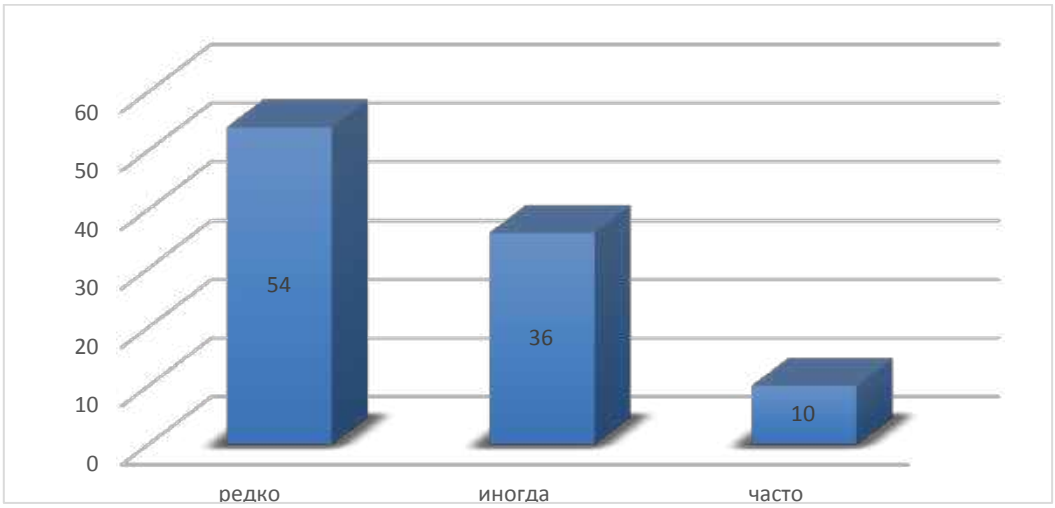


Рисунок 1. Я думаю, что меня недооценивают в коллективе

По данным Рисунок 1, мы видим, что у 6 (54%) студентов ответили «редко», 4 (36%) ответили «иногда»,1 (10%) ответили «часто».

Но, в свою очередь большинство студентов считают, что они значимы в коллективы и их не недооценивают.

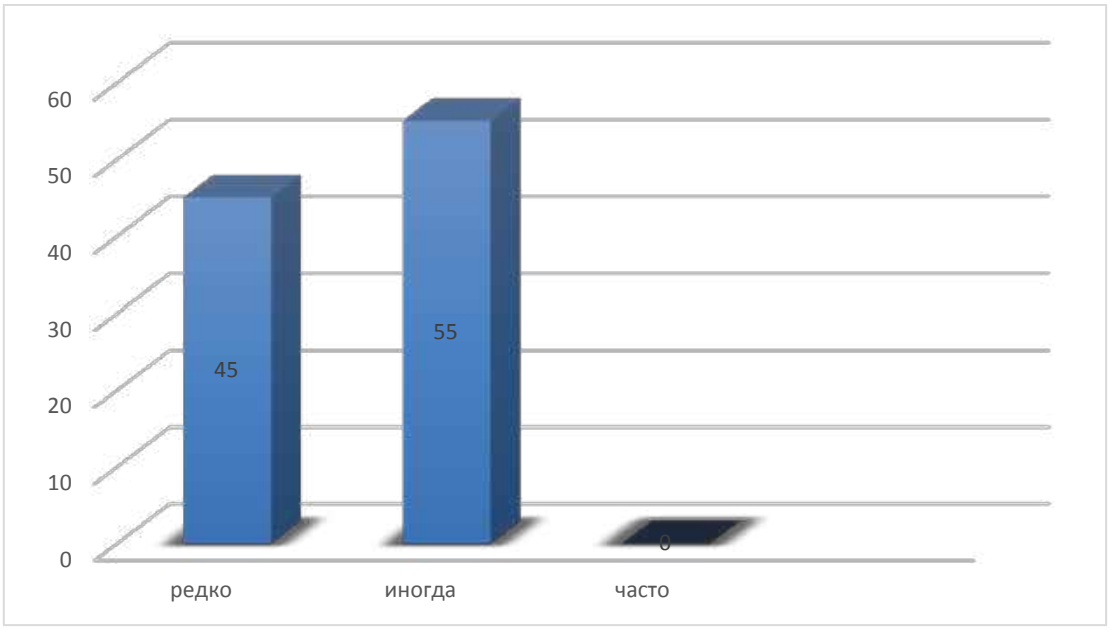


Рисунок 2. Я стараюсь работать, учиться, даже если бываю не совсем здоров

Данные, отраженные на Рисунке 2, говорят о том, что 5(45%) студентов ответили «редко», 6 «55%» студентов ответили «иногда», на ответ «часто» студентами не выбрано. Таким образом, мы видим. что большая часть опрошенных студентов старается работать и учиться даже если бывают не совсем здоровы, что показывает их ответственность к профессии

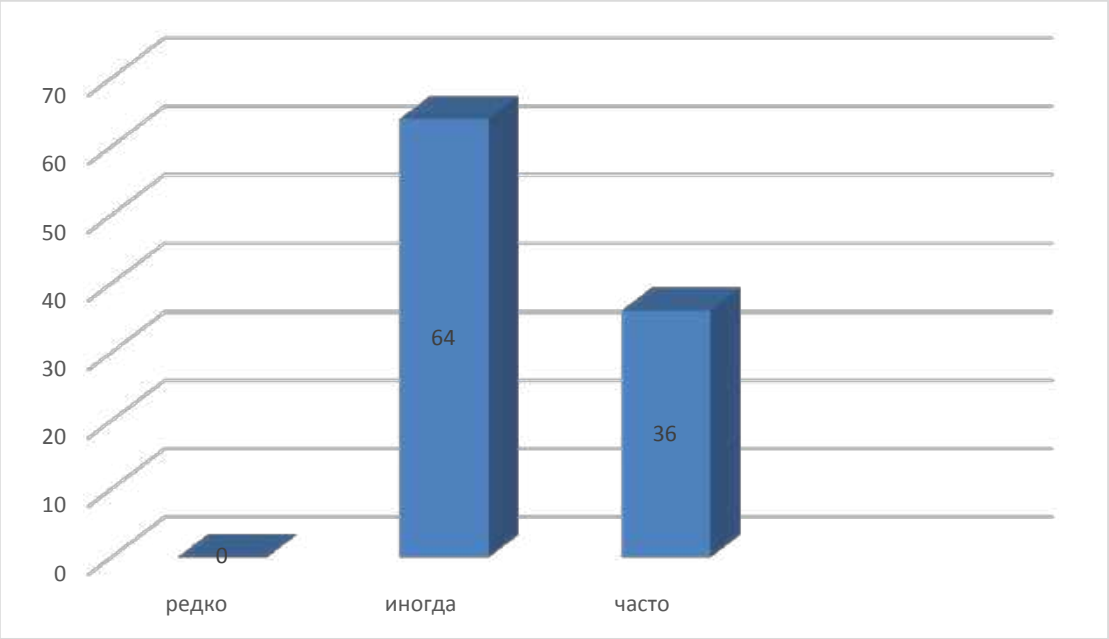


Рисунок 3. Я переживаю за качество своей работы

Согласно диаграмме на Рисунок 3, мы видим, на первый ответ «редко» студентами не выбрано, 7(64%) студентов ответили «иногда», 4 (36%) студентов ответили «часто».

Можно сказать, что большая часть студентов более уверенна в качестве своей работы.

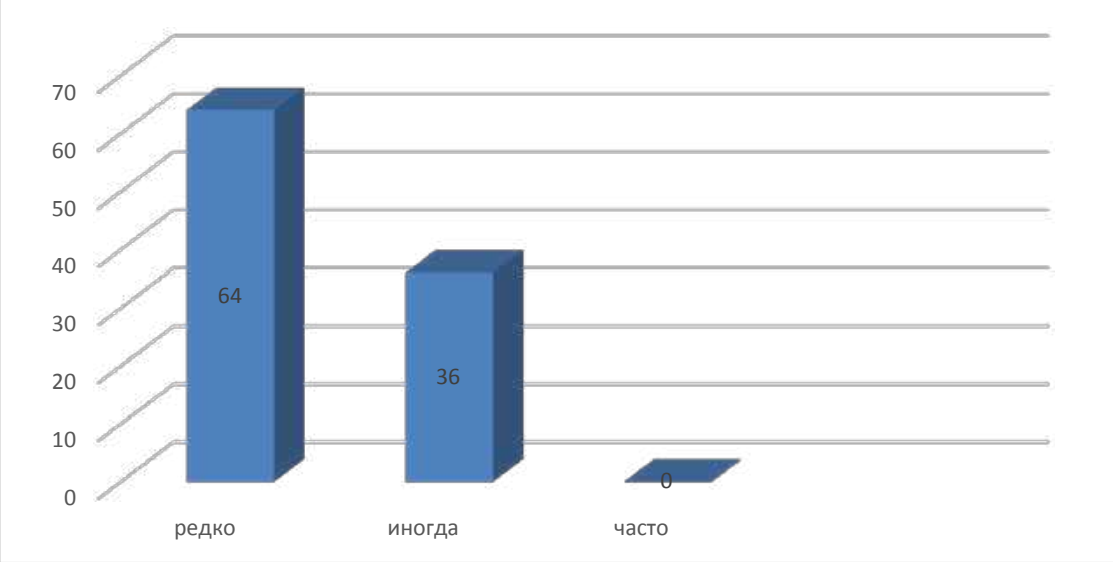


Рисунок 4. Я бываю настроен агрессивно

По результатам анализа Рисунка 4, можно отметить, что 7 (64%) студента ответили «редко», 4 (36%) ответили «иногда», на ответ «часто» студентами не выбрано.

Анализируя данные отраженные в диаграмме на Рисунке 4, можно сказать, что что большая часть студентов настроены положительно.

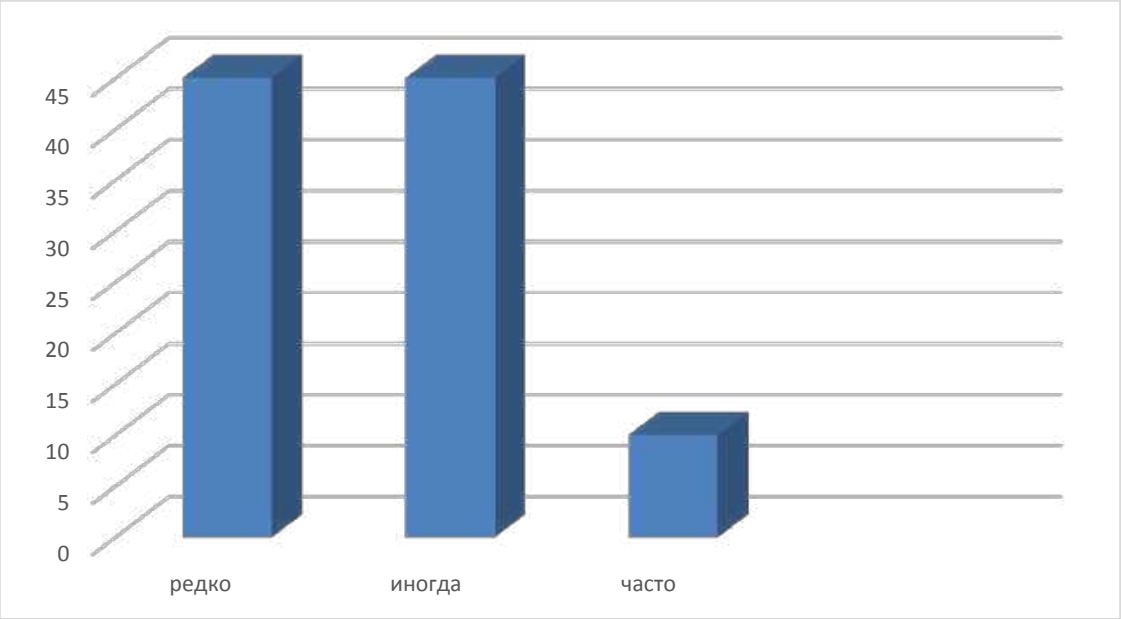


Рисунок 5. Я не терплю критики в свой адрес

Исходя из данных диаграммы на Рисунке 5, можно отметить, что 5 (45%) студентов ответили «редко», 5 (45%) студентов ответили «иногда», 1 (10%) студент ответил «часто».

Из полученных данных мы можем сделать вывод о том, что 5 студентов которые ответили «редко» хорошо воспринимают критику в свой адрес. 5 студентов которые ответили «иногда» более часто реагируют на критику в свой адрес. Студент, который ответил «часто», не воспринимает критики в свой адрес.

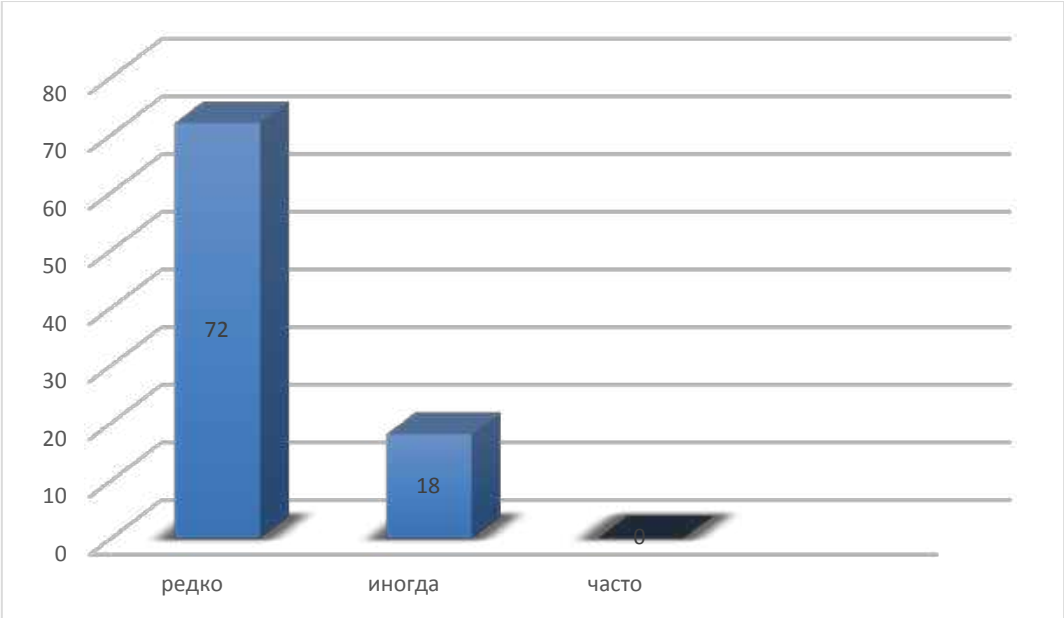


Рисунок 6. Я бываю раздражителен

Исходя из данных диаграммы на Рисунке 6, можно сказать, что 8 (72%) студентов ответили «редко», 3 (28%) студента ответили «иногда», на ответ «часто» студентами не выбрано.

Полученные нами результаты опроса демонстрируют, что большинство студентов уравновешенны.

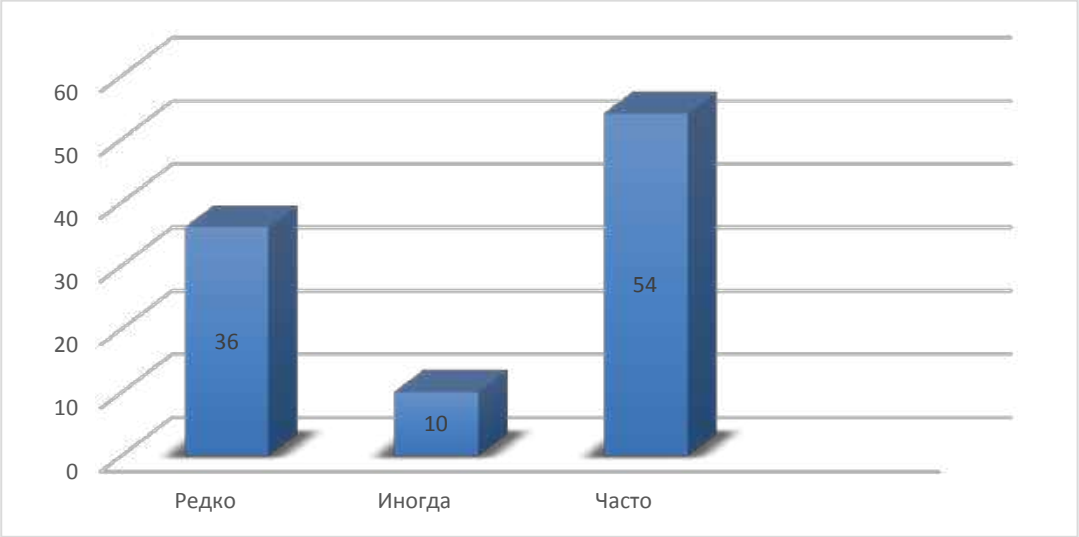


Рисунок 7. Я стараюсь быть лидером, там, где это возможно

Проанализировав диаграмму на Рисунке 7, мы видим, что 4 (36%) студента ответили «редко», 1 (10%) студент ответил «иногда», 6 (54%) студентов ответили «часто».

Таким образом, можно сказать, что большая часть (54%) студентов не бояться взять на себя ответственность.

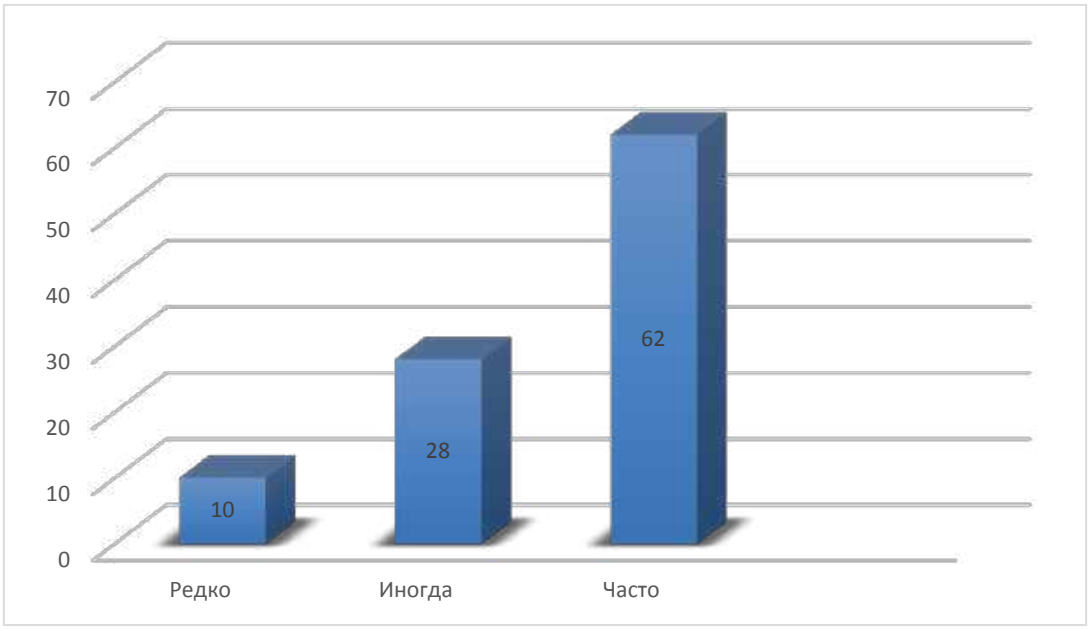


Рисунок 8. Меня считают человеком настойчивыми напористым

Проанализировав диаграмму на Рисунке 8, мы видим, что 1 (10%) студент ответил «редко», 3 (28%) студента ответили «иногда», 7 (62%) студентов ответили «часто».

Можно сказать, что большинство студентов (62%) всегда добиваются своих результатов.

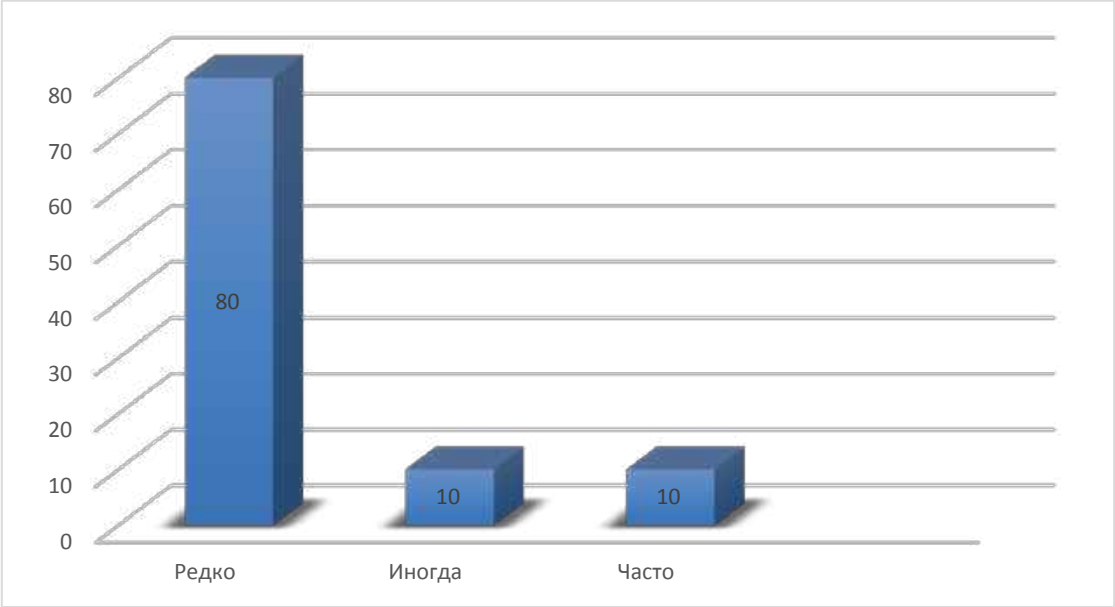


Рисунок 9. Я страдаю бессонницей

Исходя из данных диаграммы на Рисунке 9, можно сказать, что 9 (80%) студентов ответили «редко», 1 (10%) студент ответил «иногда», 1 (10%) студент ответил «часто».

Таким образом, можно сказать, что большая часть (80%) студентов хорошо высыпаются.

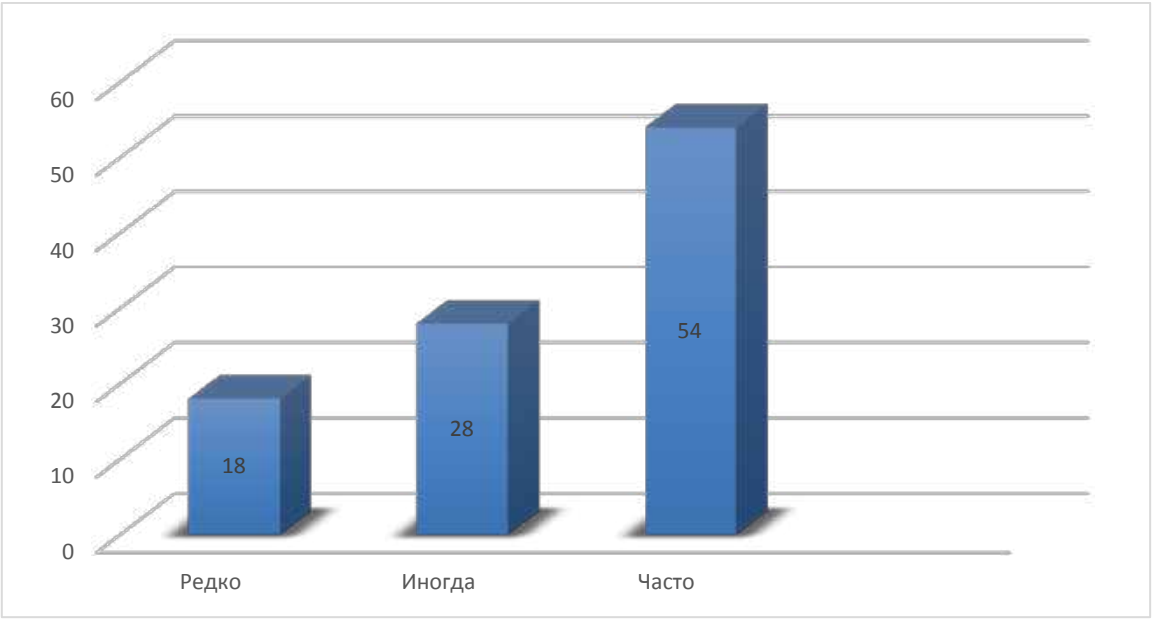


Рисунок 10. Своим недругам я могу дать отпор

Исходя из данных диаграммы, отражённой на Рисунке 10, мы можем отметить, что 2 (18%) студента ответили «редко», 3 (28%) студента ответили «иногда», 6 (54%) студентов ответили «часто».

Такие результаты говорят, о том, что большая часть студентов могут постоять за себя.

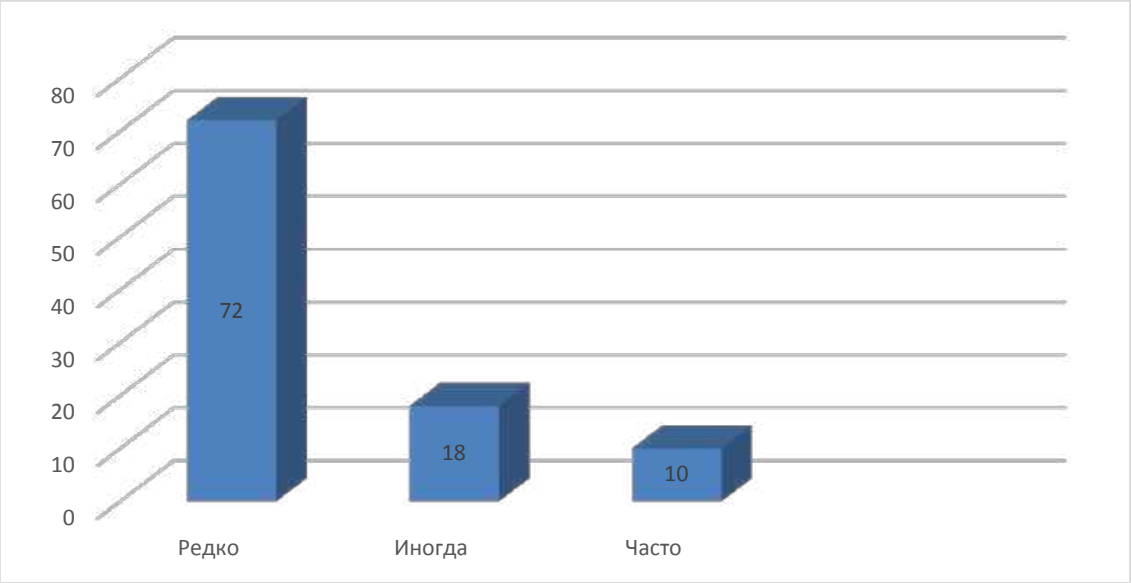


Рисунок 11. У меня не хватает времени на отдых

Исходя из данных диаграммы, отражённой на Рисунке 11, мы можем отметить, 8 (72%) студентов ответили «редко», 2 (18%) студента ответили «иногда», 1 (10%) студент ответил «часто».

Такие результаты говорят, о том, что большинство студентов могут планировать своё время.

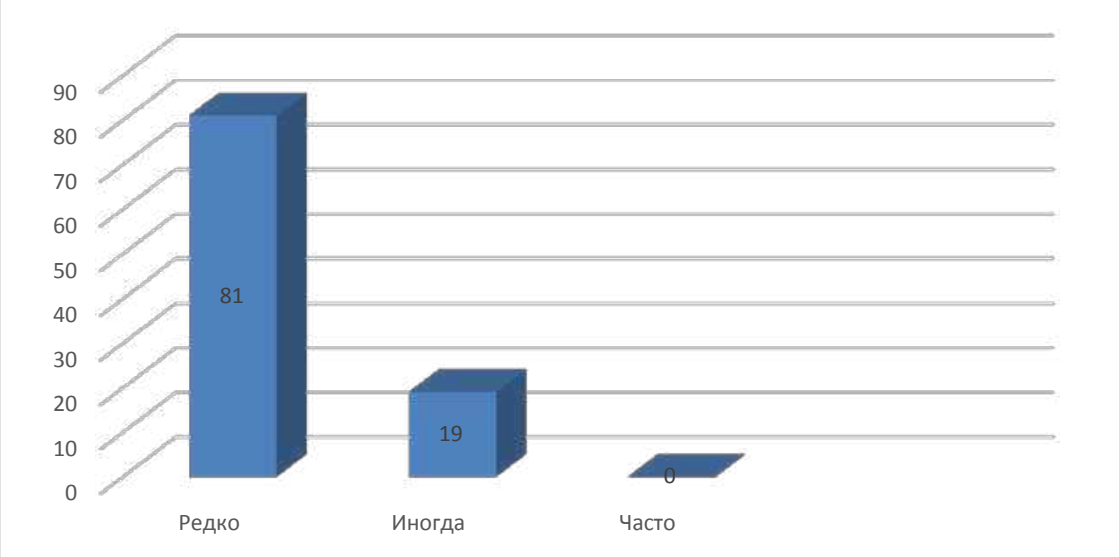


Рисунок 12. У меня часто возникают конфликтные ситуации

Исходя из данных диаграммы, отражённой на Рисунке 12, мы видим, что » 9 (81%) студентов ответили «редко», 2 (19%) студента ответили «иногда», на ответ «часто» студентами не выбрано.

Таким образом, можно отметить, что большинство (81%) студентов могут решить ситуацию без возникновения конфликта.

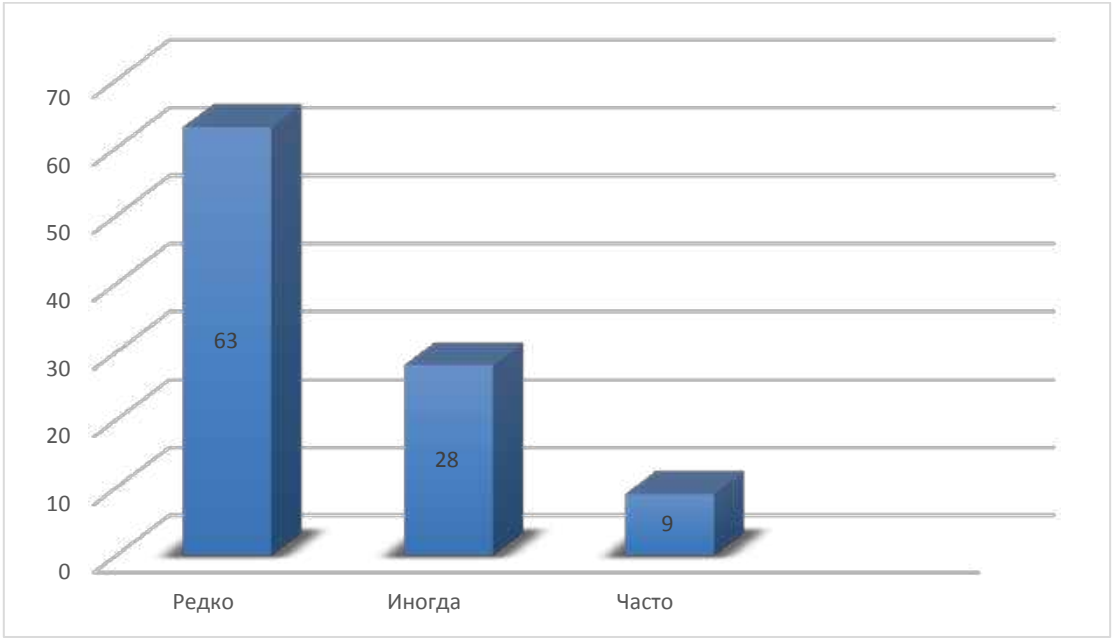


Рисунок 13. Я действую сгоряча, а затем переживаю за свои дела и поступки

Проанализировав диаграмму на Рисунке 13, мы видим, что 7 (62%) студентов ответили «редко», 3 (28%) студента ответили «иногда», 1 (10%) студент ответил «часто».

Полученные нами результаты опроса демонстрируют, что большая часть (63%) студентов обдумывают свои действия и не переживают за свои поступки.

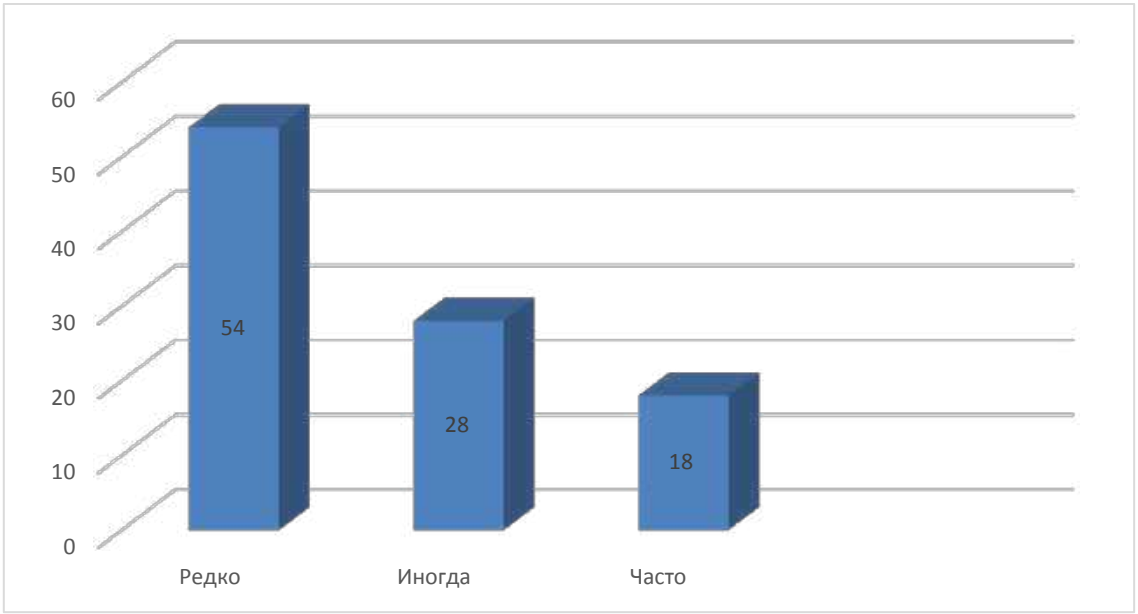


Рисунок 14. Я эмоционально и болезненно переживаю неприятности

По результатам анализа Рисунка 14, можно отметить, что 6 (54%) студентов ответили «редко», 3 (28%) студента ответили «иногда», 2 (18%) студента ответили «часто».

Можно отметить, что большинство (54%) студентов могут контролировать свои эмоции.

Таким образом, мы можем сказать, что высокой стрессоустойчивостью обладают 5 (46%) студентов. Стрессоустойчивостью выше среднего уровня обладают 3 (27%) студента. Стрессоустойчивостью чуть выше среднего уровня обладают 2 (18%) студентов.

Стрессоустойчивостью ниже среднего уровня обладает 1 (9%) студент. Такие результаты демонстрируют, что будущие медицинские сестры обладают достаточным уровнем стрессоустойчивости.

В нашей работе мы рассмотрели проблему стресса и стрессоустойчивости. Выяснили, что стресс – это часть нашей жизни, с ним надо уметь справляться, но не избегать его. Здравый смысл и житейские наблюдения также подтверждают, что постоянный «уход» от стресса – это не выход, от болезней. Каждый без труда вспомнит среди своих знакомых тех, кто сохраняет хорошее здоровье, жизнерадостность и отзывчивость, несмотря на беспрерывные, многочисленные стрессы. А другие – болезненны и недоверчивы, хотя стрессов избегают и живут вроде бы без напряжения.

Нами была выдвинута гипотеза: мы предполагаем, что будущие медицинские сестры ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» обладают стрессоустойчивостью и понимают, что это является важнейшим профессиональным качеством.

По результатам проведенного исследования нами была подтверждена выдвинутая нами гипотеза. Так как благодаря анкетированию, проведенному нами на базе ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» была выявлена стрессоустойчивость у будущих медицинских сестер.

Кроме того, при анализе полученных результатов был сделан вывод:

-высокий и выше среднего уровня стрессоустойчивости имеют 8 студентов. Такие люди не подвержены нервно-психическим срывам, они полны энергии и полностью посвящают себя своей деятельности.

- чуть выше среднего и ниже среднего уровня стрессоустойчивости. Низкая вероятность нервно-психических срывов, адекватная самооценка и оценка окружающей действительности выявлена у 3 человек, что отражает достаточно выше среднего стрессоустойчивость студентов.

Таким образом, можно сказать, что студенты не подвержены нервно-психическим срывам, обладают адекватной самооценкой и высоким уровнем поведенческой регуляции, что очень хорошо сказывается на их работе.

Цель исследования: изучение стрессоустойчивости как профессионального качества будущей медицинской сестры.

Задачи исследования:

- Изучить теоретическую часть вопроса;
- Провести анализ стрессоустойчивости как важнейшее профессиональное качество будущей медицинской сестры в Биробиджанском медицинском колледже среди студентов 20 «СД» группы;
- Сделать вывод о проделанной работе.

Таким образом цели исследования достигнуты, задачи реализованы.

Библиографический список

1. Виды стресса [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://selank.ru/blog/stressovye-rasstroystva/vidy-stressa-eustress-i-distress/

2. Виды стрессоустойчивости [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://hr-portal.ru/article/chetyre-tipa-stressoustoychivosti

3. Влияние стресса на здоровье [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://cheb-cgb.med.cap.ru/shkoli-zdorovjya/shkola-dlya-pacientov-arterialjnoj-gipertenziej/tematika-zanyatij/stress-i-zdorovje

4. Компоненты стрессоустойчивости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://morris-shop.ru/stati/stressoustojchivost/#i-11

5. Преимущества стрессоустойчивости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://blog.wikium.ru/stressoustojchivost-harakteristiki-preimushhestva-metody-povysheniya.html

6. Причины низкой стрессоустойчивости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://transferfaktory.ru/priznaki-nizkoy-stressoustoychivosti

7. Причины стресса [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://kkb3.ru/patients/medprof/27-stress-prichiny-simptomy-profilaktika

8. Причины эмоционального выгорания [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://dnevnik-znaniy.ru/psixologiya/emocionalnoe-vygoranie-10-glavnyx-simptomov.html

9. Способы профилактики стресса [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://old.okb89.ru/index.php/34-sanprosvet/1259-profilaktika-stressa-2

10. Способы развития стрессоустойчивости [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://mygenetics.ru/blog/produktivnost/razvitie-stressoustoychivosti-sposoby-povysheniya-stressoustoychivosti/

11. Типы стрессоустойчивости [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://psylogik.ru/76-stressoustojchivost.html

12. Эмоциональное выгорание [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://probolezny.ru/emocionalnoe-vygoranie/

Романова Ольга Олеговна
Г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель сестринского ухода в педиатрии Куклева Татьяна Валерьевна

ЭМПАТИЯ КАК ОДНО ИЗ ОСНОВНЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

В связи с изменениями в системе здравоохранения, связанными с увеличением документации и необходимостью её ежедневного заполнения, на медицинских сестер ложится большая нагрузка. Большая загруженность медицинского персонала ведет к нетерпеливому отношению к пациентам. Медицинские работники несут моральную ответственность и имеют обязательства не только перед пациентами и членами их семей, но и перед своим профессиональным сообществом. В практической деятельности конкретные моральные решения всегда предоставлены личному выбору профессионала – медицинской сестре. Нравственный смысл этого решения зависит от эмпатии и других качеств личности медицинской сестры.

Качество медицинских услуг оказываемых медицинскими сестрами не всегда удовлетворяет пациентов, причины могут быть различны, но одной более важной причиной является отношение медицинской сестры к пациенту. Эмпатичная медицинская сестра – вот благодаря чему возможно улучшение и совершенствование системы ухода за пациентами.

Ведь повышение качества медицинских услуг и их доступность – одно из направлений развития медицины.

Медицинские работники осуществляют деятельность в системе «человек – человек», в которой происходит мысленный процесс уподобления себя другому человеку, с целью «понять» переживания и чувства познаваемого человека. Во взаимодействии медицинского работника и пациента происходит проявление личностных характеристик субъектов. Самый важный аспект в работе медицинского работника, принять сторону больного, понять его чувства и переживания. При этом, говоря о процессе эмпатии, нужно иметь в виду, безусловно, положительное отношение к личности пациента, способности поставить себя на место пациента и при этом оказать ему помощь должного качества. Положительное отношение к личности пациента включает в себя: принятия личности человека и его особенностей с одной стороны и собственной эмоциональной нейтральности и отсутствия оценочных суждений о нем - с другой стороны [3].

Влияние эмпатии на качество медицинской помощи имеет значение для завязки полезного и эффективного терапевтического отношения с больным, способствует принятию его чувств, потребностей и интересов.

Цель исследования: определение и сравнение уровней эмпатии у медицинских сестер травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница» и студентов ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа».

Объект исследования – эмпатия как психологический феномен.

Предмет исследования – эмпатия как качество личности медицинских сестер и будущих медицинских сестер – студентов медицинского колледжа.

Гипотеза исследования: уровень эмпатии у медицинских сестер ниже, чем уровень эмпатии студентов медицинского колледжа, в связи с высоким уровнем загруженности медицинских сестер.

Задачи исследования:

1. Изучить научную литературу по теме исследования.
2. Подобрать метод исследования для определения уровней эмпатии.
3. Определить уровни эмпатии у медицинских сестер травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница» и студентов ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа».
4. Сравнить и проанализировать полученные результаты.
5. Разработать рекомендации для предупреждения снижения уровня эмпатии.

Что же такое эмпатия? Эмпатия — это способность человека к сопереживанию и сочувствию другим людям, к пониманию их внутренних состояний. В свою очередь, сопереживание — это испытывание человеком тех же самых чувств и эмоций, которые характерны для находящихся рядом с ним людей [2].

Специфика эмпатии и как способа понимания другого человека, и как особого способа реагирования на эмоции и переживания определяется направленностью этого процесса на понимание другого «изнутри», на проникновение в жизненный мир другого, стремлением увидеть этот мир так, как видит его сам человек, безоценочностью к переживаниям другого [1].

Эмпатию выделяют как наиболее значимый фактор формирования помогающего поведения. Помогающего поведения – это социальное поведение, связанное с оказанием

помощи (содействия) в различных ее проявлениях тому, кто в ней нуждается, и за которые не предусматривается каких-либо внешних вознаграждений. Чем больше человек склонен к сопереживанию (эмпатии), тем выше его готовность к помощи в конкретном случае [4].

Медицина является той сферой деятельности человека, где преобладают негативные эмоциональные состояния. Больные ждут от медицинского персонала сочувствия, заботливости, что требует проявления эмпатийности. Поэтому считается, что в медицину, как и в другие профессии «человек-человек», должны идти люди с высоким уровнем эмпатии.

Нельзя не учитывать и того, что медицинские работники, постоянно сталкивающиеся со страданиями людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты, становиться менее эмпатичными, иначе им грозят эмоциональное перегорание и даже невротические срывы. Потому и требования, предъявляемые к эмоциональной сфере медицинских работников, довольно противоречивые. Наряду с эмпатичностью медики должны быть и эмоционально устойчивыми. Как чрезмерная эмоциональность, так и эмоциональная заторможенность могут быть препятствием для осуществления четких и быстрых действий [4].

Исследование эмпатии проводилось на базе ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» - количество человек, принявших участие в исследовании, составило 18 человек – студенты второго курса 20 «СД» группы, специальность – сестринское дело, в возрасте от 19 до 34 лет. А так же на базе травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница» - количество испытуемых – 15 человек, медицинские сестры, в возрасте от 37 до 55 лет.

Исследование проводилось с помощью методики И. М. Юсупова «Диагностика уровня эмпатии». Данная методика позволяет не только определить общий уровень эмпатии, но и ее уровни в различных областях человеческой жизни. Оценивается при этом не сам факт переживания, а именно склонность к нему, поскольку проявление эмоционального отклика в реальных условиях сопряжено с некоторыми социальными ограничениями. И.М. Юсупов классифицирует эмпатию исходя из объекта, к которому она направлена — эмпатия с родителями, животными, стариками, детьми, героями художественных произведений, незнакомыми или малознакомыми людьми. Методика направлена на выявление эмпатийного потенциала. Он может использоваться как диагностический инструмент для экспресс-анализа при подборе кадров на коммуникативные профессии, а также при формировании студентов психологических и юридических факультетов университетов, медицинских, театральных и педагогических учебных заведений. Возрастной диапазон применимости — не моложе 15 лет.

Диагностика проводится в форме вербального теста с помощью бланковой методики в виде закрытых суждений. Стимульным материалом являются 36 суждений, с которыми субъект может дифференцированно соглашаться или не соглашаться, высказывая, таким образом, свое отношение к предложенным социальным ситуациям. Текст методики представлен в приложении 1.

В методике И.М. Юсупова выделяется пять уровней эмпатии: Очень высокий уровень эмпатии — от 82 до 90 баллов. Высокий уровень эмпатии — от 63 до 81 балла. Нормальный уровень эмпатии — от 37 до 62 баллов. Низкий уровень эмпатии — от 12 до 36 баллов. Очень низкий уровень эмпатии — 11 баллов и менее.

Результаты диагностики студентов ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа» представлены в таблице 1. Из восемнадцати человек достоверными оказались результаты пятнадцати студентов. Методика имеет шкалы неискренности, достоверности и психологической защиты, которые позволяют достоверно оценить регистрируемые показатели.

Таблица 1

Результаты исследования уровня эмпатии среди студентов 2 курса, направления «сестринское дело» ОГПОБУ «БМК»

Номер испытуемого	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
Количество баллов	9	0	9	3	0	4	6	0	5	0	5	4	6	0	1

Исходя их общего количества баллов набранных студентами, мы имеем следующие результаты: очень высокий уровень эмпатии имеют 6 студентов (40%); высокий уровень эмпатии имеют 5 студентов (33,3%); нормальный уровень эмпатии имеют 4 студента (26,7%). Студентов с низким и очень низким уровнем эмпатии не оказалось. Согласно описанию уровней эмпатии в методике у 40% студентов (5 человек) с очень высоким уровнем эмпатии, болезненно развито сопереживание. В общении они тонко реагирует на настроение собеседника, высокочувствительны, ранимы. Могут испытывать чувство вины, боятся причинить людям хлопоты, часто обеспокоены за своих родных и близких. Нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны, часто близки к невротическим срывам. При очень высоком уровне эмпатии человек перестает отличать свои и чужие переживания, погружаясь в мир собственных переживаний. В ситуации оказания помощи такому человека самому нужна будет поддержка. 33,3% студентов (5 человек) с высоким уровнем эмпатии, чувствительны к нуждам и проблемам окружающих, с интересом относятся к людям, эмоционально отзывчивы, общительны, быстро устанавливают контакты и находят общий язык с окружающими. Как правило, такие люди, стараются не допускать конфликтов и находить компромиссные решения. Окружающие ценят их за душевность. Хорошо переносят критику в свой адрес. В оценке событий больше доверяют своим чувствам и интуиции, чем аналитическим выводам. Предпочитают работать с людьми, нежели в одиночку. 26,7% студентов (4 человека) имеют нормальный уровень эмпатии. Таким людям не свойственна чрезмерная чувствительность. В межличностных отношениях судят о других людях по их поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. Эмоции всегда под контролем, в общении внимательны, стараются понять больше, чем сказано словами, но при излишнем излиянии чувств теряют терпение. Деликатно высказывают свою точку зрения, не будучи уверенным, что она будет принята. Не могут прогнозировать развитие отношений между людьми. На рисунке 1 показано процентное соотношение уровней эмпатии студентов колледжа.

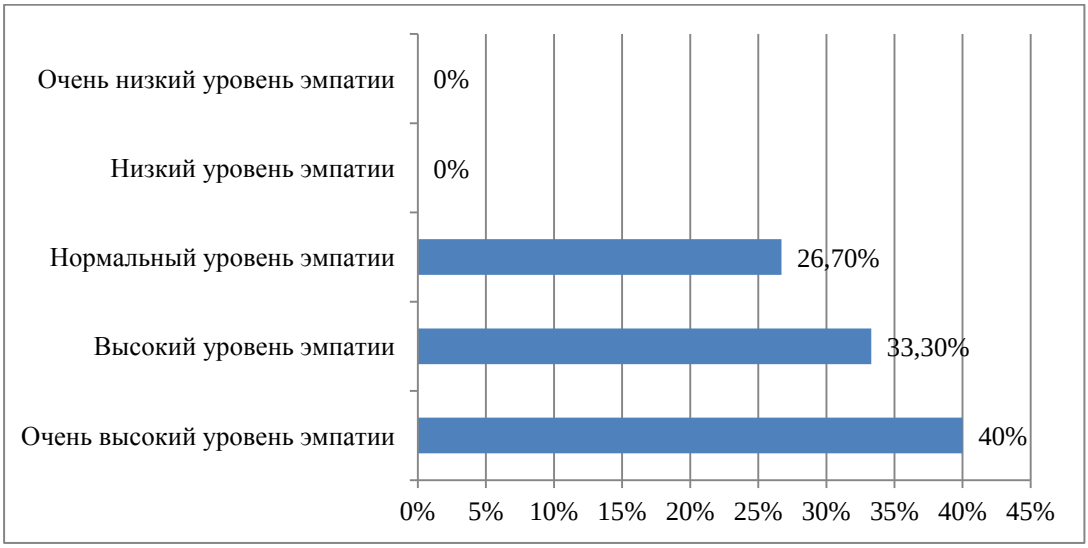


Рисунок 1. Процентное соотношение уровней эмпатии среди студентов 2 курса, направления «сестринское дело» ОГПОБУ «БМК»

В таблице 2 представлены результаты диагностики медицинских сестер травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница».

Таблица 2

Результаты исследования уровня эмпатии среди медицинских сестер травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница»

Номер Испытуемого	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.	1.	2.	3.	4.	5.
Количество баллов	1	1	1	2	9	9	2	0	7	4	8	7	3	4	8

Исходя их общего количества баллов набранных медицинскими сестрами, мы имеем следующие результаты: высокий уровень имеют 5 медсестер (33,3%); нормальный уровень эмпатии имеют 10 медсестер (66,7%). Медицинских сестер с очень высоким, низким и очень низким уровнем эмпатии не оказалось. На рисунке 2 показано процентное соотношение уровней эмпатии медицинских сестер.

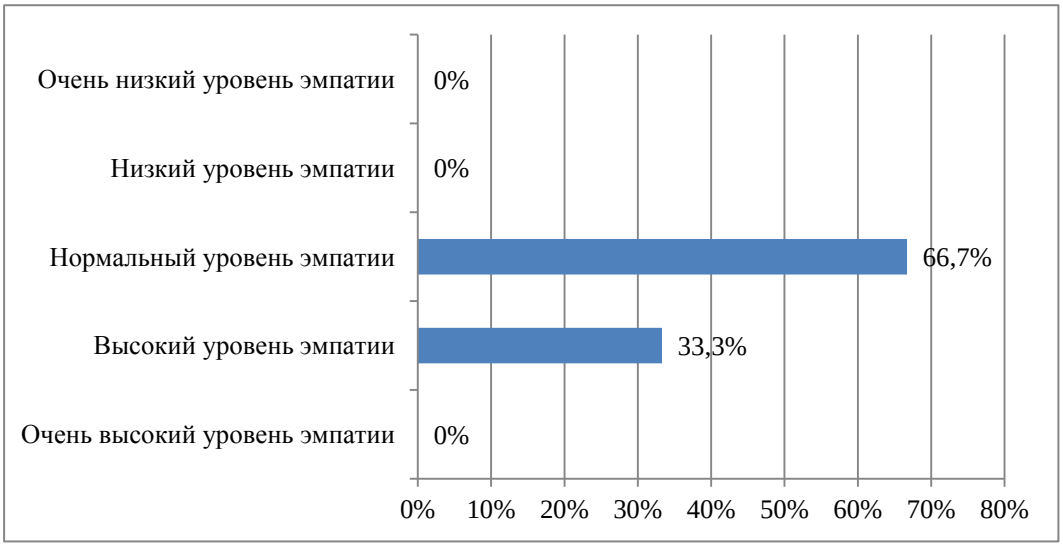


Рисунок 2. Процентное соотношение уровней эмпатии среди медицинских сестер травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница»

Рассмотрим распределение испытуемых по уровням эмпатии в сравнении, которое представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение студентов и медицинских сестер по уровням эмпатии

	Студенты		Медицинские сестры	
	Количество человек	%	Количество человек	%
Очень высокий уровень эмпатии	6	40%	0	0%
Высокий уровень эмпатии	5	33,3%	5	33,3%
Нормальный уровень эмпатии	4	26,7%	10	66,7%
Низкий уровень эмпатии	0	0%	0	0%
Очень низкий уровень эмпатии	0	0%	0	0%

В результате проведенного исследования было выявлено, что большинство студентов (40%, 6 человек) имеют очень высокий уровень эмпатии, тогда как среди медсестер таких респондентов выявлено не было. Преобладающим уровнем эмпатии среди медсестер является нормальный уровень (66,7%, 10 человек). Низкий и очень низкий уровень эмпатии не был выявлен как среди студентов, так среди медицинских сестер. Таким образом, студентам более свойственно чрезмерное проявление сопереживания, чрезмерная чувствительность, возможно, это является спецификой юношеского возраста, в котором пребывают большинство студентов. Тогда как в профессиональной медицинской деятельности преобладает нормальный уровень эмпатии, чрезмерная эмоциональность, так и эмоциональная заторможенность могут быть препятствием для осуществления четких и быстрых действий. В работе медицинской сестре приходится ежедневно оказывать помощь нуждающимся, где нет места чрезмерным эмоциям, где нужен здравый смысл и здравая оценка ситуации.

Рассмотрим среднеарифметические показатели эмпатии у студентов и медицинских сестер, представленные на рисунке 3. Для получения представленных на рисунке показателей баллы по каждой шкале опросника каждого испытуемого суммировались и делились на количество человек (15). Всего в методике рассмотрено 6 направлений эмпатии: а) с родителями; б) с животными; в) с людьми пожилого возраста; г) с детьми; д) с героями художественных произведений; е) с неизвестными и малознакомыми людьми.

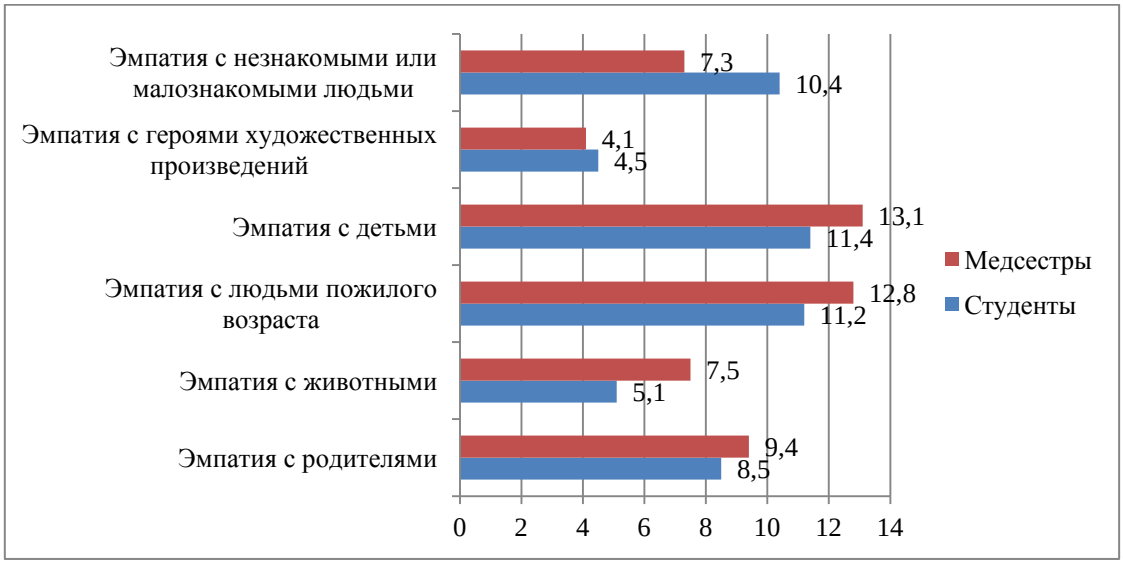


Рисунок 3. Среднеарифметические показатели эмпатии у студентов и медицинских сестер по шкалам эмпатии

По представленным на рисунке 3 показателям по отдельным шкалам эмпатии, были выявлены следующие различия у студентов и медицинских сестер:

- эмпатия к незнакомым или малознакомым людям у студентов проявляется чаще, чем у медсестер, то есть студентам больше, чем медсёстрам свойственно проявление сострадания, сопереживания к незнакомым людям;
- эмпатия с героями художественных произведений у медсестёр и студентов практически не различается, им одинаково свойственно сопереживание и сочувствие героям в художественных произведениях;
- эмпатия в общении с детьми больше проявляется у медсестер, чем у студентов; полученные результаты могут быть связаны с большим опытом общения медсестер с детьми, так как большинство медсестер сами являются матерями;
- эмпатия с людьми пожилого возраста, больше выражена у медицинских сестер, чем у студентов;
- эмпатия к животным намного больше проявляется у медсестер, нежели, чем у студентов, что также может быть связано с тем, что беспомощное животное может ассоциироваться с ребенком.
- эмпатия с родителями проявляется больше у медсестёр, чем у студентов; данная закономерность может быть связана с юношеским возрастом большинства студентов, когда авторитет родителей снижен, тогда как медсестры уже пережили данный возрастной этап и сами выступают в роли родителей.

Если рассматривать отдельно среднеарифметические показатели эмпатии среди студентов отдельно по шкалам (рисунок 4), вырисовывается следующая картина. На первое место выходит эмпатия в общении с детьми (11,4), на второе место выходит эмпатия с людьми пожилого возраста (11,2), далее эмпатия с незнакомыми и малознакомыми людьми (10,4); эмпатия с родителями (8,5); эмпатия с животными (5,1) и на последнем месте эмпатия с героями художественных произведений (4,5).

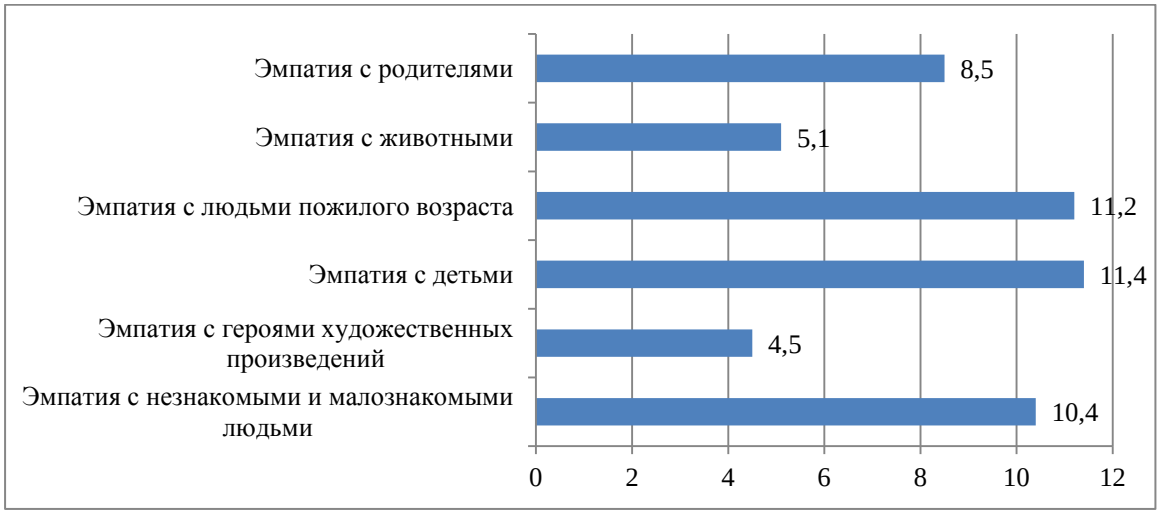


Рисунок 4. Среднеарифметические показатели эмпатии у студентов 2 курса, направления «сестринское дело» ОГПОБУ «БМК»

Рассмотрим отдельно среднеарифметические показатели эмпатии среди медицинских сестер отдельно по шкалам (рисунок 5). На первом месте находится эмпатия с детьми (13,1), на втором месте – эмпатия с людьми пожилого возраста (12,8), на третьем месте – эмпатия с родителями (9,4), на четвертом месте – эмпатия с животными (7,5), на пятом месте – эмпатия с незнакомыми и малознакомыми людьми (7,3) и на последнем месте – эмпатия с героями художественных произведений (4,1).

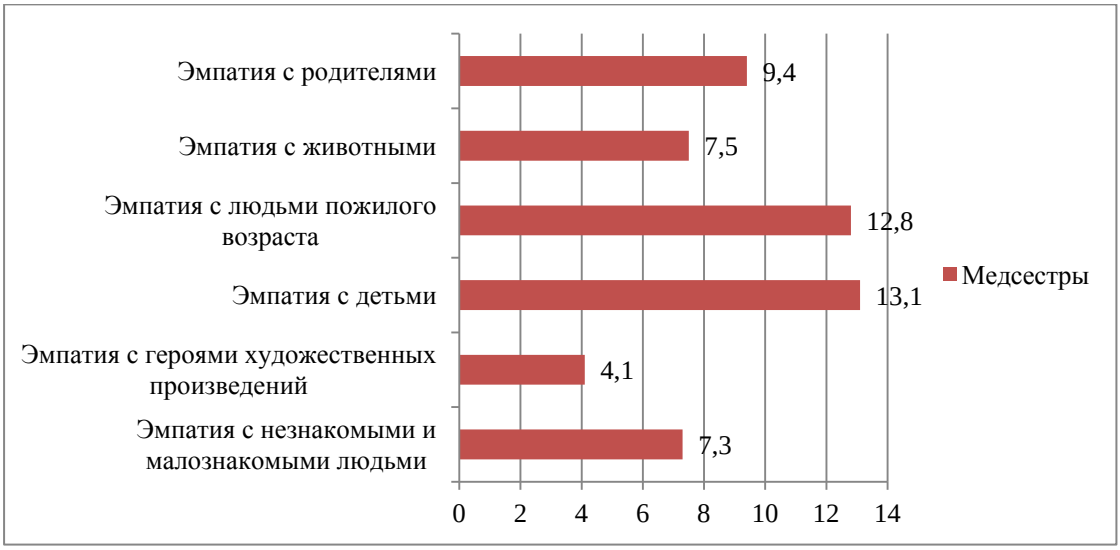


Рисунок 5. Среднеарифметические показатели эмпатии у медицинских сестер травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница»

По результатам исследования, можно однозначно сказать, что действительно у большинства испытуемых студентов уровень эмпатии находится на очень высоком уровне, более высоком, чем у медицинских сестер. Такой уровень эмпатии скорее будет мешать в работе, чем являться мотивацией к помогающему поведению. Тогда как уровень эмпатии большинства медицинских сестер находится на нормальном уровне, ведь чрезмерная эмоциональность могут быть препятствием для осуществления четких и быстрых действий в ситуации оказания помощи. Возможно, с возрастом, уровень эмпатии у студентов станет более адекватным.

В качестве профилактики снижения эмпатии необходимо уметь справляться с негативными состояниями, как дома, так и на работе. Есть несколько простых правил борьбы с негативными состояниями.

Юмор. Функция юмора — обеспечить удовлетворительное самочувствие в далеко не удовлетворительной ситуации. После неприятного разговора с начальством, родственниками или незнакомыми людьми, можно посмотреть любые приятные вам или смешные видеоролики.

Заполнение психики позитивным опытом. Приятно вспомнить успешное решение проблем. Чаще вспоминайте об удачах.

Пресыщение общением. Как показывают исследования, существуют предельные нормы контактов. В среднем после ежедневных семи часов общения даже с близким человеком полезно сделать перерыв хотя бы до следующего дня. Предельные нормы контактов — 7 часов в день, 7 дней в неделю. Иногда полезно побыть наедине с собой.

Людям с высоким уровнем эмпатии очень сложно отказать другому человеку в просьбе. Научитесь говорить «нет». Ведь вы же не в состоянии сделать все, что требуют от вас окружающие. Если будете пытаться сделать все дела, помочь всем страждущим, лучше от этого вам не станет.

Считайтесь с неизбежным. Если вы знаете, что не в ваших силах изменить или исправить какое-либо обстоятельство, скажите себе: «Это так, это не может быть иначе».

Библиографический список

1. Куницына В.Н. Межличностное общение: учеб. для вузов/ Н.В. Казаринова, В.М. Погольша. — С-П/б.: Питер, 2001. - 544 с.

2. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн. - Кн. 1: Общие основы психологии./ Р.С. Немов — 4-е изд. — М.: ВЛАДОС, 2003. - 688 с.

3. Психология мотивации и эмоций. Хрестоматия по психологии/ Под ред. Ю.Б. Гипенрейтер, М.В. Фаликмана. – М.: Изд-во АСТ, 2009. - 704 с.

4. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия/ Е.П. Ильин [и др.].- М.: Питер, 2013. - 304 с.

Приложение 1

Методика И. М. Юсупова «Диагностика уровня эмпатии»

Инструкция. Для выявления уровня эмпатии необходимо, отвечая (соглашаясь или нет) на каждое из 36 утверждений, оценивать ответы следующим образом: при ответе «не знаю» — 0 баллов, «нет, никогда» — 1, «иногда» — 2, «часто» — 3, «почти всегда» — 4, при ответе «да, всегда» — 5 баллов. Отвечать нужно на все пункты.

Текст опросника

1. Мне больше нравятся книги о путешествиях, чем книги из серии «Жизнь замечательных людей».
2. Взрослых детей раздражает забота родителей.
3. Мне нравится размышлять о причинах успехов и неудач других людей.
4. Среди всех музыкальных телепередач предпочитаю «Современные ритмы».
5. Чрезмерную раздражительность и несправедливые упреки больного надо терпеть, даже если они продолжаются годами.
6. Больному человеку можно помочь даже словом.
7. Посторонним людям не следует вмешиваться в конфликт между двумя лицами.
8. Старые люди, как правило, обидчивы беспричинно.

9. Когда я в детстве слушал грустную историю, на мои глаза сами по себе наворачивались слезы.

10. Раздраженное состояние моих родителей влияет на мое настроение.

11. Я равнодушен к критике в мой адрес.

12. Мне больше нравится рассматривать портреты, чем картины с пейзажами.

13. Я всегда прощал все родителям, даже если они были неправы.

14. Если лошадь плохо тянет, ее надо хлестать.

15. Когда я читаю о драматических событиях в жизни людей, то чувствую, будто это происходит со мной.

16. Родители относятся к своим детям справедливо.

17. Видя ссорящихся подростков или взрослых, я вмешиваюсь.

18. Я не обращаю внимания на плохое настроение своих родителей.

19. Я подолгу наблюдаю за поведением животных, откладывая другие дела.

20. Фильмы и книги могут вызвать слезы только у несерьезных людей.

21. Мне нравится наблюдать за выражением лиц и поведением незнакомых людей.

22. В детстве я приводил домой бездомных кошек и собак.

23. Все люди необоснованно озлоблены.

24. Глядя на постороннего человека, мне хочется угадать, как сложится его жизнь.

25. В детстве младшие по возрасту ходили за мной по пятам.

26. При виде покалеченного животного я стараюсь ему чем-нибудь помочь.

27. Человеку станет легче, если внимательно выслушать его жалобы.

28. Увидев уличное происшествие, я стараюсь не попадать в число свидетелей.

29. Младшим нравится, когда я предлагаю им свою идею, дело или развлечение.

30. Люди преувеличивают способность животных чувствовать настроение своего хозяина.

31. Из затруднительной конфликтной ситуации человек должен выходить самостоятельно.

32. Если ребенок плачет, на то есть свои причины.

33. Молодежь должна всегда удовлетворять любые просьбы и чудачества стариков.

34. Мне хотелось разобраться, почему некоторые мои одноклассники были так задумчивы.

35. Беспризорных домашних животных следует отлавливать и уничтожать.

36. Если мои друзья начинают обсуждать со мной свои личные проблемы, я стараюсь перевести разговор на другую тему.

Обработка результатов. Подсчитывается сумма баллов. Но прежде нужно проверить степень откровенности обследуемого. Если он ответил «не знаю» на утверждения 3, 9, 11, 13, 28, 36 и «да, всегда» на утверждения 11, 13, 15 и 27, это свидетельствует о его желании выглядеть лучше и о недостаточной откровенности. Результатам тестирования можно доверять, если опрашиваемый дал не больше трех неискренних ответов.

Выводы. При сумме от 82 до 90 баллов у человека очень высокий уровень эмпатии, от 63 до 81 — высокий, от 37 до 62 — средний, от 12 до 36 баллов — низкий, 11 баллов и менее — очень низкий уровень эмпатии.

Михеева Марина Андрияновна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, II курс
Научный руководитель работы: Даньшина Светлана Викторовна

ПЕДИКУЛЕЗ. ПРОТИВОПЕДИКУЛЕЗНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ЛПУ СТАЦИОНАРНОГО ТИПА

Актуальность данной темы обусловлена тем, что педикулёз является самым распространенным паразитарным заболеванием в мире. Ни сотни лет, ни технический и информационный прогресс педикулёзу оказались нипочем, он остается актуальной проблемой и в наши дни. Это заболевание с одинаковой степенью вероятности может встретиться как среди социально-неблагополучных слоёв населения, так и среди достаточно успешных и благополучных людей.

Заразиться педикулёзом можно в любом месте, где возможен тесный контакт одного человека с другим: в общественном транспорте, в метро, в поезде, в магазине, в бассейне. Очень часто головным педикулёзом заражаются дети.

В Российской Федерации согласно статистическим данным Роспотребнадзора за последнее десятилетие динамика по заболеваемости педикулёзом не имеет тенденции к снижению. Так, например, в 2018 году выявлено 176,8 тысячи случаев заболеваний педикулёзом, а в 2019 году этот показатель составил 193,9 тысячи случаев.

Опасность развития педикулёза связана с тем, что вши очень быстро размножаются на теле человека. При высоком уровне заболеваемости педикулёзом среди населения может возникнуть опасность эпидемии сыпного и возвратного тифа, лихорадки волынской.

Целью данной работы является: провести анализ знаний о заболевании педикулёз и его профилактики по анкетным данным среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

В соответствии с поставленной целью были определены следующие задачи:

1. Изучить нормативные документы, литературные источники, интернет ресурсы по данной теме.
2. Изучить деятельность медицинской сестры при обнаружении педикулёза у пациентов в ЛПУ стационарного типа.
3. Провести анкетирование по теме «Педикулёз» и обработать полученные данные.
4. Сделать вывод и заключение.

Объект исследования: паразитарное инфекционное заболевание – педикулёз.

Предмет исследования: укрепление знаний по теме «Педикулёз» и его профилактики среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что профилактические мероприятия помогут укрепить знания по педикулёзу и уменьшат риск заболеваемости педикулёзом среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Было проведено исследование по теме «Педикулёз и его профилактика» среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Первый вопрос наглядно демонстрирует, что 60% человек перенёсших педикулёз больше, чем тех, кто не встречался с этим заболеванием (40% студентов), что позволяет сделать вывод, что педикулёз является распространённым заболеванием среди населения (Рисунок 1).

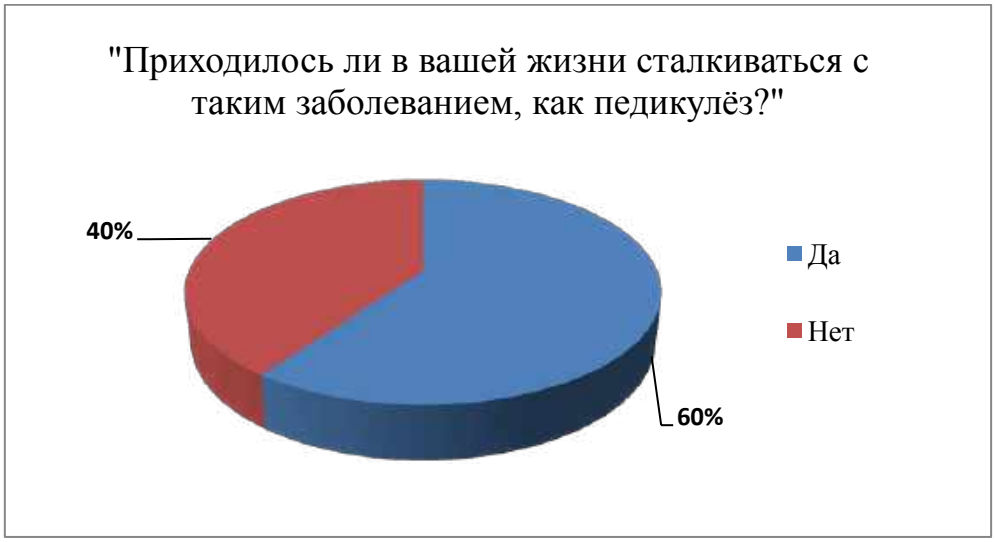


Рисунок 1. «Приходилось ли в вашей жизни сталкиваться с таким заболеванием, как педикулёз?»

100% студентов на вопрос анкеты «С каким видом педикулёза вы столкнулись?» отметили головной педикулёз, а с лобковым и платяным педикулёзом не сталкивались, что говорит о том, что головной вид педикулёза является самым распространённым (Рисунок 2).



Рисунок 2. «С каким видом педикулёза вы столкнулись?»

Следующий вопрос содержит информацию о возрасте, в котором сталкивались опрошенные участники с педикулёзом, из диаграммы видно, что в возрасте с 2 до 7 лет чаще болеют головным педикулёзом, потому что в этом возрасте ребёнок посещает детский сад, где происходит тесный контакт детей (Рисунок 3)



Рисунок 3. «В каком возрасте у вас был выявлен педикулёз?»

Из ответов опрошенных участников, мы выяснили, что проверка на педикулёз проводилась при поступлении в ЛПУ стационарного типа. Можно сделать вывод, что медицинские работники в лечебных учреждениях соблюдают санитарный и противоэпидемический режим в плане профилактических работ по педикулёзу (Рисунок 4).



Рисунок 4. «При поступлении в ЛПУ стационарного типа проводилась ли проверка на педикулёз?»

Любопытен стал факт, что 68 % студентов считают, что частое мытьё волос на голове может уберечь от головного педикулёза, что является ошибочным мнением, так как частое мытьё не может уберечь от заражения головным педикулёзом, и на чистые волосы вшам легче прицепиться, «незасаленную» кожу легче прокусить (Рисунок 5).

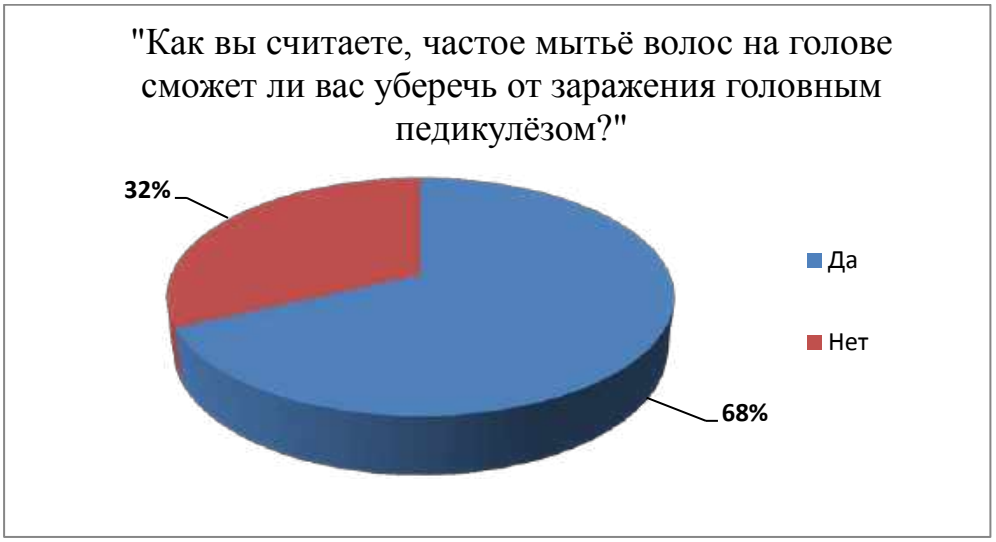


Рисунок 5. «Как вы считаете, частое мытьё волос на голове сможет ли вас уберечь от заражения головным педикулёзом?»

Вопрос о возбудителе фтириаза показал, что 72% опрошенных участников дали верный ответ (лобковая вошь), но есть и те студенты, которые ошиблись в выборе правильного ответа, это 28%, что свидетельствует о неполном владении информацией о педикулёзе (Рисунок 6)

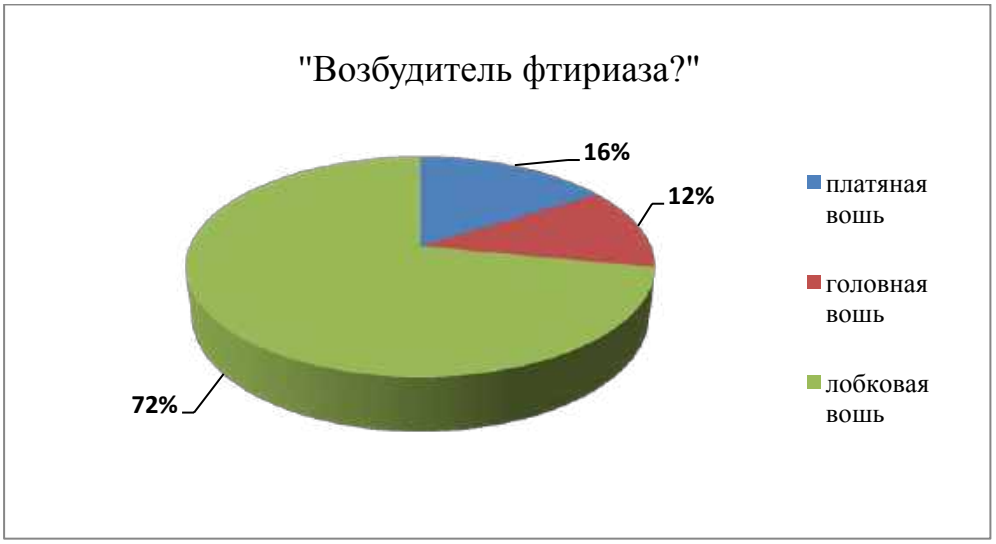


Рисунок 6. «Возбудитель фтириаза?»

Нам стало интересно знают ли студенты о видах педикулёза, подлежащих обязательной регистрации в России с 1987 г. согласно Приказу МЗ РФ от 26.11.1998 №342 и результат показал, что больше половины опрошенных, 52%, участников владеют верной информацией, но есть и те, кто допустил ошибки при выборе ответа, это 48% (Рисунок 7)



Рисунок 7. «Какие виды педикулёза подлежат обязательной регистрации в России с 1987 г. согласно Приказу МЗ РФ от 26.11.1998 №342?»

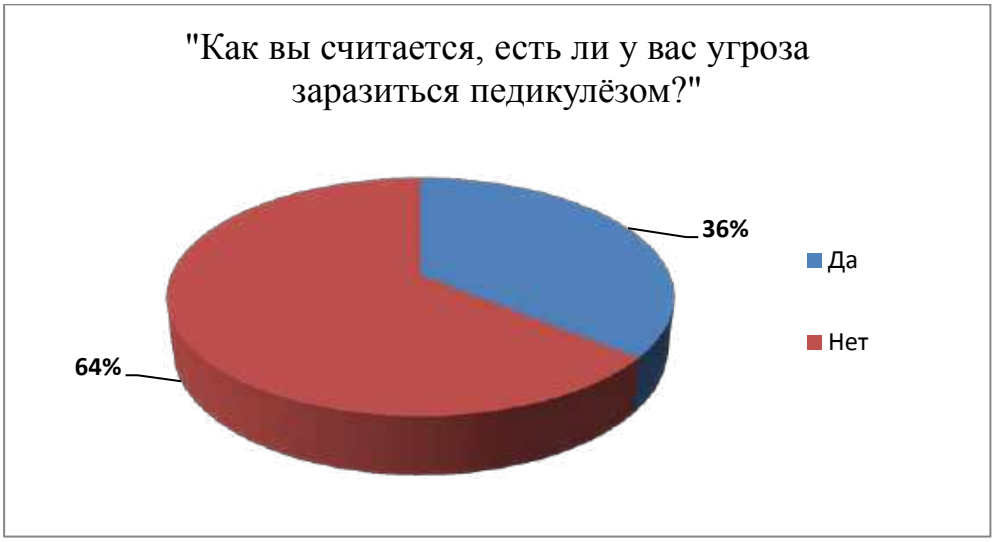


Рисунок 8. «Как вы считается, есть ли у вас угроза заразиться педикулёзом?»

Интересным результатом стала уверенность 64% студентов, что педикулёзом они не смогут заболеть. А ведь заразиться им можно в любом месте, где возможен тесный контакт одного человека с другим: в общественном транспорте, в метро, в поезде, в самолёте, в магазине, в бассейне. Исходя, из этого можно сделать вывод, что опрошенные участники не владеют полной информацией по данному заболеванию.

Проанализировав данные исследования, мы пришли к выводу, что педикулёз является распространённым заболеванием, игнорировать его не следует и знания профилактических мероприятий помогут укрепить знания по педикулёзу и уменьшат риск заболеваемости педикулёзом среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Библиографический список

1. Галлямова Ю. А. Дифференциальная диагностика педикулёза и его лечение / Ю. А. Галлямова, И. М. Шаков [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.lvrach.ru/2010/09/15435035

2. Масленникова А. В. Педикулёз. Причины, симптомы и признаки, средства для лечения патологии, профилактика / А. В. Масленникова [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.polismed.com/articles-pedikulez-prichiny-simptomy-i-priznaki-sredstva.html

3. Москвина А. М. Вши, гниды (педикулёз, вшивость) / А. М. Москвина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://medicalj.ru/diseases/infectious/730-pedikulez-simptomy-lechenie
4. Постановление от 09.12.2015 № 10 «Об усилении мероприятий направленных на профилактику сыпного тифа и педикулёза в ЕАО» главного государственного санитарного врача по Еврейской автономной области В.А. Яновича.
5. Постановление от 22 августа 2014 г. N 50 об утверждении СанПиН 3.2.3215-14 "Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации"
6. Приказ МЗ РФ №342 от 26.11.1998 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического тифа и борьбе с педикулезом»
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11.12.2007 №752 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с педикулёзом»
8. Суворова К. Н. Педикулёз / К. Н. Суворова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.lvrach.ru/2007/10/4716734

Притечко Анастасия Владимировна
Забайкальский край, г. Балей, ГПОУ «ЧМК» Балейский филиал
ЛД20-01, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Туранов Д.С.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКУЮ ОБСТАНОВКУ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

На сегодняшний день благодаря общественному сознанию предотвращается всплеск эпидемиологической обстановки сибиреязвенной болезни. От многих общественных факторов может возникнуть неблагоприятная эпидемиологическая обстановка. В первую очередь, необходимо рассмотреть причины распространения болезни, а также то, что могло бы предотвратить заражение сибирской язвой.

Сибирская язва – древняя инфекция, продолжающая регистрироваться в мире ежегодно и повсеместно [5, 11]. Тем не менее, случаи проявления болезни не выявляются на протяжении с 2022 года.

Согласно определению данным ВОЗ, сибирская язва – это инфекционная болезнь, возбудителем которой является спорообразующая бактерия Bacillus anthracis. Это зоонозная инфекция (заболевание, передаваемое от животных человеку), которая, как правило, поражает травоядных животных (таких как коровы, овцы и козы). Бактерии выделяют чрезвычайно мощные токсины, которые отвечают за симптомы, вызывающие высокий процент смертности. Люди могут заразиться от инфицированных животных или через зараженные продукты животного происхождения. Бактерия Bacillus anthracis впервые была выделена в 1876 г. немецким микробиологом Робертом Кохом. В 1881 г. французский микробиолог и химик Луи Пастер создал прививку против сибирской язвы для животных. Впервые вакцина для человека была создана в 1940 г. сотрудниками Санитарно-технического института Красной армии (г. Киров)

Симптомы Сибирской язвы: инкубационный период сибирской язвы обычно занимает 3-5 дней, но может затягиваться и до недели – двух, а также протекать в течение нескольких часов. Самая распространенная клиническая форма сибирской язвы: карбункулезная. При

этом на коже в месте внедрения возбудителя формируется карбункул, проходя последовательно стадии пятна, папулы, везикулы и язвы. Сначала образуется красное безболезненное пятно, быстро преобразующееся в медно-красную (иногда багровую), приподнятую над поверхностью кожи, папулу. На этом этапе больных обычно беспокоит зуд и некоторое жжение пораженного участка.

Спустя несколько часов папула прогрессирует в наполненную серозной жидкостью везикулу около 2-4 мм в диаметре. Содержимое везикулы вскоре приобретает темный, иногда багрово-фиолетовый, оттенок в результате геморрагии. Вскрываясь (самостоятельно или при расчесывании), везикула образует язву с темно-коричневым дном, приподнятыми краями и отделяемым серозно-геморрагического характера. При типичном течении первичная язва опоясывается новыми везикулами, которые при вскрытии сливаются и увеличивают язвенный дефект.

Спустя несколько дней (иногда до двух недель) в центре язвы формируется черный некротический струп, постепенно замещая все ее дно. На вид карбункул напоминает обгоревшую корку, безболезненный, окружен багрово-красным воспалительным валиком, возвышающимся над непораженной кожей. Ткани вокруг карбункула выражено отечны, нередко отек захватывает значительный участок (в особенности в случае локализации в местах с рыхлой подкожной клетчаткой, на пример, на лице). При расположении карбункула на лице высока вероятность распространения отечности на верхние дыхательные пути и развития угрожающей жизни асфиксии.

Заболевание с самого начала сопровождается значительной интоксикацией (головная боль, слабость, адинамия, ломота в мышцах, пояснице, возможна боль в животе), лихорадкой. Через пять-шесть дней температура тела резко снижается, происходит регресс общих и местных клинических проявлений. Струп отторгается спустя 2-3 недели, язва постепенно заживает, оставляя грубый рубец.

Как правило, карбункул формируется в единичном экземпляре, в редких случаях их количество может достигать 10 и более, что значительно утяжеляет течение заболевания. Наибольшую опасность представляют карбункулы на голове, шее, слизистых оболочках ротовой полости и носа, заметно ухудшающие течение и грозящие осложниться сепсисом.

Эдематозная форма на первом этапе ограничивается отечностью тканей, карбункул формируется позднее и отличается довольно крупными размерами. Буллезная разновидность характеризуется формированием в области входных ворот инфекции наполненных геморрагическим содержимым пузырей, преобразующихся после вскрытия в обширные язвы, прогрессирующие в карбункулы.

При генерализованных формах сибирской язвы характерно преимущественное поражение органов дыхания (легочная форма). Клинические проявления напоминают таковые при гриппе: симптомы интоксикации сопровождаются кашлем, насморком, слезотечением, отмечается учащение дыхания, тахикардия, одышка. Эта фаза заболевания может продолжаться от нескольких часов до двух дней, после чего происходит значительное нарастание признаков интоксикации, лихорадка достигает критических цифр (39-40 градусов), выражен озноб. Иногда в этот период отмечаются боли и стеснение в грудной клетке, при кашле выделяется обильная мокрота с кровянистой примесью, при свертывании напоминающая вишневое желе. В последующем происходит нарастание олигурии,

признаков сердечно-сосудистой недостаточности, отека легких. Продолжительность последней фазы заболевания не превышает 12 часов, больные находятся в сознании.

Наиболее тяжело протекает кишечная разновидность генерализованной формы сибирской язвы, имеющая крайне неблагоприятный исход. Первая фаза, так же как и в других случаях характеризуется лихорадкой и выраженной интоксикацией, сопровождающимися жжением и болезненностью в горле, и продолжается до полутора суток, затем к этой симптоматике присоединяется выраженная режущая боль в животе, тошнота, рвота с кровью, диарея. В каловых массах также визуально определяется кровь. В третьей фазе имеет место нарастающая сердечная декомпенсация, лицо приобретает багровый или синюшно-розовый оттенок, отмечаются инъекции склер, на коже могут быть петехиальные или геморрагические высыпания. Больные тревожны, испытывают страх.

Септическая разновидность генерализованной формы протекает в виде первичного или вторичного (явившегося осложнением другой формы сибирской язвы) сепсиса. При этом отмечается очень быстрое нарастание симптоматики интоксикации, многочисленные геморрагии на коже и слизистых, часто поражаются мозговые оболочки. Данная форма, зачастую, прогрессирует с развитием инфекционно-токсического шока.

В процессе исследования нами был проведен опрос, нацеленный на описание статистики и раскрытия процентной части коллективного сознания, которое могло бы повлиять на распространение сибирской язвы:

1. 80% опрошенных рекомендовали специфическую вакцинацию для предотвращения распространения сибирской язвы;
2. 10% рекомендовали соблюдать необходимый санитарно-гигиенический режим;
3. 8% предложили перепроверять сибиреязвенные захоронения;
4. 2% предложили ужесточить контроль за соблюдениями требований безопасности среди фермеров.

Таким образом, были выделены следующие общественные факторы, влияющие на распространение сибиреязвенной болезни, как профилактика данного заболевания; ветеринарные и медико-санитарные меры, задачей которых является выявление, контроль и санация эпидемиологических очагов; разъяснительная работа и проведение санитарных и ограничительных мероприятий. Неотложными задачами остаются прекращение бесконтрольного убоя животных, соблюдение правил уборки, утилизации и уничтожения трупов, осуществление постоянного и действенного надзора за заготовкой, транспортировкой и переработкой животного сырья; контроль за санитарным состоянием ферм, пастбищ, скотопрогонных трасс, мест водопоя, контроль за безопасностью производственных и животноводческих стоков. В большей степени распространение сибиреязвенной болезни зависит от человеческого фактора, от влияния общественных факторов на эпидемиологическую обстановку.

Библиографический список

1. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология / Л.Б. Борисов. — М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2005. — 736 с.

2. Дикий И.Л. Микробиология: Руководство к лаборатор. занятиям: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / И.Л. Дикий, И.И. Сидорчук, И.Ю. Холупяк. — Х.: НФАУ: Золотые страницы, 2002. — 444 с.

3. Кисленко В.Н. Ветеринарная микробиология и иммунология. Часть 1. Общая микробиология / В.Н. Кисленко, Н.М. Колычев. — М.: КолосС, 2006. — 183 с.

4. Колычев Н.М. Ветеринарная микробиология и иммунология / Н.М. Колычев, Р.Г Госманов. — М.: Лань, 2006. — 624 с.

5. Куличенко А.Н. Сибирская язва на Северном Кавказе / А.Н. Куличенко, Н.П. Буравцева, А.Г. Рязанова, Е.И. Еременко. — Майкоп: Качество, 2016. — 198 с.

6. Скородумов Д.И. Микробиологическая диагностика бактериальных болезней животных / Д.И. Скородумов, В.В. Субботин, М.А. Сидоров, Т.С. Костенко. — М.: ИзографЪ, 2005. — 652 с.

Манзаракшаев Аюша Мункуевич
Простакишин Максим Евгеньевич
Г. Чита, ГПОУ «Читинский медицинский колледж»
31.02.05. Стоматология ортопедическая III курс
Научный руководитель - преподаватель отделения
Стоматология ортопедическая Богомолова С. С.

ШУМ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ВРЕДНОСТЬ В РАБОТЕ ЗУБНОГО ТЕХНИКА

Зубной техник считается главным помощником стоматолога-ортопеда, помогая ему в изготовлении зубных протезов. И, несмотря на то, что эта деятельность призвана воссоздать естественную красоту и дарить здоровье, занятие это при упущении некоторых санитарных норм труда может в итоге привести к ряду профессиональных заболеваний.

Актуальность данной темы заключается в том, что шум и вибрации представляют один из внешних факторов среды, в которой работает зубной техник. Ежедневно он подвергается вредному воздействию производимым шумом бормашин, излучениями ультразвука, пескоструйными приборами и пароструйными устройствами и многим другим шумовым загрязнениям. Все это способно оказать зловредное воздействие, как на слуховой аппарат рабочего, так и на его нервную систему.

Объект исследования: учебные зуботехнические лаборатории.

Предмет исследования: уровень шумового загрязнения.

Цель исследования: Изучение влияния шума на организм студентов ГПОУ «ЧМК» отделения Стоматология ортопедическая.

Задачи: 1. Изучить литературу о влиянии шума на организм человека;

2. Провести исследовательские работы по определению источников шумового загрязнения и выявить уровень шумового загрязнения в учебных зуботехнических лабораториях;

3. Провести анкетирование среди учащихся о влиянии шума;

4. Создать памятки для учащихся о вреде шума.

Методы исследования: эксперимент; анкетирование; анализ.

Среди прочих факторов, влияющих на здоровье человека, шум – на втором месте после химического загрязнения. Усиление шумового фона свыше предельно допустимых величин (80 дБ) представляет собой опасность для физического и психического здоровья человека. Шум коварен, его вредное воздействие на организм совершенно незаметно, более того, против шума организм человека практически не защищен. При резком свете мы

закрываем глаза, инстинкт самосохранения спасает нас от ожогов, заставляя отдернуть руку от горячего и т. д., а от воздействия шума у человека нет защитной реакции[2].

Обычно мы не видим, как распространяется звук. Но проделав следующий опыт, мы убедились, что звуки движутся в воздухе. Мы взяли металлическую миску и натянули на миску полиэтилен. Скатали из салфеток шарики и положили их сверху. Поставили миску рядом с шлифовальным мотором и включили его (Рис. 1). Что происходит? Шарики «танцуют».



Вывод: Звук от шлифмотора волной проходит по воздуху и бьет по натянутой пленке, которая колеблется, и бумажные шарики отскакивают. Звук шлифмотора заставляет воздух колебаться.

Рис 1. Опыт № 1.

Каким образом мы слышим звуки. В ушах у нас есть барабанная перепонка. Когда звуковая волна доходит до нее, то молекулы воздуха ударяются о барабанную перепонку и благодаря этому мы слышим звук.

На следующем опыте мы определили движение звуковой волны. Мы увидели, где звук будет громче — рядом с источником или подальше. На полиэтилен мы положили чаинки. С помощью слесарного молотка мы ударяли по наковальне, одновременно удаляя и приближая наковальню (Рис. 2; Рис. 3).



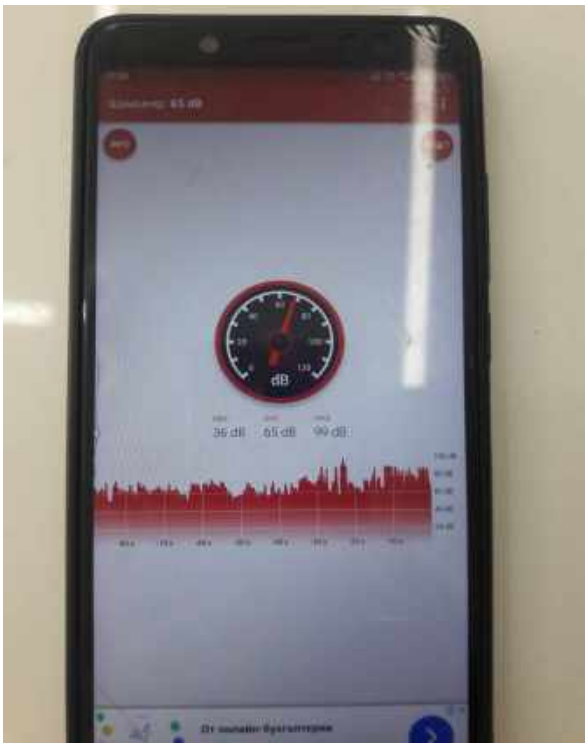
Рис. 2. Опыт № 2, рядом с источником звука.



Рис 3. Опыт № 2, в далеке от источника звука.

Вывод: Чем дальше производился источник звука, тем меньше подпрыгивают чаинки на мембране полиэтилена, т.е. распространение звуковой волны, которое передаётся через воздух, зависит от расстояния источника звука.

Далее мы решили выявить уровень шумового загрязнения в учебных зуботехнических лабораториях. Прибор для измерения шума называется шумомер. В своем телефоне мы скачали приложение, с помощью которого возможно определять уровень шума (Рис.4). Так называемый - шумомер в гаджете. Измерив уровень шума, мы сравнили наши показатели с таблицей допустимых норм шума.



Вывод: Пустая учебная зуботехническая лаборатория -3дБ. Учебная лаборатория во время практических занятий – 98дБ, при допустимой норме 75 дБ. Руководствуясь санитарными нормами (Рис. 5), уровень шума превышен.

Рис. 4. Шумомер, приложение в телефоне.

Чтобы узнать мнения учащихся о вреде шума нами была разработана анкета (Приложение 1). В анкетировании приняло участие 123 человека.

По результатам опроса, было выявлено, что более 60% учащихся знают о том, что громкий шум вреден для здоровья.

О том, что в учебных зуботехнических лабораториях повышен уровень шумового загрязнения основная масса студентов не задумывались – 78%.

Большая часть опрошенных не замечают шум во время занятий – 80%.

Вид труда	Максимально допустимый уровень **шума (дБ), В полосах следующих октав (Гц)**									Эквивалентные уровни шума, дБА
Научная работа, расчеты, конструирование	6	1	1	4	9	5	2	0	8	50
Офисы, лаборатории	3	9	0	8	8	5	2	2	9	60
Офисы с речевой связью, помещения мастеров и т.п.	6	3	4	8	3	0	7	5	4	65
Сосредоточенная работа в помещениях с шумным оборудованием	03	1	3	7	3	0	8	6	4	75
Все виды работ в цехах и на территориях предприятий	07	5	7	2	8	5	3	1	9	80

Рис. 5. Таблица допустимых норм шума. СанПиН 2.2.4.3359-16 «Санитарно-эпидемиологические требования к физическим факторам на рабочих местах», от 21 июня 2016 года № 81. Действует с 01 января 2017 года.

Раздел III посвящен уровню шума при работе.

Также в ходе тестирования учащиеся предложили свои меры борьбы с шумовым загрязнением, например, пользоваться берушами или наушниками для звукоизоляции, приобрести оборудование с более низким шумовым воздействием, использовать защитные средства: кожухи, специальные экраны, звукопоглощающие материалы.

В связи с этим были разработаны памятки для учащихся о вреде шума, планируется провести классные часы на данную тему.

В результате исследования были сделаны следующие выводы: уровень шумового загрязнения в учебных зуботехнических лабораториях превышает допустимые нормы, но более половины учащихся привыкли к шуму оборудования настолько, что не обращают на него внимания. И напрасно, ведь наше здоровье – в наших руках!

Библиографический список

1. Кузнецов В.Н. Справочные и дополнительные материалы к урокам экологии. – М.: «Дрофа», 2002г.

2. Познавательные опыты в школе и дома.- М.: Росмэн, 2003г.

3. Радзевич Н.Н., Пашканг К.В. Охрана и преобразование природы. – М.: Просвещение, 2002г.

Приложение 1

Анкета

1) Знаете ли вы о том, что громкий шум вреден для здоровья?
а) да б) нет

2) Как вы считаете, в учебных зуботехнических лабораториях повышен уровень шумового загрязнения?
а) да б) нет в) затрудняюсь ответить

3) Мешает ли вам громкий шум моторов и другого оборудования во время практических занятий?
а) да б) нет в) я его не замечаю

4) Какие меры борьбы с шумовым загрязнением в учебных зуботехнических лабораториях вы могли бы предложить?

Голованов Константин Александрович
г. Комсомольск-на-Амуре, КФ ХГМК
34.02.01 Сестринское дело 1 курс
Научный руководитель - преподаватель иностранных языков
Эльтун Элеонора Владимировна

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Факторы, влияющие на состояние здоровья населения



В основных материалах Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) здоровье определяется, как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Здоровье представляет собой весьма сложное явление, характерные и значимые стороны которого нельзя выразить кратко и однозначно. Здоровье можно рассматривать в нескольких аспектах: физическое здоровье, психическое здоровье, нравственное здоровье, социальное здоровье и др.

Качество здоровья и его интегральное выражение – ожидаемая продолжительность жизни – зависят от различных факторов: природных, эколого-гигиенических, производственных, но в первую очередь от социально-экономических. На этот факт указывают и эксперты международных организаций. На 52-й сессии ВОЗ было подчеркнуто, что основные детерминанты здоровья связаны с социально-экономическими факторами; связь между состоянием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием четко прослеживается во всех европейских государствах.

Объективные факторы, влияющие на состояние здоровья человека

1. Экономическое развитие территории.

Фактор оказывает влияние на заболеваемость всего населения, в первую очередь детского, заболеваемость беременных женщин, смертность в трудоспособном возрасте.

2. Промышленное развитие территории (капиталовложения, объем промышленной продукции на душу населения).

Фактор оказывает влияние на заболеваемость всего населения, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, рождаемость, заболеваемость туберкулезом.

3. Социальная напряженность (уровень зарплаты, уровень преступности, уровень безработицы).

Фактор оказывает влияние на заболеваемость всего населения, в том числе взрослых, заболеваемость туберкулезом, смертность всего населения, в том числе в трудоспособном возрасте.

Приоритетными **санитарно-гигиеническими факторами**, влияющими на санитарно-эпидемиологическую обстановку на территории городского округа являются:

Химическая нагрузка на население, связанная с умеренным загрязнением питьевой воды железом, алюминием, остаточным хлором.

В 2021 году в Городе Комсомольске-На-Амуре было проведено исследование городских очистных сооружений и получили такие данные:

№ п\п	Показатели	ПДК мг\л СанПиН	Средние результаты анализов за месяц
1.	Запах	2	1\1
2.	Цветность	20	4
3.	Мутность	2.6	1.0
4.	Железо	0.3	0.08
5.	Нефтепродукты	0.1	<0.005
6.	Алюминий	0.2	<0.04
7.	Хлориды	350	<10.0

Вывод: качество воды в нашем городе остаётся в пределах нормы за счёт очистных сооружений.

Показатели загрязнения атмосферы города Комсомольск-На-Амуре по данным стационарных наблюдений в 2018 г.

Наименование примеси	Среднегодовая концентрация		Максимальная концентрация за год		Повторяемость Превышения 1 ПДК(%)
	Мг\м³	ПДК (кратность)	Мг\м³	ПДК (кратность)	
Взвешенные вещества	0,178	1,2	1,300	2,6	1,8

Диоксид серы	0,007	0,1	0,416	0,8	0,0
Оксид углерода	2,1	0,7	4,4	0,9	0,0
Диоксид азота	0,026	0,7	0,093	0,5	0,0
Оксид азота	0,008	0,1	0,050	0,1	0,0

Вывод: по результатам показателей загрязнения атмосферы видно, что среднегодовое содержание взвешенных веществ повышено. Среднегодовые значения других основных и специфических примесей не превышали уровня предельно допустимых значений.

Факторы риска, связанные с условиями труда:

- высокий уровень шума и вибрации на предприятиях города;
- неудовлетворительный микроклимат на ряде производств;
- превышение на рабочих местах ПДК, продуктов сгорания органического топлива (бенз(а)пирен, углерода оксид, азота оксиды).

Факторы, связанные с условиями проживания населения:

- неудовлетворительный микроклимат в отдельных жилых микрорайонах города.

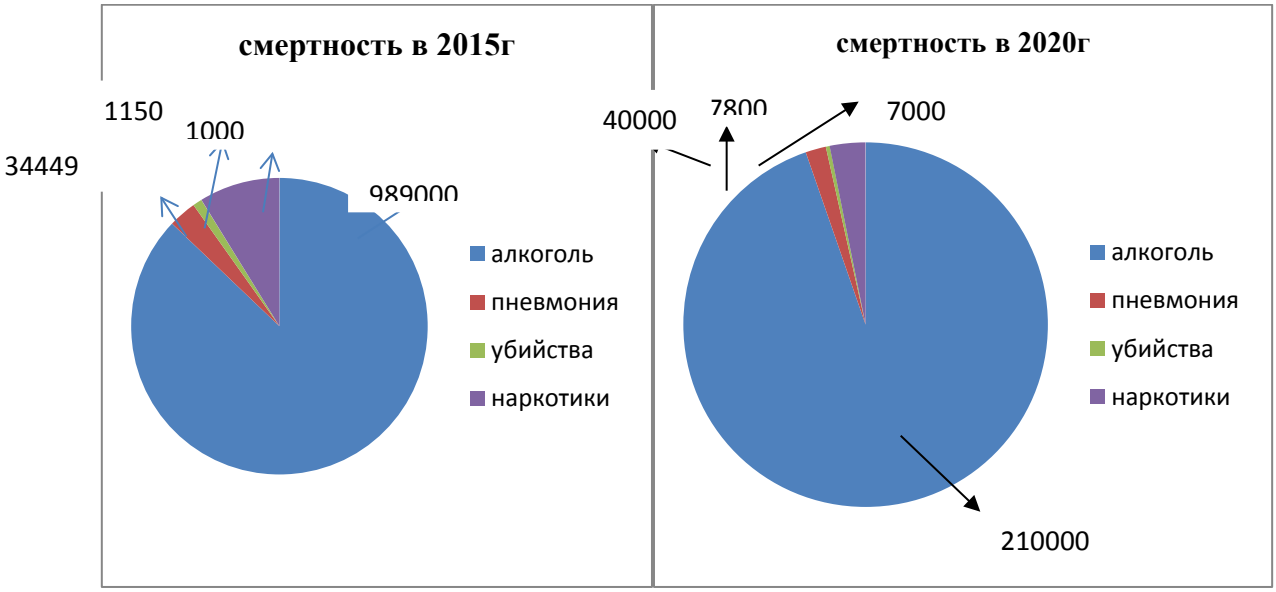
В городе Комсомольск-на-Амуре существует металлургический завод «Амурсталь» в его стенах неудовлетворительный микроклимат, не соблюдение техники безопасности может привести к заболеваниям лёгких эмфиземе, астме и даже смерти.

Комсомольский-На-Амуре нефтеперерабатывающий завод - перерабатывает огромное количество нефти в год (8.5 миллионов тонн), без выброса опасных веществ в атмосферу и в природу никак не обходится, так как при переработке нефти выделяется множество опасных веществ в атмосферу.

Иногда случаются глобальные катастрофы, такие как разливы нефти. Например, в Ненецком автономном округе произошла авария при проведении работ на одной из разведочных скважин, приведшая к неконтролируемому выбросу нефти. Фонтан нефти, поднимавшийся на высоту до 25 метров, удалось заглушить только 22 апреля. Руководство "Башнефти" первоначально оценивало разлив нефти в 600 кубометров. По данным Росприроднадзора, площадь загрязнения составляла 24 тысячи квадратных метров, по данным спутников – 42 гектара (42 тысячи квадратных метров). Экономический ущерб составил 13,5 миллионов рублей.

Социальные проблемы общества

В постсоветский период основным источником потерь здоровья стало разрастание маргинальных слоев населения и увеличение в них рисков смертности от экзогенных и внешних причин (туберкулез, пневмонии, циррозы разной этиологии, повреждения с неопределенными намерениями, случайные отравления алкоголем, а также от неточно обозначенных симптомов, признаков и состояний), причем в молодом возрасте весь этот спектр причин почти полностью определяется неработающими и низко квалифицированными рабочими.



По данным диаграммы, мы можем сделать вывод, что смертность от алкоголя и пневмонии составляет наибольшее число. И в сравнении с 2015 эти цифры выросли в 2020г. больше чем в 2 раза. Что может свидетельствовать о том, что медучреждения не в полной мере проводят профилактическую работу среди граждан, о социальной напряженности, что неизбежно способствует повышению смертности.

Так же среди ведущих факторов, негативно влияющих на здоровье, следует отметить:

1. Переедание.

Переедание означает потребление такого количества пищи, энергетическая ценность которого больше расходуемой нами энергии, что приводит неминуемо к увеличению веса. Лишний вес - это база для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонической болезни, сахарного диабета, заболеваний опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, ряда онкологических заболеваний. Ожирение неблагоприятно влияет на потомство.

2. Гиподинамия.

Гиподинамия – низкая физическая активность. Многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями установлено, что при гиподинамии сокращается объем мышечной массы (атрофия мышц, в том числе и сердечной), снижается тонус мышц, их работоспособность; уменьшается масса и плотность костей, повышается выделение минеральных веществ из них в кровь, поэтому кости становятся более хрупкими, появляется наклонность к образованию камней в почках; снижается эластичность сухожилий и связок, уменьшается объем движений в суставах, ухудшается координация движений.

При гиподинамии нарушаются все виды обмена веществ в организме, в том числе и жировой, что способствует развитию избыточного веса и ожирения; растет уровень холестерина и липопротеидов в крови, быстрее развивается атеросклероз; повышается артериальное давление, что способствует развитию гипертонической болезни; ухудшается работа дыхательной системы, нарушается пищеварение, снижается иммунитет.

Выключается конечное звено стрессовой реакции - движение, поэтому в организме накапливаются гормоны стресса и нарастает состояние психического напряжения, что ведет к развитию так называемых болезней цивилизации (ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка, диабет, неврозы, психические расстройства и др.).

3. Стрессы.

Стресс – это реагирование организма на любое воздействие, которое нарушает равновесие или стабильное состояние здоровья. Такое воздействие может быть как эмоциональным, так и физическим. На стресс реагируют все системы организма человека: нервная, пищеварительная, опорно-двигательная, сердечно-сосудистая, эндокринная, репродуктивная и другие.

Стрессовая ситуация приводит к раздражительности, агрессивности, депрессии, неврозам, бессоннице.

Основные правила здорового образа жизни.

1. Занятие физической культурой и спортом.

Спорт - это наше долголетие. Зарядка – самый простой и доступный всем вид спорта. Движение для человека – жизнь. Необходимо тренироваться в любом возрасте, есть разнообразные виды физических упражнений.

2. Правильное питание.

В рацион питания следует включать как можно больше фруктов, овощей и продуктов, в состав которых входят полезные вещества (витамины, минералы). Откажитесь от фастфуда, газировки, полуфабрикатов, чипсов, сухариков и прочего.

3. Нет вредным привычкам.

Вредные привычки – главные враги нашего организма. Здоровый образ жизни не совместим с наркоманией, табакокурением, чрезмерным употреблением спиртных напитков.

4. Режим дня.

Наряду с плодотворной работой следует разумно отдыхать и восстанавливать свои силы. Надо стараться не переутомляться ни физически, ни умственно. Необходимо ложиться спать не позже 23 часов, на сон надо отводить не менее 7-8 часов. Постоянное недосыпание отрицательно может сказаться на здоровье.

5. Позитивное настроение.

Наиважнейшее правило здорового образа жизни – это светлое и позитивное настроение! Радуйтесь хорошим моментам, достижениям и не заостряйте внимание на оплошности и неудачи. Не стоит тревожиться по пустякам!

6. Свежий воздух.

Проветривайте свой дом, квартиру или офис ежедневно, выезжайте на свежий воздух. Для нормального физического состояния обязательно глубокое и правильное дыхание.

7. Закаливание.

Закаливание – это система профилактических мероприятий, направленных на сопротивляемость организма неблагоприятным факторам окружающей среды. Оздоровительное закаливание помогает организму повысить адаптацию к условиям внешней среды, повышает выносливость организма, укрепляет нервную систему, повышает иммунитет и сопротивляемость болезням. Закаливание считают одним из лучших способов сохранить здоровье.

8. Соблюдение личной гигиеной.

Личная гигиена — совокупность гигиенических правил, выполнение которых способствует сохранению и укреплению здоровья человека. К личной гигиене в узком понимании относятся гигиенические требования к содержанию в чистоте тела, белья, одежды, жилища, а также соблюдение чистоты при приготовлении пищи. Первоочередным

является соблюдение чистоты тела, в противном случае нарушаются ее защитные свойства и соотношение микроорганизмов, постоянно населяющих покровы тела, создаются благоприятные условия для размножения гноеродных микробов, паразитических грибков и других вредных микроорганизмов.

9. Профилактическая активность.

Раннее обращение за медицинской помощью позволяет своевременно выявить хронические неинфекционные заболеваний, а также факторы риска их развития.

Регулярная диспансеризация и профилактические медицинские осмотры являются важнейшими массовыми и высокоэффективными медицинскими технологиями сбережения здоровья и снижения преждевременной смертности населения.

Вывод

В ходе данной работы я проанализировал источники и понял, что здоровье для каждого человек является естественной жизненной ценностью. Поэтому в настоящее время актуализируется феномен здоровья как ценный капитал, как выигрышное инвестирование в будущее. Несмотря на внешние факторы, в первую очередь, именно сам человек должен осознать, что жить качественно, полноценно, не попадая в категорию вымирающего человечества, может и должен только он сам.

Библиографический список

1. https://www.voronezh-city.ru/communications/comments/detail/15758
2. https://center-yf.ru/data/stat/vliyanie-socialnyh-faktorov.php
3. https://krymsk-crb.ru/patients/novosti/113-faktory-vliyayushchie-na-sostoyanie zdorov-ya-cheloveka
4. https://studme.org/1806020327502/meditsina/vliyanie_sotsialnyh_faktorov_zdorove _cheloveka

Мазуркевич Любовь Андреевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель физической культуры
Андреев Андрей Пантелеевич

ПРОБЛЕМА ГИПОДИНАМИИ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ БИРОБИДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

«Если ручка двери часто движется - она не ржавеет.
Так и человек, если он много двигается - он не болеет»
Хуа То

Гиподинамия - по праву считается болезнью цивилизации ведь современная жизнь отличается стремительными темпами развития, научно-техническим прогрессом, бурным ростом технологий. Вместе с тем, снижается уровень физической активности человека, нарастает стресс и гиподинамия. Гиподинамия становится одной из основных проблем

современности, поскольку все большему числу людей, в силу различных обстоятельств не хватает двигательной активности. Особенно ярко выражена эта проблема среди студенческой молодежи, которая вынуждена большую часть времени проводить на учебе, в сидячем и малоподвижном состоянии.

В условиях современного общества здоровый образ жизни приобретает все большую значимость. Сегодня в мире наблюдается тенденция к сохранению и приумножению здоровья, улучшению его основных показателей. Все больше людей стремится избавиться от вредных привычек, правильно питаться, заниматься различными видами спорта, позволяющими сохранить не только физическое, но и психическое здоровье.

Можно сказать, что в современном обществе потребность в здоровом образе жизни находится на высоком уровне. Важным компонентом ЗОЖ является организация занятий физической культурой и спортом, которая организовывается на различных уровнях.

Особое внимание необходимо уделять разработке программ, направленных на профилактику гиподинамии у студентов. Программы должны учитывать индивидуальные потребности студентов, удовлетворять базовые потребности в двигательной активности людей, ведущих сидячий и малоподвижный образ жизни.

Цель работы – изучение развития гиподинамии у студентов Биробиджанского медицинского колледжа.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть этиологию, патогенез, специфику гиподинамии.
2. Выделить факторы риска, способствующие развитию гиподинамии у студентов медицинского колледжа.
3. Разработать анкету и провести исследование уровня двигательной активности у студентов медицинского колледжа.
4. По результатам анкетирования выявить риск развития гиподинамии;
5. Сделать выводы по проделанной работе.

Объект исследования – гиподинамия среди молодежи.

Предмет исследования – гиподинамия среди студенческой молодежи Биробиджанского медицинского колледжа.

Гипотеза исследования – мы предполагаем, что студенты Биробиджанского медицинского колледжа подвержены гиподинамии.

Методы исследования:

- научно - теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- субъективный (анкетирование);
- математико-статистический (обработки данных анкетирования).

Гиподинамия (от греческого hypo - внизу и dynamis - сила) - ослабление мышечной деятельности, обусловленное сидячим образом жизни и ограничением двигательной активности. Длительная гипокинезия (более 5 — 10 сут.) во всех ее формах оказывает многогранное, полиорганное, патологическое действие на организм, снижает его биологическую резистентность и является серьезным неспецифическим фактором риска возникновения различных заболеваний.

Гиподинамия - это состояние пониженной активности организма, вызванное отсутствием физической нагрузки у человека. Гиподинамия не является заболеванием, но приводит к серьёзным нарушениям в организме. Обобщенный анализ известных результатов

исследований по проблеме негативного влияния гиподинамии на интегральные показатели здоровья человека позволяет выделить следующие, наиболее потенциально опасные последствия снижения мышечной активности:

- увеличение на 40% риска преждевременной смерти в течение 15 лет трудовой деятельности, связанной с длительным (более 6 часов в сутки без профилактических перерывов через каждый час работы) сидением перед монитором компьютера;

- увеличение на 30% риска заболеть раком простаты, на 125% риска развития сердечно - сосудистых заболеваний, на 20% риска развития диабета второго типа, на 44% развития рака нижних отделов толстой кишки;

- возникновение тромбоэмболии легочной артерии, нарушений кровообращения в органах малого таза;

- ускорение процессов старения (люди, ведущие активный образ жизни, стареют на 10 лет позже, чем их ровесники).

- увеличение риска ухудшения функционирования опорно-двигательной, пищеварительной и нервной систем.

Характерно, что сидячий образ жизни — это одна из 10 ведущих причин смерти и инвалидности во всем мире, и в 90% случаев он является провоцирующим фактором развития заболеваний суставов, а каждые два часа в день непрерывного пребывания в сидячем положении увеличивают риск ожирения на 5% .

Слабость мышечной ткани отрицательно сказывается на работе всех органов и систем организма человека, нарушаются нервно- рефлекторные связи, заложенные природой и закрепленные в процессе физического труда. Вот почему, прямым следствием гиподинамии является расстройство деятельности нервной и сердечно-сосудистой системы, нарушение обмена веществ и нередко ожирение.

Можно выделить следующие симптомы гиподинамии:

- вялость;
- сонливость;
- общее недомогание;
- снижение аппетита;
- снижение работоспособности;
- бессонница;
- неразговорчивость вплоть до дизартрии.

Если не предпринимать никаких мер по профилактике или лечению гиподинамии, это в дальнейшем может привести к серьезным нарушениям различного патогенеза:

- вегето-сосудистая дистония;
- снижение силы и выносливости мышц;
- нарушение кровоснабжения различных органов и тканей;
- из-за нарушения питания страдает и головной мозг, снижается его работоспособность;
- ткани со временем начинают атрофироваться;
- из-за эндокринологических нарушений может развиться ожирение.

Гиподинамия снижает мышечный тонус, уменьшает подвижность в суставах, приводит к развитию болевого синдрома. У лиц с гиподинамией замедляются обменные процессы, что является фактором, предрасполагающим к развитию ожирения. Снижение

двигательной активности сопряжено с уменьшением продолжительности предстоящей жизни.

Причины гиподинамии студентов медицинского колледжа обусловлены, в основном, неправильным образом жизни студента. К такому отклонению приводят:

- лишний вес вплоть до ожирения (рекомендуем прочесть какие бывают степени ожирения);
- привычка сидеть у компьютера, телевизора, за книгами длительное время;
- отсутствие прогулок на свежем воздухе;
- полное игнорирование любых физических нагрузок, начиная с небольших поручений по дому, заканчивая спортом.
- длительное положение сидя
- нехватка времени для занятия спортом

Чаще всего родители сами способствуют тому, что ребёнок с младенческих лет ограничен в двигательной активности. Сидит тихо у себя в комнате, никому не мешает, не доставляет хлопот. Начало школьной и студенческой жизни обнаруживает серьёзные проблемы в развитии таких детей — как в физическом, так и в психическом плане.

Социальные причины развития гиподинамии:

- научно технический прогресс (появление компьютеров, постоянное совершенствование аппаратуры, внедрение их в общество; как следствие - появление глобальной сети интернет, вовлечение большого процента людей в так называемую "сетевую жизнь");

- урбанизация населения;

- развитие машиностроительной отрасли или автомобилестроения (это одно из самых выдающихся достижений человечества, позволяющее людям, прежде всего, экономить время и силы, преодолевая значительные расстояния; использование автотранспорта в наше время позволяет вести более малоподвижный образ жизни, чем использование велосипеда, что неоспоримо приводит к гиподинамии);

- развитие систем коммуникаций (улучшение домашних удобств также привело к понижению уровня физической активности человека; например, наличие в квартире водопроводных сетей, газопровода, централизация теплового отопления).

Психологические причины развития гиподинамии:

- ургентная аддикция (это вид зависимости, заключающийся в ощущении постоянной нехватки времени; данная зависимость может негативно сказываться на удовлетворении базовых потребностей человека; т.е. индивид из-за множества дел и проблем не успевает полноценно питаться и ему не хватает времени на сон, не говоря уже о наличии времени на физическую нагрузку);

- проблема прокрастинации (состояние, характеризующееся постоянным откладыванием важных дел на потом, вместо выполнения которых время уходит на пустяки, которые в действительности не имеют значения; даже если человек - прокрастинатор поставит перед собой цель бегать перед ужином каждый день, вряд ли он сможет её осуществить);

- низкий уровень стрессоустойчивости (стрессоустойчивость - это совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки и перегрузки.).

Специфика медицинского учебного учреждения накладывает свой отпечаток на течение гиподинамии. Большие объемы информации, нагрузки, интенсивная умственная деятельность, стрессы, переутомление, недосыпание – все это приводит к тому, что у студентов накапливается хроническая усталость, которая со временем перерастает в синдром эмоционального выгорания.

Для выявления факторов риска развития гиподинамии у студентов, нами было проведено анкетирование. В исследовании приняло участие 25 человек, студентов Биробиджанского медицинского колледжа. Анкета представлена в Приложении 1.

Распределение студентов по курсам в процентном соотношении представлено на рис.1.



Рис.1. Распределение студентов по курсам, %.

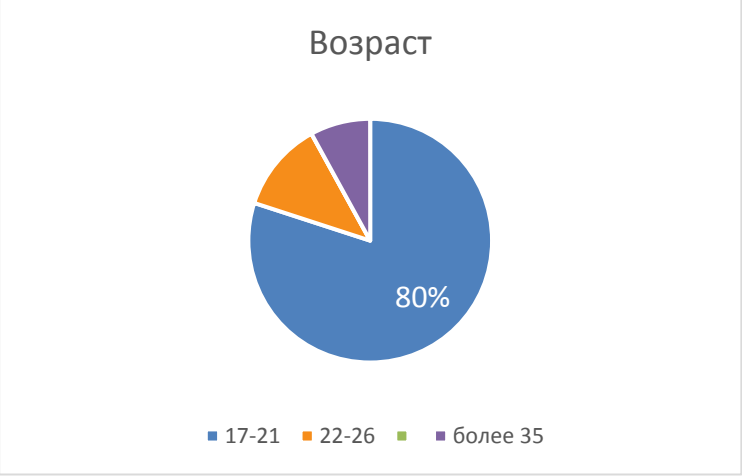


Рис. 2. Распределение респондентов по возрастам, %.

Залог здоровой и активной жизни – это правильное начало для. Мы поинтересовались как же студенты встречают новый учебный день. Рис.3.



Рис. 3. Регулярность выполнения утренней гимнастики, %.

Такие утренние обряды как гимнастика резко снижают риск развития гиподинамии, как мы видим 72% наших студентов в большей степени подвержены неблагоприятным факторам.

Далее нами был проведен анализ того, как часто студенты медицинского колледжа посещаю спортзал. Результаты представлены на рис. 4.



Рис. 4. Частота посещения спортивного зала студентами медицинского колледжа, %.

Все тот же процент студентов отказался от посещения спортивных залов, что позволяет проследить неблагоприятную тенденцию, существенно повышающая риск развития гиподинамии.

Далее нами было проанализировано, как часто студенты совершают пешие прогулки. По данному критерию складывается более благоприятная ситуация (рис.5).

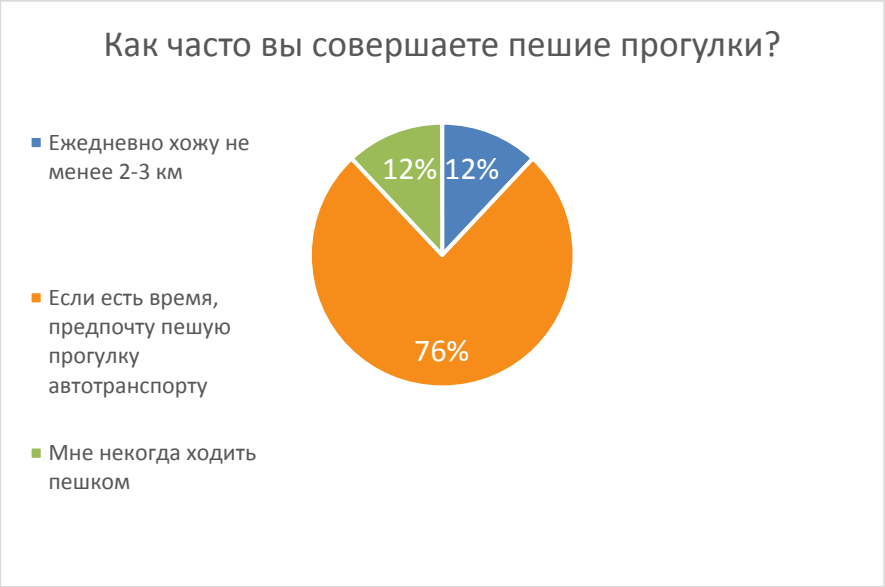


Рис. 5. Частота совершения пеших прогулок, %.

Далее нами были изучены особенности питания студентов медицинского колледжа. Так, студентам был задан вопрос, что для них означают зеленые овощи, хлеб из муки грубого помола, фрукты, ягоды, гречка и овсянка, как часто они употребляют данные продукты. Ответы представлены на рис. 6.



Рис. 6. Режим питания студентов медицинского колледжа, %.

В целом результаты позволяют сделать выводы о рациональном питании студентов, что существенно снижает риск развития атеросклероза, ожирения, гипертонической болезни, других метаболических нарушений.

Далее нами были проанализированы виды отдыха, которые предпочитают студенты медицинского колледжа. Результаты представлены на рис. 7.



Рис.7. Виды отдыха, %.

Как видим, по данному критерию складывается неблагоприятная ситуация, что может быть одним из факторов риска развития гиподинамии.

Далее студентам был задан вопрос, страдают ли они повышенной утомляемостью. Данные представлены на рис. 8.



Рис. 8. Повышенная утомляемость, %.

Постоянная повышенная утомляемость — это результат уже развивающейся гиподинамии.

Исходя из уже приведенных неблагоприятных данных нас заинтересовал вопрос, а какие причины препятствуют студентам заниматься физической культурой? Данные представлены на рис. 9.



Рис. 9. Причины, препятствующие заниматься физической культурой, %.

Затем нами было рассмотрено, как часто используется техника в работе по дому? Данные представлены на рис. 10.



Рис. 10. Самостоятельное выполнение домашних обязанностей, %.

Студентов, которые считают себя рабами цивилизации, и всю работу по дому за них выполняет техника, среди опрошенных было 8%. Лень возможно и двигатель прогресса, но не стоит забывать про то что она стала причиной множества серьезных заболеваний.

Далее студентам был задан вопрос, с чем у них ассоциируется движение. Ответы представлены на рис. 11.



Рис. 11. Ассоциации со словом движение, %

Затем нами было выделено 3 уровня, по которым определялась склонность к гиподинамии.

Уровень 1. Преобладание ответов под цифрой «1». Отсутствие риска развития гиподинамии. Студенту рекомендуется продолжать в том же духе.

Есть вероятность, что тогда человек никогда не узнает о том, что представляет собой гиподинамия. Студенты этой категории отлично знают, что регулярные занятия спортом, физическими упражнениями, способствуют укреплению сердечно-сосудистой системы, улучшают мозговое кровообращение, повышают иммунитет, выносливость. Такие студенты бодры, веселы и жизнерадостны, ведь во время выполнения физических упражнений в крови повышается уровень эндорфинов – гормонов счастья.

Уровень 2. Преобладание ответов под «цифрой 2». В данном случае гиподинамия в классическом понимании студенту не грозит. И все же, отсутствие четкой оздоровительной программы, нерегулярность физических упражнений, их недостаточное количество, может привести к появлению целого ряда проблем со здоровьем. Следует помнить о том, что недостаточная физическая активность в сочетании с несбалансированным питанием, является причиной избыточного веса, многих заболеваний. В то время как регулярные занятия физическими упражнениями оказывают профилактическое воздействие, нормализуют вес, предотвращают ряд заболеваний.

Уровень 3. Преобладание ответов под цифрой 3. Данной категории студентов рекомендуется срочно менять свой образ жизни. Недостаток двигательной активности является причиной многих серьезных заболеваний (физических, психических). Атеросклероз, ожирение, заболевания костно-мышечного аппарата, сердечно-сосудистой системы, снижение иммунитета, депрессия, бессонница – далеко не полный перечень последствий гиподинамии. Вместе с тем, даже минимальный уровень физической активности позволит избавиться от многих проблем.

В соответствии с представленными уровнями, 25 опрошенных студентов распределились следующим образом: среди всех респондентов, преобладают студенты со

вторым уровнем склонности к гиподинамии 52 % – 13 человек. У этих студентов отмечается умеренный уровень двигательной активности. Но они нуждаются в специальных оздоровительных программах, регулярных тренировках.

Уровень 1 (высокий уровень двигательной активности, отсутствие риска развития гиподинамии), отмечается у 28% респондентов (7 человек). Уровень 3 – высокий риск развития гиподинамии, потребность в физической нагрузке, наблюдается у 20% (5 человек). Данные представлены на рис. 12.



Рис. 12. Риск развития гиподинамии, %.

Таким образом, полученные нами данные указывают на необходимость разработки специальных оздоровительных программ, которые будут способствовать снижению риска развития гиподинамии, а также будут обеспечивать регулярные физические нагрузки.

Для решения проблемы гиподинамии нами был разработан буклет, содержащий простейшие советы и рекомендации для становления на путь ЗОЖ, он станет отличным помощником для борьбы с гиподинамией .

Заключение

Наша научно-исследовательская работа была посвящена изучению теоретических аспектов гиподинамии и выявлению риска развития этого состояния у студентов Биробиджанского медицинского колледжа.

Поставленных целей достичь удалось. Все задачи решены.

Гипотеза о том, что мы предполагаем, что студенты Биробиджанского медицинского колледжа подвержены проблеме гиподинамии – подтверждена, т.к. 52% студента имеют умеренный риск, а 20% имеют высокий риск развития гиподинамии.

В процессе анализа медицинской литературы были выделены несколько важных аспектов.

Во-первых, гиподинамия - это состояние пониженной активности организма, вызванное отсутствием физической нагрузки у человека. Гиподинамия не является заболеванием, но приводит к серьёзным нарушениям в организме.

Во-вторых, если не предпринимать никаких мер по профилактике или лечению гиподинамии, это в дальнейшем может привести к серьезным нарушениям различного

патогенеза, например, вегетососудистая дистония, снижение силы и выносливости мышц, нарушение кровоснабжения различных органов и тканей, высокий риск развития ожирения, снижение работоспособности и стрессоустойчивости что сильно повлияет на продуктивность и обучаемость студента.

В-третьих, основной причиной гиподинамии стал - научно технический прогресс.

Исходя из результатов теоретического анализа можно сказать что за последние 50 лет физическая нагрузка в повседневных делах снизилась в 100 раз. Это связано с урбанизацией, автоматизацией и механизацией труда.

Поводя практическое исследование, мы обратили внимание на чрезвычайную малоподвижность наших студентов, а также крайнюю незаинтересованность личным здоровьем.

И все же, чтобы избежать гиподинамии, не обязательно записываться в тренажерный зал или на фитнес, поддерживать здоровье и тонус организма поможет повседневная двигательная активность: утренняя гимнастика – станет замечательной и главное здоровой привычкой, стабильное участие в спортивных и волонтерских мероприятиях колледжа, участие в соревнования или просто прогулки с друзьями.

Устраивайте дни без машины и автобусов, реже пользуйтесь лифтом, выходите из дома на 15-20 минут раньше, чтобы пройти пару километров пешком, отдыхайте не перед телевизором и компьютером, а на свежем воздухе: переймите традицию гулять в парке всей группой, покатайтесь на велосипедах, роликах, лыжах или коньках.

Помните: движение - это жизнь!

Библиографический список

1. Атлас анатомии человека: Учебное пособие для медицинских учебных заведений/ Сост. В.Б. Марысаев. – М.:РИПОЛ классик, 2012.– 528 с.
2. Ашмарин Б. А. Теория и методика педагогических исследований в физическом воспитании. - М.: ФиС, 2012. - 223 с.
3. Безруких М.М, Сонкин В.Д, Фарбер Д.А. Хрестоматия по возрастной физиологии. Учебник. – М.: Академия, 2015. – 286 с.
4. Бернштейн, Н.А. О построении движения / Бернштейн Н.А.– М.: Книга по требованию, 2012.– 254 с.
5. Билич, Г.Л. Анатомия человека : мед. атлас / Г.Л. Билич, В.А. Крыжановский. – М.: ЭКСМО, 2013. – 223 с.: ил.
6. Благуш Л.К. Теория тестирования двигательных способностей: Пер. с чешек. - М.: Физкультура и спорт, 2015. - 165 с
7. Вавилова Р.И. Сборник инструктивно-методических материалов по физической культуре. - М.: Просвещение, 2013.- 245 с.
8. Васильков А.А. Теория и методика физического воспитания./ А.А. Васильков.- Ростов н/д : Феникс, 2012. - 381 с.
9. Гелецкий В.М. Теория физической культуры и спорта. Учебное пособие /Сиб. федер. ун-т. − Красноярск: ИПК СФУ. 2012. − 342 с.
10. Гогунов Е.Н. Психология физического воспитания и спорта/ Е.Н. Голунов, Б.И. Мартьянов. Учебное пособие - М.:2015. – 168 с.

11. Гуревич И.А. Круговая тренировка при развитии физических качеств 3-е изд., перераб. и доп. - Минск: Высш. шк., 1915. - 268 с.

12. Давыдов В.Ю., Шамардин А.И., Краснова Г.О. Новые фитнесс-системы (новые направления, методики, оборудование и инвентарь). Учебное пособие. — 2-е изд.-е — Волгоград: Изд-во ВолГУ. 2017. — 284 с.

13. Дубровский, В.М. Движение для здоровья / В.М. Дубровский. – М.: Знание, 20013. – 140 с.

14. Евсеев Ю.И. Физическая культура: учеб. пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2014. – 384 с.

15. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология. Учебник. – М.: СпортАкадемПресс, 2017. – 443 с.

Приложение 1

Анкета по выявлению уровня двигательной активности и риска развития гиподинамии студентов Биробиджанского медицинского колледжа.

1. Твой курс, возраст?

2. Делаете ли вы утреннюю гимнастику?

Ответ 1. Да, ежедневно

Ответ 2. Периодически

Ответ 3. Не делаю.

3. Как часто вы посещаете спортзал в свое свободное время от учебы?

Ответ 1. Регулярно

Ответ 2. Редко

Ответ 3. Не посещаю

4. Как часто вы совершаете пешие прогулки?

Ответ 1. Ежедневно хожу не менее 2-3 км.

Ответ 2. Если есть время, предпочту пешую прогулку автотранспорту.

Ответ 3. Мне некогда ходить пешком

5. Зеленые овощи, хлеб из муки грубого помола, фрукты, ягоды, крупы– это продукты которые я употребляю

Ответ 1. Ежедневно

Ответ 2. Периодически

Ответ 3. Никогда

6. Отдых для вас – это

Ответ 1. Активное проведение времени: ролики, коньки, плавание, лжи, пешие прогулки.

Ответ 2. Я стараюсь чередовать активный отдых и посиделки с друзьями

Ответ 3. Я слишком устаю. Мой отдых – это диван, любимые книги, телевизор, компьютерные игры

7. Страдаете ли вы повышенной утомляемостью?

Ответ 1. Нет

Ответ 2. Бывает, только до и после экзаменов

Ответ 3. Да

8. Какие причины препятствуют Вам заниматься физической культурой в свободное время

Ответ 1. Нет времени

Ответ 2. Усталость после учебы

Ответ 3. Отсутствие необходимого упорства, воли, требовательности к себе

9. Как часто вы поручаете свои полномочия технике или третьим лицам?

Ответ 1. Пытаюсь все делать самостоятельно

Ответ 2. Прислуги не имею, но все что можно поручить технике, стараюсь возложить на нее.

Ответ 3. Я – раб цивилизации. Всю работу по дому за меня выполняет техника.

10. С чем у вас ассоциируется слово движение?

Ответ 1. С жизненной силой, прогрессом

Ответ 2. С вынужденной жизненной необходимостью

Ответ 3. С лишней нагрузкой

Лебёдка Полина Денисовна,
г. Биробиджан,
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный Руководитель –
преподаватель Пищиц Б.М.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ПИВА СТУДЕНТАМИ БИРОБИДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Алкоголизм является сегодня одной из серьезнейших социально-педагогических проблем. Эта проблема имеет глубокие культурные, политические и социально-экономические корни, и для принятия эффективных мер ее преодоления необходимо знать историю этой проблемы.

Употребление спиртных напитков началось свыше восьми тысяч лет назад. Открытие арабским химиком и врачом Альбуказисом Коза этилового спирта — продукта брожения

различных растительных веществ — повлекло за собой распространение и употребление этого вещества.

Во всем мире пиво пользуется большим спросом у населения благодаря приятному вкусу, тонизирующему и жаждоутоляющему действию. Пиво, являясь слабоалкогольным напитком, во многих странах выступает соперником крепких алкогольных изделий.

Пиво распространено во множестве стран мира и пользуется популярностью благодаря своим вкусовым качествам и аромату. Существует около тысячи сортов пива. Вкусовые характеристики разных видов могут кардинально отличаться. В становлении стабильного разнообразия пива сильное влияние оказывают страны с наибольшим потреблением этого напитка на душу населения (Чехия, Германия, Ирландия, Австрия, Финляндия, Россия, Польша) и страны со специфической культурой производства (Ирландия, Бельгия, Бразилия, Япония).

Пиво - третий по популярности напиток в мире (после воды и чая) и самый популярный алкогольный напиток в мире.

Рынок пива характеризуется интенсивным развитием и высокой конкурентоспособностью. Поэтому чтобы обладать хорошей конкурентоспособностью производители должны выпускать пиво хорошего качества, отвечающее требованиям стандартов и показателям безопасности. Пиво хорошего качества должно иметь приятный вкус и аромат, хорошо пениться и удерживать слой пены.

Большинство жителей планеты Земля, считают пиво обычным повседневным напитком, напитком с которым можно расслабиться и приятно провести время, но не многие люди знают о полезных и вредных свойствах пива, о том что пиво используется в кулинарии и в медицине о том что пиво это самый популярный напиток после воды и чая.

Проблема распития пивных напитков не обходит стороной и такую социальную категорию, как студенчество. Студенчество-это специфическая общность людей, организационно объединенных институтом высшего образования. Студенческий возраст приходится на период молодости (18-25 лет.)

Мы решили обследовать студентов нашего медицинского колледжа для того, чтобы выяснить на сколько распространенно употребление пивных напитков у нас.

Цель работы:

- Выявить распространенность употребления пивных напитков студентов БМК;
- Раскрыть влияние пивных напитков на организм студентов.

Задачи:

- Углубить теоретические основы по данной теме и описать их в работе;
- Провести анкетирование студентов БМК и выявить распространенность употребления пивных напитков в БМК;
- Сделать выводы по проведенной мной работы.

Объект исследования:

- Распитие пивных напитков студентами БМК.

Предмет исследования:

- Студенты БМК.

Опрошено было 50 человек из них 36 – женщин и 14 – мужчин, что составило соответственно 36% и 14%.

На вопрос, **употребляете ли вы алкогольные напитки?**

- Не употребляю (не пью вообще или имелся единственный случай употребления, более не повторяемый) – 0 чел. (0%)
- Употребляю редко (до 4-5 раз в год в связи с какими-либо торжествами и в очень незначительных количествах) – 7 чел. (7%)
- Употребление связано только с определенными традициями (до 10-12 раз в год в праздники, во время семейных торжеств, в дни рождения и в небольших количествах) – 15 чел. (15%)
- Употребляю часто (2-3 раза и более в месяц, не только в связи с традиционными поводами, но и «просто так») – 28 чел. (28%)

На вопрос, **первый раз попробовал алкоголь в возрасте?**

- Никогда – 0 чел. (0%)
- До 10 лет – 0 чел. (0%)
- 11-14 лет – 10 чел. (10%)
- 14-18 лет – 40 чел. (40%)
- Позже 18 лет – 0 чел. (0%)

На вопрос, **первый раз попробовал алкоголь?**

- На праздник, во время семейного торжества – 25 чел. (25%)
- Из любопытства – 4 чел. (4%)
- С товарищами на праздник – 10 чел. (10%)
- С товарищами «за компанию» - 8 чел. (8%)
- Другое – 3 чел. (3%)

На вопрос, **причины употребления алкоголя?**

- Мне это нравится – 25 чел. (25%)
- От скуки – 4 чел. (4%)
- Мои друзья тоже пьют, не хочу отставать от них – 0 чел. (0%)
- Чтобы друзья не считали меня белой вороной – 0 чел. (0%)
- Потому что большинство взрослых тоже пьют – 0 чел. (0%)
- Чтобы придать смелости и уверенности – 8 чел. (8%)
- Чтобы легче общаться с другими людьми – 13 чел. (13%)

На вопрос, **какие виды спиртных напитков вы предпочитаете?**

- Пиво – 36 чел. (36%)
- Коньяк, водка – 6 чел. (6%)
- Спирт, самогон – 3 чел. (3%)
- Крепленные вина – 2 чел. (2%)
- Ликеры, шампанское, сухие вина – 3 чел. (3%)
- Напитки домашнего приготовления 0 чел. (0%)
- Какие получилось достать – 0 чел. (0%)

На вопрос, **нравится ли вам пивные напитки?**

- Да – 36 чел. (36%)
- Нет – 14 чел. (14%)

На вопрос, **какое пиво вы больше предпочитаете?**

- Светлое – 14 чел. (14%)
- Темное – 6 чел. (6%)
- Никакое – 14 чел. (14%)

- И то, и то – 2 чел. (2%)

На вопрос, **почему вы выбрали пивные напитки?**

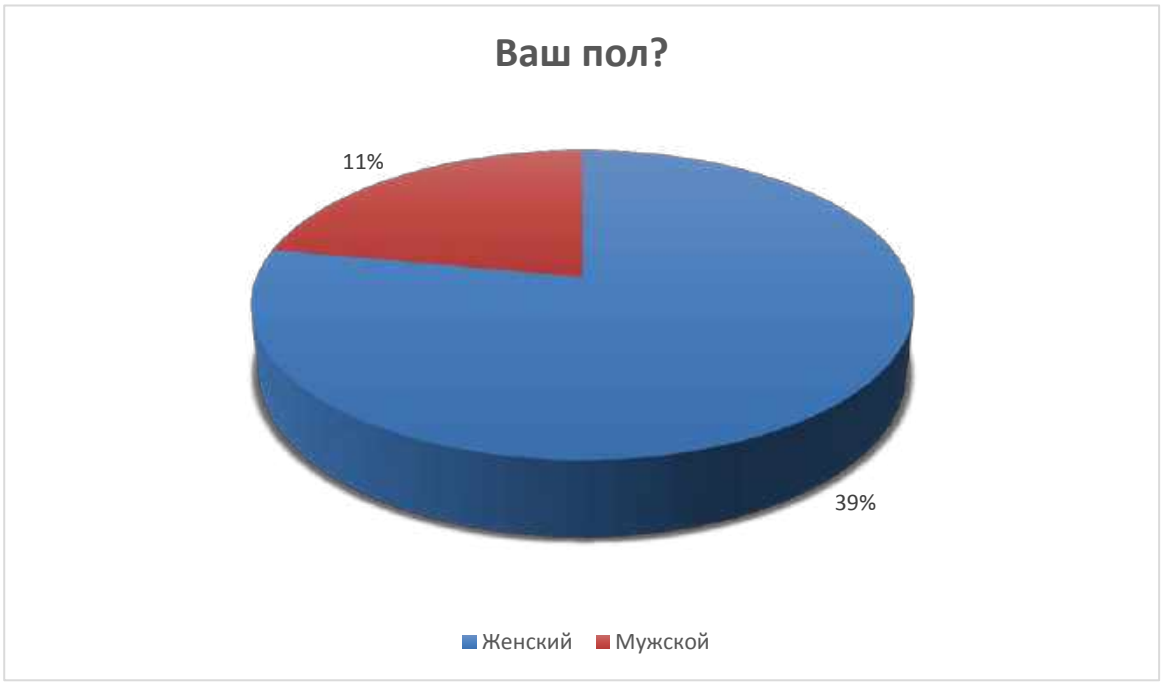
- Дешево – 26 чел. (26%)
- Вкусный напиток – 15 чел. (15%)
- Затрудняюсь ответить – 9 чел. (9%)

На вопрос, **есть ли, по-вашему, мнению положительные стороны употребления алкогольных напитков?**

- Да – 17 чел. (17%)
- Нет – 33 чел. (33%)

На вопрос, **хотели бы вы избавиться от употребления пивных напитков?**

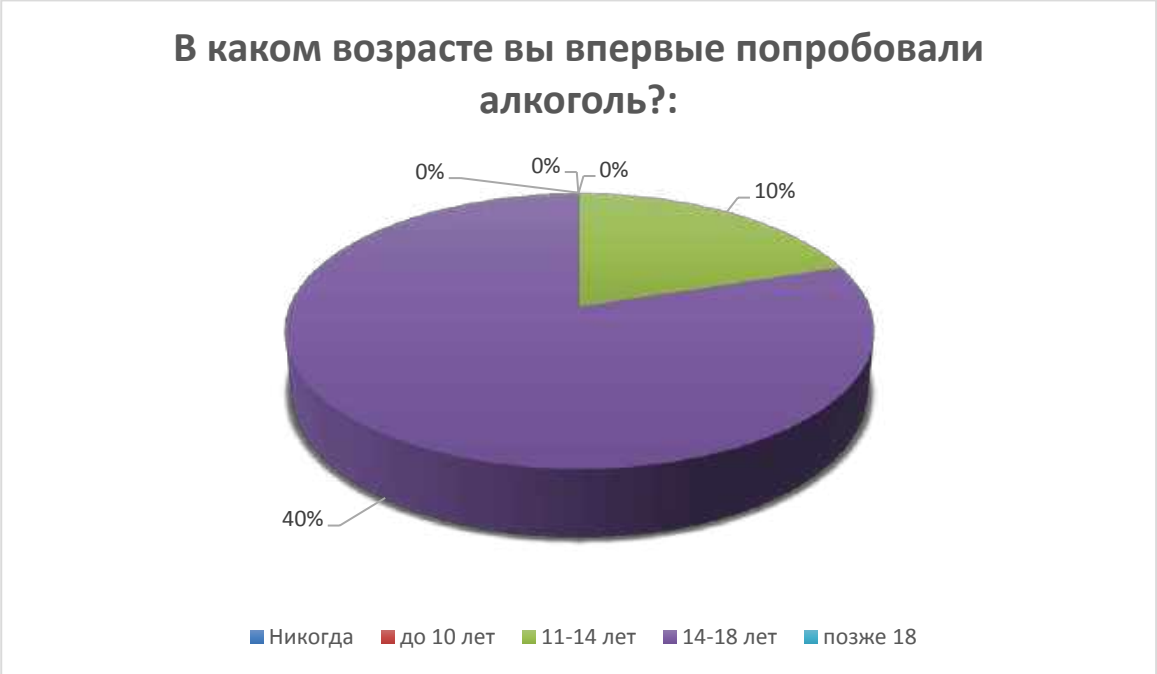
- Да – 26 чел. (26%)
- Нет – 24 чел. (24%)



Мы можем сделать вывод: что в Биробиджанском медицинском колледже девушек обучается больше, чем мужчин.



На вопрос: «Употребляете ли вы алкогольные напитки?» - 0% респондентов ответили, что не употребляют; употребляют редко 7%; употребляют только по традиции 15%; употребляю часто 28%. Таким образом, большая часть опрошенных употребляют алкогольные напитки более 2-3 раз в месяц.



На вопрос: «В каком возрасте вы впервые попробовали алкоголь?» - 10% ответили, в 11-14 лет, остальные 40% ответили в 14-18 лет. Таким образом, можно сделать вывод, что больше половины, опрошенных попробовали впервые алкогольные напитки в возрасте от 14 до 18 лет.



На вопрос: «В первый раз вы попробовали алкоголь?» - 25% опрошенных, что составляет ровно половину из всего числа, ответили что впервые попробовали алкоголь с семьей на праздник. Вторая половина опрошенных разделили ответы – 10% ответили, что попробовали алкоголь с товарищами на праздник; 8% ответили, что с товарищами за компанию; 4% ответили, что из любопытства и 3% по другой причине. Таким образом, можно сделать вывод, что ровно половина опрошенных попробовали алкогольные напитки с семьей под присмотром взрослых, остальные же без присмотра взрослых.

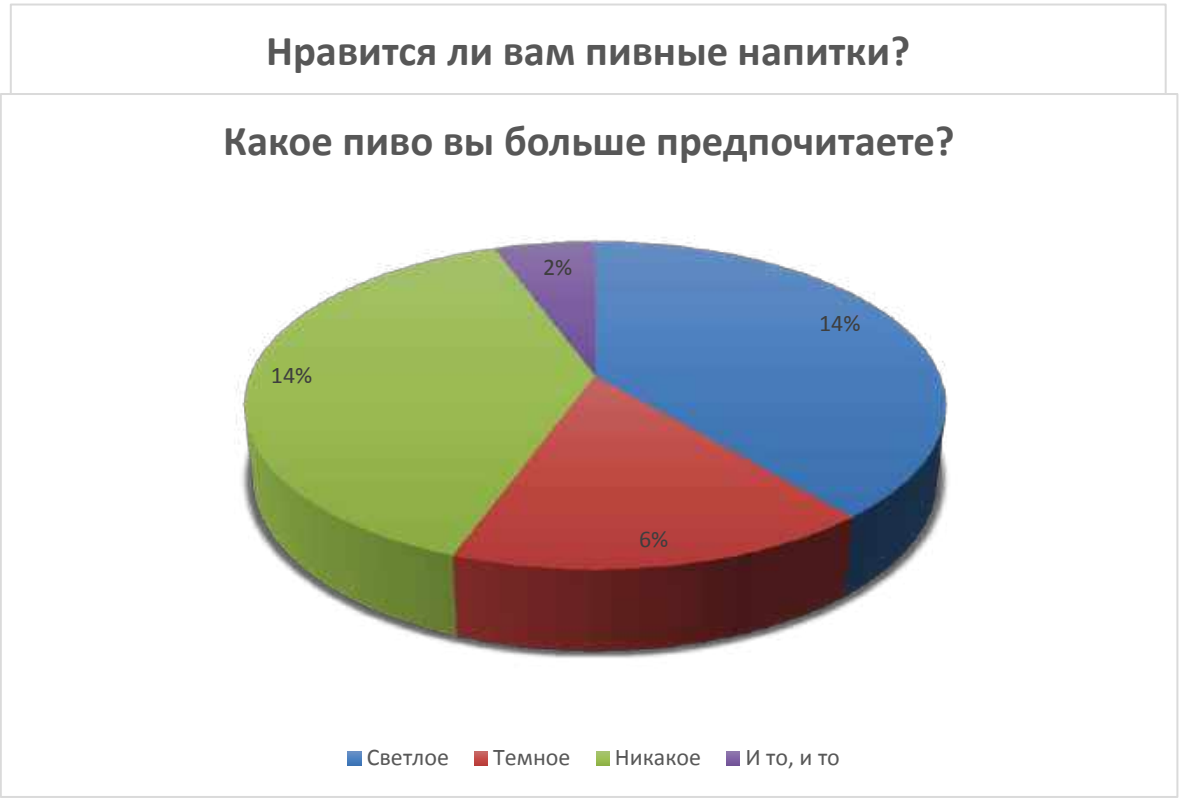
На вопрос: «Причина употребления алкоголя?» 25% ответили, что им это нравится; 4% ответили, что от скуки; 13% ответили, чтобы было проще общаться с остальными; 8% ответили, чтобы придать себе смелость и уверенность. Таким образом, можно сделать вывод, что половине опрошенных выпивают, потому что им это нравится.





На вопрос: «Какие виды спиртных напитков вы предпочитаете?» - 36% ответили пиво, что составляет большую часть половины всех опрошенных; 6% ответили коньяк и водка; 3% ответили самогон, спирт и вины, шампанское; 2% ответили крепленные вина. Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть опрошенных предпочитают выпивать пивные напитки.

На вопрос: «Нравятся ли вам пивные напитки?» - 36% опрошенных ответили



утвердительно; 14% отрицательно. Таким образом, можно сделать вывод, что большей половине всех опрошенных нравится употреблять пивные напитки.

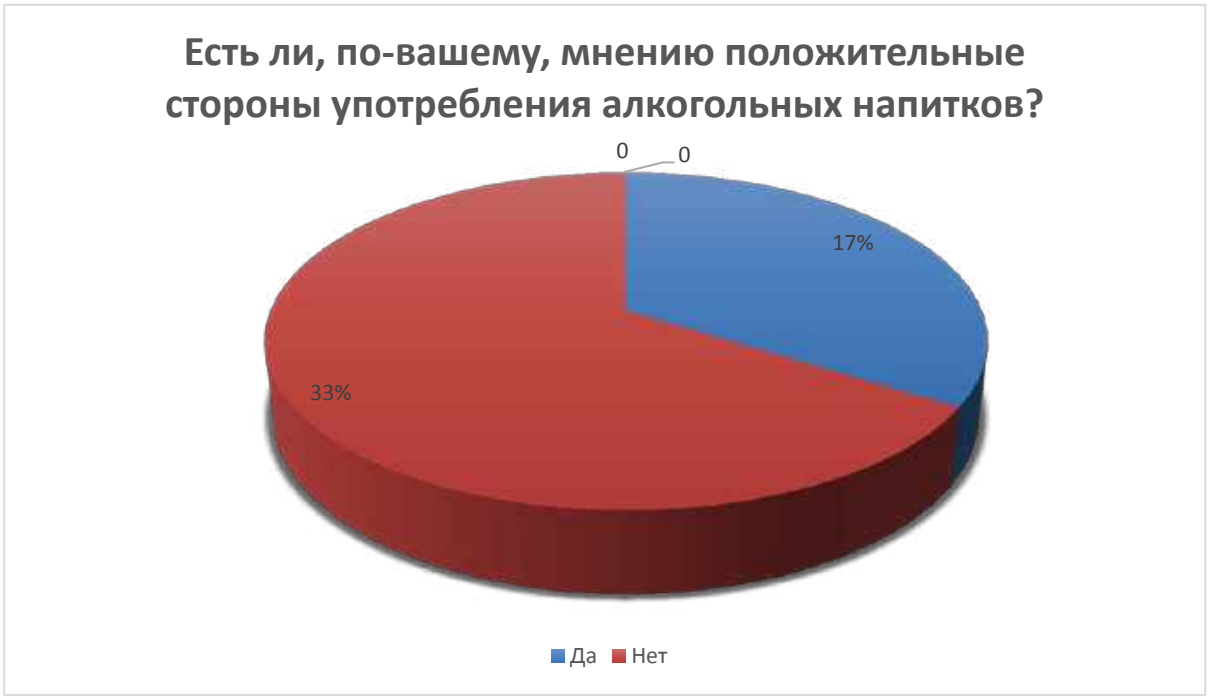
На вопрос: «Какое пиво вы больше предпочитаете?» - 14% ответили, что светлое; 6% темное; 2% нравится и светлое, и темное; 14% не нравится никакое. Таким образом, можно сделать вывод, что большинству опрошенных которые предпочитают выпивать пивные



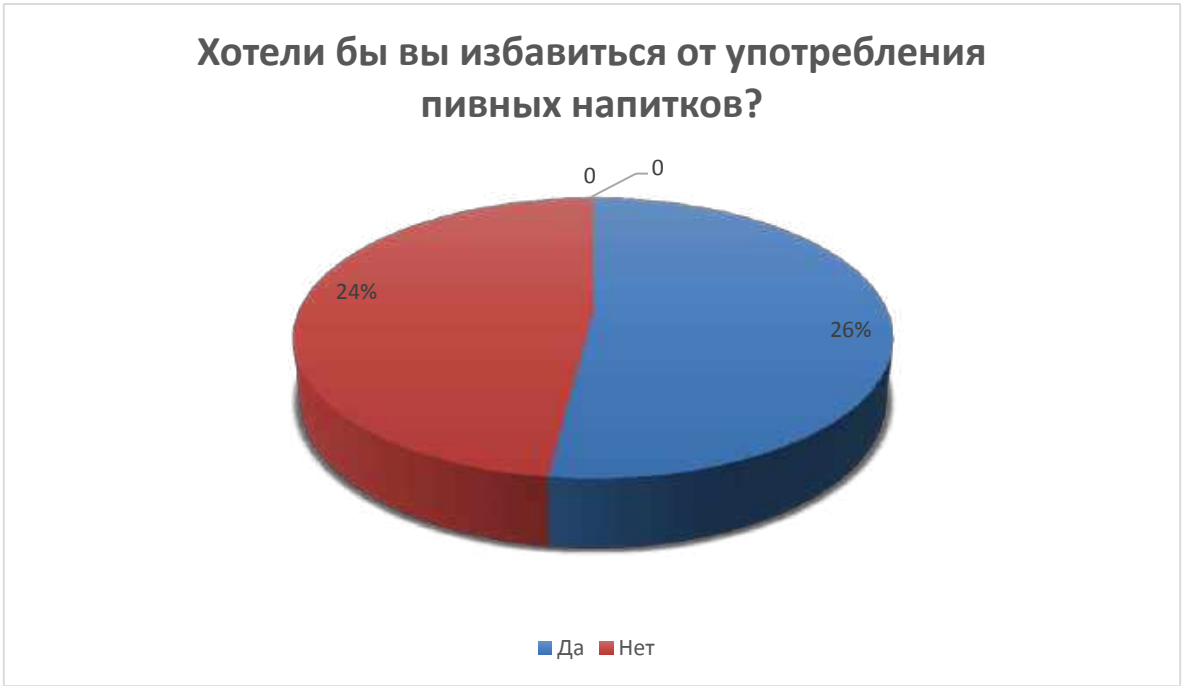
напитки, нравится светлое пиво.

На вопрос: «Почему вы выбрали пивные напитки?» - 26% ответило потому, что дешево; 15% из-за вкуса; 9% затрудняются ответить. Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть выбирают пивные напитки, потому что они не так дороги, как остальные спиртные напитки.

На вопрос: «Есть ли, по-вашему, мнению положительные стороны употребления



алкогольных напитков?» - 17% ответили утвердительно; остальные 33% отрицательно. Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть всех опрошенных понимают, что от употребления пивных напитков пользы нет.



На вопрос: «Хотели бы вы избавиться от употребления пивных напитков?» - 26% ответили утвердительно; 24% отрицательно. Таким образом, можно сделать вывод, что большая часть всех опрошенных желают отказаться от приёма пивных напитков.

Заключение

Алкоголизм является сегодня одной из серьезнейших социально-педагогических проблем. Эта проблема имеет глубокие культурные, политические и социально-экономические корни, и для принятия эффективных мер ее преодоления необходимо знать историю этой проблемы.

Проблема распития пивных напитков не обходит стороной и такую социальную категорию, как студенчество. Студенчество-это специфическая общность людей, организационно объединенных институтом высшего образования. Студенческий возраст приходится на период молодости (18-25 лет.)

Исходя из приведенного мною исследования можно сделать вывод о том, что основные причины употребления пивных напитков в студенческом возрасте – праздники, поддержка компании, поднятие самоуверенности и настроения. Большинство студентов знают о вреде употребления пивных напитков и даже хотят перестать употреблять их. Но стоит отметить то, что они до сих пор так и не перестали их употреблять. Думаю, что у каждого все-таки есть своя причина этому.

В заключении хочется отметить важность контроля над своим психическим здоровьем и эмоциями. Здоровая психика поддержит в состоянии благополучия, при котором можно реализовывать свой собственный потенциал. Барьером осуществления своих целей является как раз токи алкоголь. Цените своё время и свой труд.

Биографический список

1. Андреева Т., Красовский К. Все, что Вам НЕ НУЖНО знать о пиве, если Вы собираетесь его пить. Казань, 2001.

2. Дубровин И. Все о пиве. Пиво и все о нем: всем любителям пива посвящается - 2010.- 159 с.

Осадчук Диана Сергеевна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель фармакологии
Сергеева Наталья Игоревна

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА В КОСМЕТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность: «Красота начинается изнутри».

Большинство девушек, женщин не задумывается о том, как важно следить за собой не только внешне, но внутренне.

Многие даже не подозревают, как красота внешняя может зависть от состояния нашего организма.

Например: девушка постоянно посещает косметолога, специалистов по фитнесу. Следовательно, посещая данных специалистов, девушка ожидает хороший результат, то есть здоровую кожу, снижение веса, корректировку фигуры, сохранение молодости. Но все предпринимаемые усилия не дают желаемого эффекта. Кожа не становится лучше, вес не уменьшается, о фигуре девушка вовсе не хочет говорить, а годы стремительно берут своё.

Практически все процессы в организме человека регулируются гормонами. Каждый гормон выполняет определенную функцию, но также они взаимодействуют между собой, оказывая влияние на общее состояние организма и на внешний вид.

Для хрупкого женского организма это особенно важно. Ведь для того, чтобы выглядеть идеально, иметь крепкую нервную систему и всегда хорошее самочувствие, нужно следить за своими гормонами. Зачастую избыточный уровень какого-то гормона может привести к не менее негативным последствиям, чем его недостаток – здесь необходим правильный баланс.

Поддерживать этот баланс поможет такой специалист, как эндокринолог.

Во многих странах уже давно не секрет – косметолог должен работать и мыслить в паре с эндокринологом. В России подобная практика только начинает внедряться. И успех косметологических манипуляций напрямую зависит от диагноза и вовремя назначенного комбинированного лечения.

Рассмотрим достаточно актуальную тему «проблемная кожа».

Здоровая кожа лица является результатом не только ежедневного правильного ухода. При любых, даже незначительных колебаниях в эндокринном статусе пациента появляются разнообразные кожные изменения, которые тяжело поддаются наружной терапии. Для устранения проблемы необходим комплексный подход, потому что одно лишь применение местных лечебных средств и косметологические процедуры не помогут достичь желаемого результата.

Объект: человек.

Предмет: гормональные средства.

Цель: изучение взаимосвязи между кожей и гормональным фоном.

Исходя из поставленной цели, необходимо определить следующие задачи:

1.Ознакомится с теоретическим материалом по исследуемой теме;

2. Выявить взаимосвязь между кожей и гормональным фоном;

3.Рассмотреть применяемые гормональные средства;

4.Провести опрос;

5.Проанализировать полученные данные и сделать заключение .

Гипотеза: взаимосвязь между внешней красотой и организмом есть.

Кожа является мишенью для многих гормонов. Наибольшее влияние на ее нормальное функционирование и строение оказывают женские (эстрогены) и мужские (андрогены) половые гормоны. Кроме того, в медицине кожный покров рассматривают как полноценный самостоятельный орган эндокринной системы, множество гормональных веществ синтезируется или же подвергается биотрансформации именно здесь.

Например, в коже происходят следующие процессы:

- синтез ретиноидов;
- трансформация андрогенов в эстрогены;
- образование инсулиноподобного фактора роста;
- синтез некоторых стероидных гормонов и катехоламинов;
- образование предшественника витамина D под воздействием солнечных лучей.

Внешний вид и здоровье кожного покрова зависят от нормального функционирования практически всех органов эндокринной системы: щитовидной железы, надпочечников, половых органов. Дисфункция щитовидной железы с повышением уровня гормонов (гипертиреоидизм) приводит к появлению очагов гиперпигментации в виде темно-коричневых пятен, повышению потоотделения и избыточной чувствительности к внешним раздражителям. Дефицит гормонов становится причиной истончения и иссушения кожного покрова, появление нездорового бледно-желтого оттенка.

Наиболее тяжелые изменения кожи развиваются при дисбалансе стероидных гормонов в организме. К ним относятся половые гормоны и глюкокортикостероиды (ГКС), которые синтезируются в надпочечниках, семенниках и яичниках. При избыточном синтезе ГКС наблюдается избыточное оволосение (по мужскому типу), акне и себорея. Андрогены также влияют на развитие угревой сыпи за счет регулирования процессов выделения кожного сала. Тестостерон и его предшественники обладают стимулирующим воздействием на сальную железу и способствуют усиленному образованию и выведению кожного жира в протоки железы, в результате этого повышается жирность кожи, что создает благоприятные условия для роста и размножения присутствующих здесь условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. В конечном итоге это приводит к появлению себореи, угревой сыпи и выраженной воспалительной реакции.

Значительные изменения в структурном строении кожного покрова развиваются у женщин с эстрогенной недостаточностью, а также в постменопаузальном периоде. Патологическое или физиологическое (в следствие старения) снижение функциональной активности репродуктивной системы приводит к уменьшению синтеза женских половых гормонов, эстрогены, в свою очередь, участвуют во многих процессах, происходящих в коже:

- синтез эластиновых и коллагеновых волокон;
- рост внутрикожных капилляров;
- регуляция тонуса сосудов кожи;
- перераспределение подкожно-жировой клетчатки и скопление ее в определенных участках лица;
- регуляция микроциркуляции.

Из-за грубого нарушения кровообращения в нижние слои эпидермиса перестает поступать достаточное количество кислорода и питательных веществ, необходимых для нормального функционирования и обновления кожи. Как результат – падает регенеративная способность кожи, она становится тонкой и более сухой за счет активной потери жидкости. Нарушение синтеза коллагеновых и эластиновых волокон приводит к дряблости, появлению глубоких мимических морщин.

Тактика и способы лечения

Правильная терапия базируется на двух основных принципах: выявление причины кожных изменений и подбор схемы лечения, направленной на ее устранение, в этом случае

местное лечение играет вспомогательную роль. Чтобы определить характер патологического процесса, врач может назначить ряд лабораторных анализов (общие анализы, гормональная панель, иммунологические тесты) и консультацию смежных специалистов - гинеколога, эндокринолога.

В случае повышения уровня половых гормонов требуется прием лекарственных веществ – антиандрогенов. Современные антиандрогенные препараты представлены пероральными контрацептивами: механизм их действия основан на конкурентном блокировании рецепторов к половым гормонам. Антиэстрогены не дают стероидам связаться с рецепторами и оказывать свои биологические эффекты на клетки-мишени. Во время менопаузы, наоборот, происходит резкое снижение количества эстрогенов, что требует подбора заместительной гормональной терапии и длительного применения эстроген-содержащих препаратов.

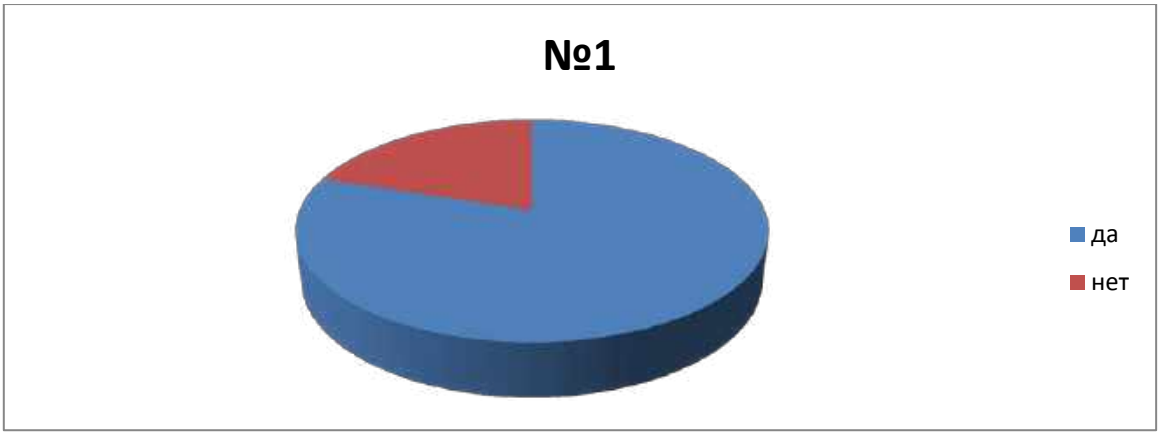
Самостоятельный подбор препаратов запрещен. Необдуманное применение лекарственных средств может только усугубить состояние. Все препараты назначаются врачами-специалистами после полноценного осмотра пациента.

Косметологическое лечение зависит от характера и распространенности кожных проявлений. В случае акне и воспалительных изменений на коже следует ответственно подходить к выбору уходовой косметики (не рекомендуется использовать щелочные и спиртовые средства), соблюдать личную гигиену и не устранять угри методом выдавливания. Из лекарственной терапии используются препараты, влияющие на образование кожного сала и отшелушивание эпителия, а также обладающие бактерицидным и бактериостатическим действием. Себорейный дерматит лечат антимикотическими, местными глюкокортикостероидными и противовоспалительными средствами, сеансами узкополосной фототерапии.

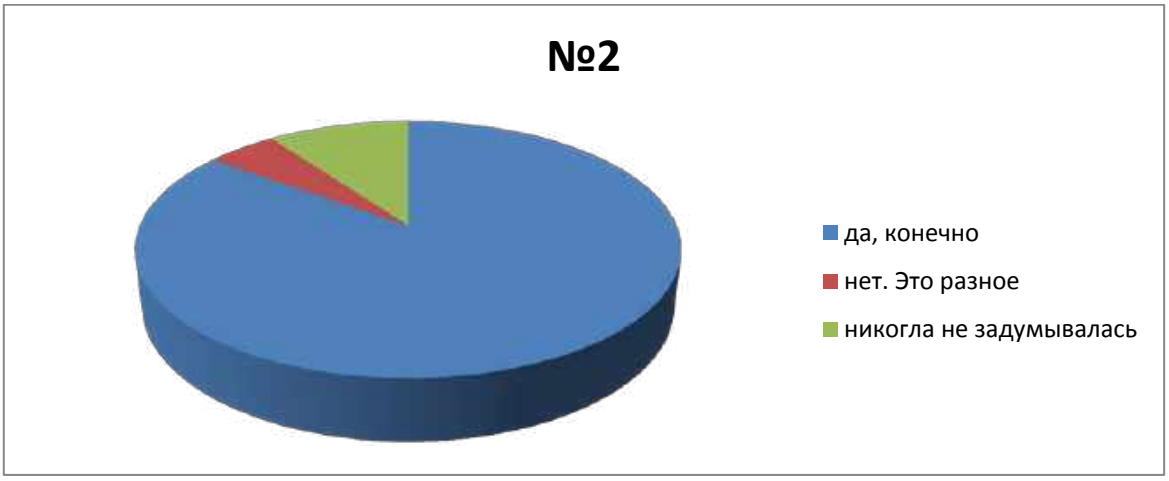
Лечение назначает и проводит исключительно лечащий врач. Любое самостоятельное вмешательство со стороны пациента влечет усугубление проблемы и усложняет работу врачу.

Я провела опрос с помощью анкетирования среди девушек нашего колледжа в возрасте от 18 до 22 лет.

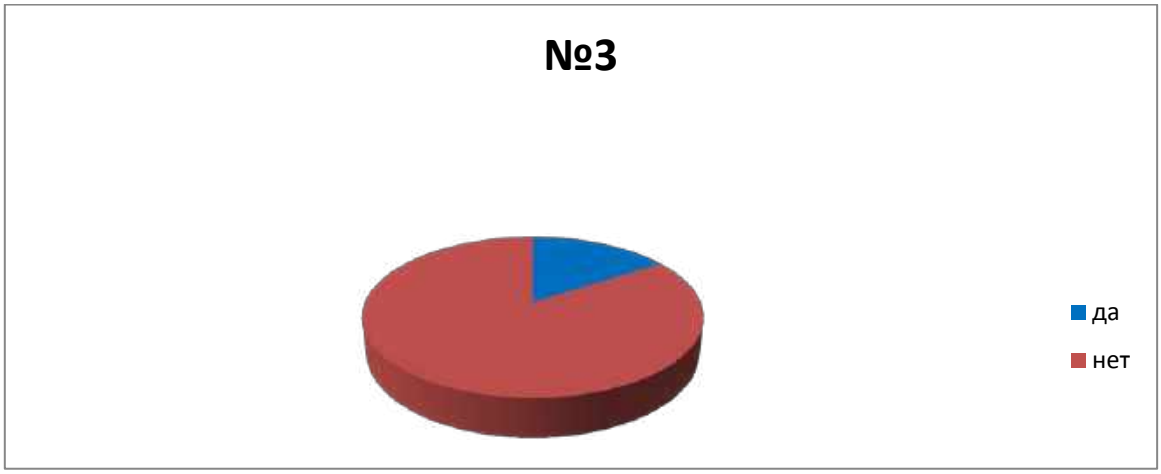
На вопрос: знаете ли вы какие-либо гормональные средства, использующиеся в косметологии?



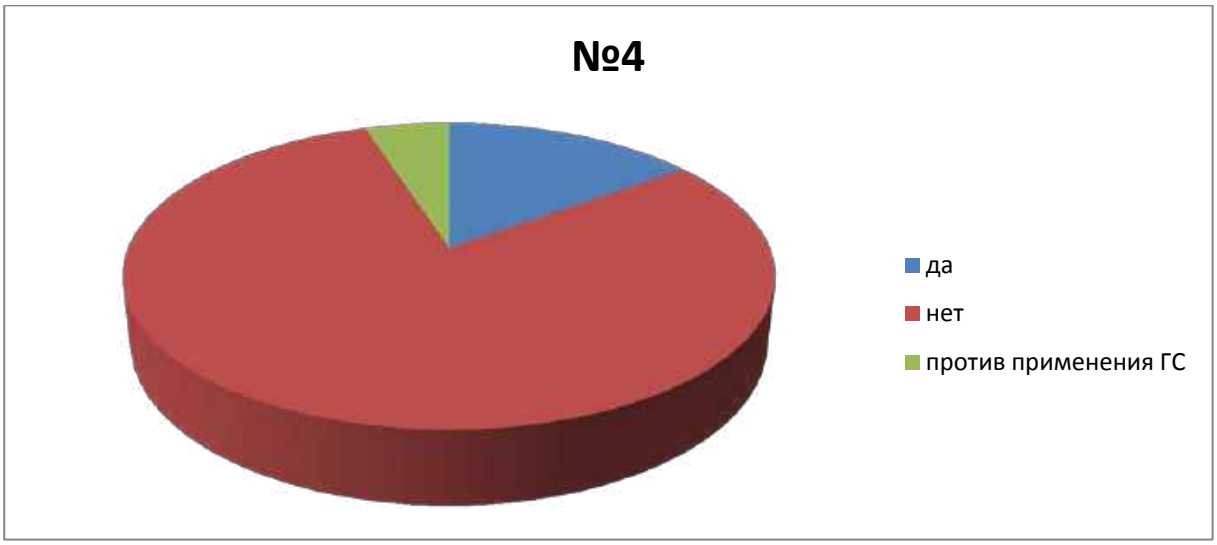
На вопрос: существует ли связь между нашей внешней красотой и здоровьем нашего организма?



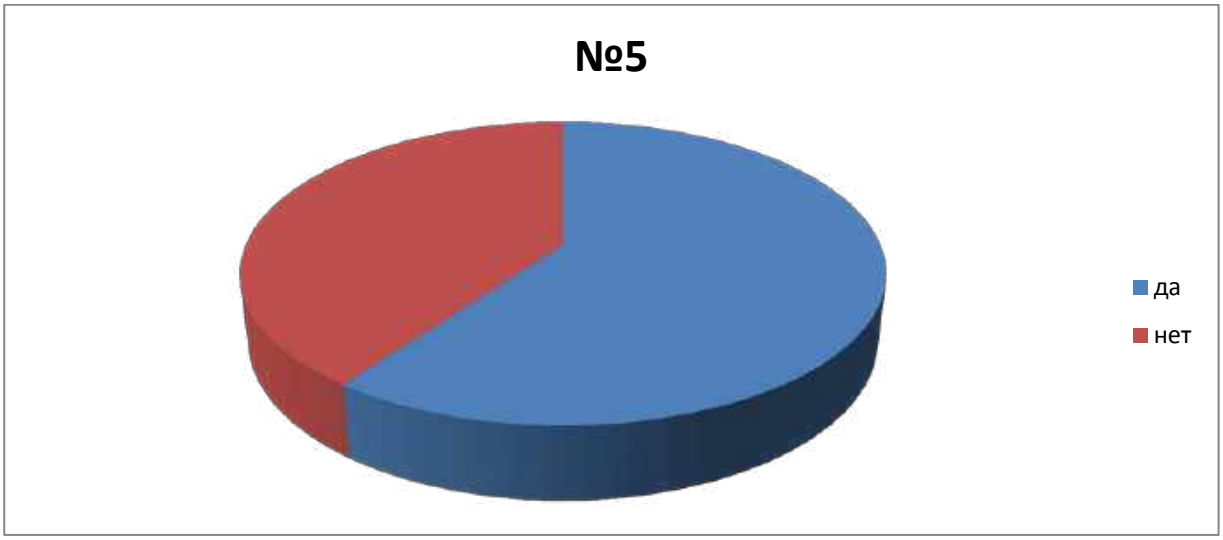
На вопрос: довольны ли Вы состоянием своей кожи?



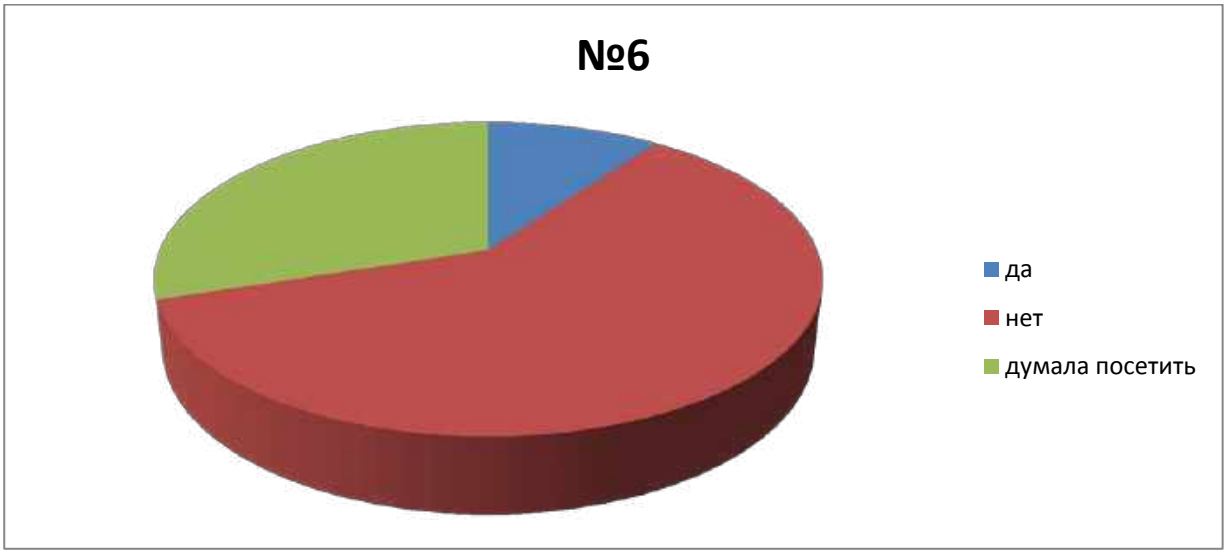
На вопрос: Вы применяли гормональные средства в косметических целях?



На вопрос: довольны ли Вы эффектом после применения гормональных косметических средств?



На вопрос: вы посещали/посещаете эндокринолога?



Заключение

Проанализировав все полученные материалы можно сделать вывод, что в нашем обществе нет абсолютного применение гормональных средств в косметологии.

Пока не достаточно популярна данная терапия, но она достаточно стремительно набирает обороты.

В ходе исследования были достигнуты поставленные задачи, цель.

Гипотеза о том, что взаимосвязь между внешней красотой и организмом есть – подтвердилась. И опрошенные мной девушки, тоже отмечают данный факт.

Для поддержания и длительного сохранения нашей внешней красоты, нам необходимо следить за нашим здоровьем. Проблемы в организме чаще всего отражаются в нашей внешности.

Библиографический список

1. Вышковский Г.Л. Регистр лекарственных средств России. Энциклопедия лекарств. М.: «Веданта», 2020. — 1456 с.;

2. Корытов Л.И., Раднаев Г.Г. Гормоны и гормональные препараты (учебное пособие). Иркутск: ИГМУ, 2013. — 63 с.;
3. Население кожи: как микробиом влияет на ее общее состояние и при чем тут генетика?;
4. V.N. Prilepskaya. (2018). Clinical Conference Round table on the materials of the XIX All-Russian Scientific and Educational Forum "Mother and Child" "Modern Woman: Quality of Life, Health and Beauty". *Gynecol.*. **20**, 15-17;
5. Блинов Д. В., Дижевская Е. В. (2011). Что хочет современная женщина? Важность междисциплинарного подхода в сохранении красоты и здоровья. *Акушерство, Гинекология и Репродукция.* **5**, 57–64;
6. Машковский М. Д. Лекарственные средства (учебное пособие для врачей). М: «Новая волна», 2017. — 1216 с.;
7. Конорев М. Р., Крапивко И. И. Курс лекций по фармакологии. Витебск: ВГМУ, 2019. — 165 с.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ КАК ОСНОВА ДВИЖЕНИЯ ВПЕРЕД

Гончарук Петр
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научные руководители – преподаватели гуманитарных дисциплин
Л.А. Ишуткина, О.В. Чижова

ПАМЯТЬ В ГРАНИТЕ

Всё дальше и дальше в прошлое уходят исторические события, связанные с военными действиями. Уходят из жизни люди, которые были непосредственными участниками, меняется отношение общества, формируется искаженное представление об этих событиях у современной молодежи. Это связано с тем, что сейчас важно быть быстрым, находчивым и активным. Быстро развиваются новые технологии, появляются иные способы общения людей между собой. Как сохранить то единство, ту общность, отношение к историческому наследию, к памяти о великих героях, как побудить людей любить свою Родину, а не себя и свои потребности?

Время не может стереть из памяти народа яркие события, победы, имена героев. Эта память продолжает сохраняться в фильмах, в книгах, в граните. Каждый год открываются мемориальные доски, обелиски, памятники, посвященные героям и военным событиям. Но не все считают это важным и необходимым. Для многих память в граните не является ярким выражением исторических событий.

Цель нашего исследования: выяснить, являются ли памятники связующим звеном времен, служат ли наглядным свидетельством мужества и героизма нашего народа, необходимо ли современному обществу сохранение и установка новых памятников и обелисков.

Задачи исследования:

1. Определить отношение молодежи к сохранению исторического наследия.
2. Выяснить, как молодежь относится к установке и сохранению исторических памятников.
3. Установить причины уничтожения исторических памятников глазами молодежи.

Объект исследования: памятники, обелиски, мемориальные доски, посвященные военным событиям.

Предмет исследования: значимость памятников для молодого поколения.

Гипотеза: мы считаем, что установка и сохранение исторических памятников важно для патриотического воспитания современной молодежи.

Было проведено исследование среди студентов нашего колледжа. В опросе приняло участие 136 студентов 1-4 курсов.

Опрос дал следующие результаты:

Первый вопрос свидетельствует о необходимости знаний исторического прошлого своей страны и образовательного учреждения. 97% респондентов подтвердили эту необходимость. В то же время 3 % не считают это важным и нужным (Рисунок 1). Мы не думаем, что они совсем равнодушны к этой проблеме, скорее виртуальный мир, в котором сейчас пребывает большая часть нашей молодежи вытесняет на второй план патриотизм и память о ней.

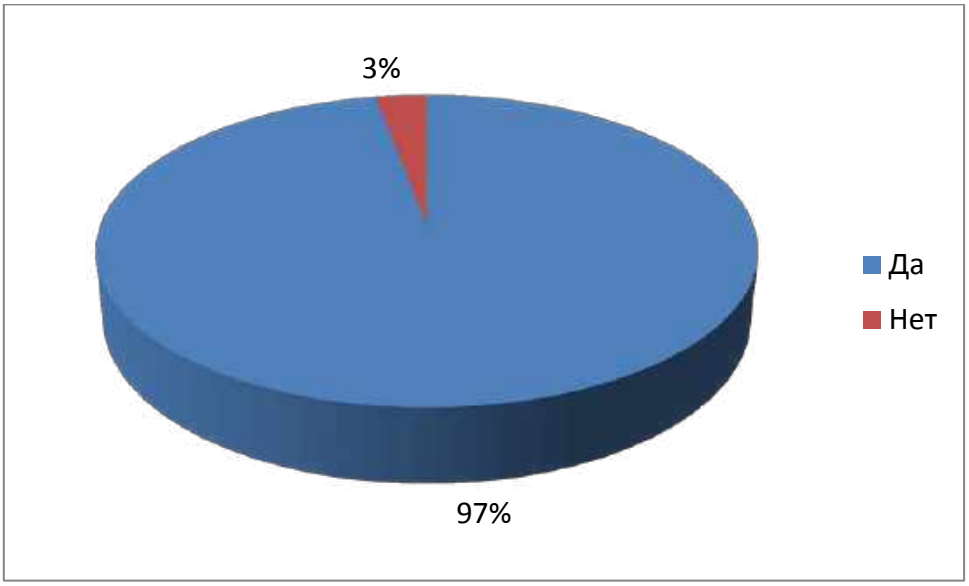


Рисунок 1. Знание исторического прошлого

Памятники – это свидетели исторического самосознания народа, его уважения к своему прошлому. Люди и события, увековеченные в памятниках, не только напоминают нам о себе, но и наглядно показывают, что же ценит в своем прошлом сегодняшний человек, что он считает важным в своей истории и культуре. В этом и стоит задача памятников.

Студенты на вопрос «Нужны ли современному обществу памятники и обелиски, посвященные Великой Отечественной войне и военным конфликтам?» в 96% подтверждают их необходимость. Но в то же время 4% опрошенных считают, что установка памятников не самое важное на сегодняшний день (Рисунок 2).

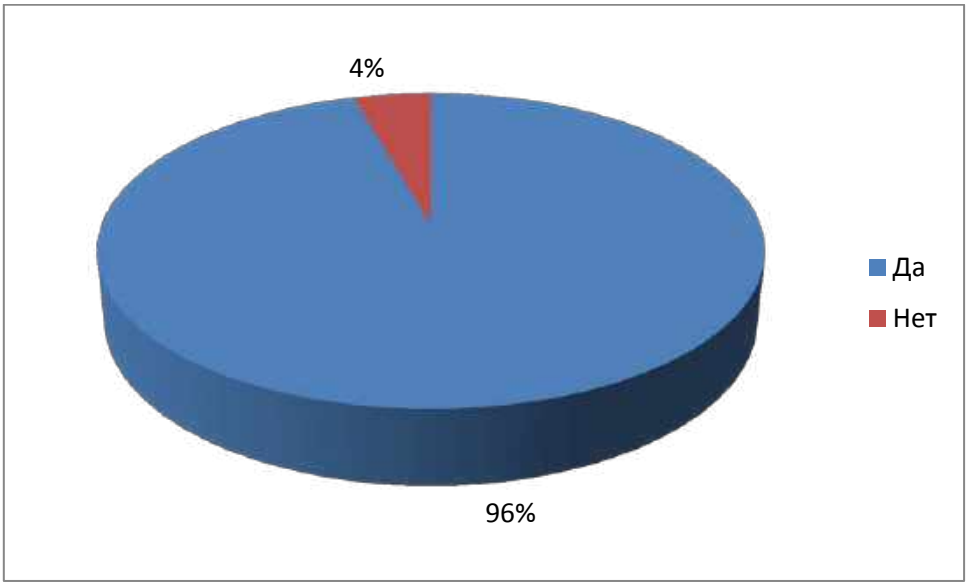


Рисунок 2. Необходимость памятников

Нас заинтересовала точка зрения наших студентов о том, для каких целей устанавливают и сохраняют исторические памятники? Ответы получились следующие: 88% студентов подтверждают, что памятники дают возможность увековечить память о событиях и помогают лучше видеть свое будущее и не предавать забвению своих предшественников (Рисунок 3).



Рисунок 3. Цель установки памятников

Каждый памятник и мемориальная доска устанавливается не просто так. Это связано с людьми и событиями, в честь которых происходит открытие. Они освещают заслуги какой-либо личности, их достижения, которые официально признаны и подтверждены документально. На вопрос «Есть ли на мемориальных досках фамилии ваших родственников?» несколько студентов ответили утвердительно и это очень приятно.

Мы решили узнать у студентов, насколько они владеют информацией о выпускниках БМК, чьи имена увековечены на мемориальных досках и обелисках. Более 50% респондентов владеют информацией о наших героях и их подвигах. В этом им помогают

информационные стенды и мероприятия по материалам музея истории БМК, которые проводятся в колледже.

В нашей стране официально признанные исторические объекты, охраняются государством, хотя это не всегда гарантирует им защиту от разрушения. Памятники страдают не только от времени, от климата, от природных катаклизмов, но и от людей - вандализм, к сожалению, является для них главной угрозой.

Свойство памятников оказывать влияние на чувства, знания, сознание людей зачастую использовалось различными политическими силами в идеологических целях. В этих случаях проявлялась забота лишь о тех памятниках, которые напоминали о желательных исторических событиях. Однако всегда находились люди, которые видели в памятниках не средство фальсификации истории, а их истинную ценность - быть источником прямой, подлинной, объективной информации.

На вопрос «Нуждаются ли памятники в охране и защите?» 97% студентов ответили – да, а на вопрос «Какие цели по вашему мнению преследуют те, кто их уничтожает?» были получены следующие результаты (Рисунок 4).

85% студентов считают, что целями могут быть искоренение культуры, желание сломить патриотический дух, переписать факты истории, и лишь 15% видят необходимость сноса памятников для современного строительства.

Напрашивается вывод, что сохранение памятников очень важно для современного общества. Они дают нам возможность познать достоверную прошлую историю и культуру. Чем больше памятников мы сохраним, тем большим историческим опытом овладеем, и это является важным условием для формирования в обществе правильного, неискаженного исторического мировоззрения, помогающего объективно оценить настоящее и поставить перед собой реальные цели.

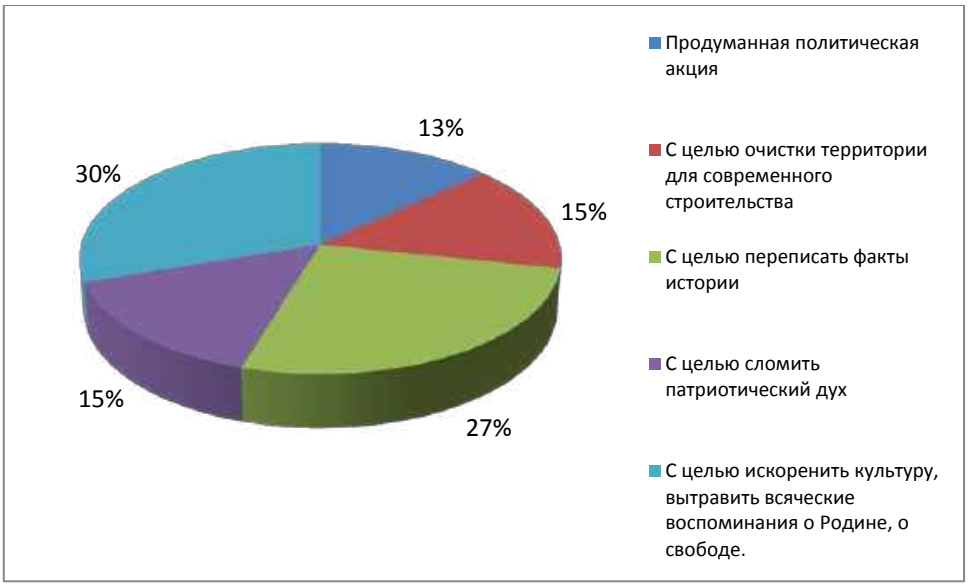


Рисунок 4. Цели уничтожения памятников

Вывод: таким образом, результаты проведенного исследования показали, что студенты нашего колледжа проявляют интерес к сохранению исторического наследия. Они считают памятники наглядным свидетельством мужества и героизма нашего народа и видят

необходимость в их сохранении, что является важным для патриотического воспитания современной молодежи.

Библиографический список

1. Кругликова Г.А. Сохранение культурного наследия [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://art-oleg.blogspot.com/2015/05/blog-post.html
2. Гутарева Н.Ю. Роль памятников истории и культуры в воспитании современной молодежи России / Н. Ю. Гутарева, Н. В. Виноградов. // Молодой ученый. — 2015. — № 9 (89). — С. 1286-1288. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://moluch.ru/archive/89/18319/
3. Причины разрушения памятников // Искусствоед.ру – сетевой ресурс об искусстве и культуре. – 2019. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://iskusstvoed.ru/2019/09/15/prichiny-razrushenija-pamjatnikov/

Габышева Дайана Леонидовна
г. Якутск, ГБПОУ РС(Я) «Якутский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель-Иванова Алена Михайловна

СУДЬБА ГОСУДАРСТВЕННОГО, ПОЛИТИЧЕСКОГО ДЕЯТЕЛЯ ЯКУТИИ Н. Н. ОКОЕМОВА



В 2022 году исполняется 125 лет со дня рождения государственного политического деятеля Якутии Николая Николаевича Окоемова. Кто он такой? Кто знает о нем? Я думаю, что единицы.

Тема моего доклада посвящена жизни и деятельности видного сына якутского народа Николая Николаевича Окоемова, соратника таких людей, как Платон Алексеевич Ойунский, Максим Кирович Аммосов.

Я думаю, что эта тема актуальна, так как мы должны знать и помнить ярких представителей своего народа.

До недавнего времени в нашей стране о людях, репрессированных в 30-е годы XX -го века, не принято было вспоминать, произносить их имена, изучать дела, даже их родственники предпочитали молчать. Их считали врагами народа, поэтому о многих представителях народа саха молодое поколение совершенно не знает.

В связи с произошедшими глубокими изменениями в области идеологии и культуры начали проявлять интерес к духовному наследию, истории народа.

Впервые я заинтересовалась судьбой Николая Николаевича Окоемова, когда гостила на его родине, в Курбусахском наслеге Усть-Алданского улуса. Там я побывала в историческом музее известных людей наслега.

Н. Н. Окоемов родился 21 ноября 1897 года в местности «Дулга Келюйя», что севернее нынешней Окоемовки, в многодетной крестьянской семье Николая Ивановича и Устиньи Ивановны Окоемовых в далеком Курбусахском наслеге. Устинья Ивановна родила 21 ребенка, умерла очень рано - в 1905 году. Отец к сорока годам стал инвалидом, не мог ходить - был болен туберкулезом, страдал язвой желудка. Поэтому своих дочерей: Устинью, Варвару и Марфу отдал на воспитание родственникам. А Николай Окоемов решением I Курбусахского наслежного схода был отдан в Борогонское начальное народное училище и окончил его в 1913 году. Велико было желание учиться дальше и той же осенью они с отцом пешком добрались до Якутска. В Якутске он поступил в миссионерскую школу, но за участие в забастовках дважды исключался из нее. И только в 21 год закончил это учебное заведение.

С первых дней установления советской власти в Якутии Николай Окоемов стал одним из активных борцов за новую жизнь. С оружием в руках защищал завоевания Великой Октябрьской революции. В 1920 году он возглавлял Борогонский улусный ревком, организовал первую комсомольскую ячейку и сельский кооператив. Осенью 1921 года его назначили уполномоченным губревкома по проведению конференций бедноты и батраков в Борогонском, Баягантайском и Дюпсинском улусах, избрали первым председателем Борогонского улусного исполкома Советов.

В трудные годы гражданской войны Николай Николаевич был добровольцем отряда ЧОН. Вступив в ряды Коммунистической партии в 1922 году, он стал одним из организаторов Борогонской партийной ячейки, работал ее секретарем, был избран в состав обкома РКП (6) и Якутского ЦИКа. Николай Окоемов отдал всю свою кипучую энергию, и способности в борьбе с разрухой на восстановление хозяйства улуса.

Очень многое в становлении политического государственного деятеля дала учеба в Коммунистическом университете им. Я. Свердлова в Москве в 1925-1929 г. Во время учебы Николай прошел партийную закалку в рабочих коллективах Москвы, Иваново-Вознесенска, работал в аппарате ЦК компартии.

В годы учебы он познакомился с будущей женой, студенткой пединститута Софьей Степановной Лариной из Тульской губернии. По окончании университета Николай Николаевич решил вернуться в Якутию, хотя ему предложили работу в ЦК компартии.

О поездке домой в Якутию вспоминает его дочь Инесса Николаевна Окоемова, проработавшая учителем русского языка в школах Москвы, руководителем органов народного образования, депутатом Ворошиловского райсовета г. Москвы.: «Первое

воспоминание об отце связано с поездкой в Якутск в 1929 г...». Инессе было тогда три года, но она запомнила, как долго ехали сначала на поезде, потом плыли на большой лодке. Отец во время длинной дороги, не расставаясь, был с ней: носил на руках, кормил, укладывал спать и даже пел якутские песни, такие протяжные и печальные.

В своих воспоминаниях об отце дочь пишет о том, что отца почти не видели, он был весь в работе, постоянно куда-то уезжал. Помнит, как тосковала по папе, ждала его приезда. Николай Николаевич в это время объезжал по республике, устанавливая новую жизнь. Хорошо теоретически подготовленный, незаурядный организатор, популярный среди якутской интеллигенции, Николай Николаевич оказывается в самой гуще политической, общественной жизни родной республики. Назначается заведующим Отделом агитационно-массовой работы, а вскоре избирается членом бюро обкома ВКП (б), исполняет обязанности первого секретаря обкома партии. Занимаясь коллективизацией, он объезжает на лошадях всю республику- от Нюрбы до Алдана, все заречные районы.

С января по август 1931 г. он - постпред Якутской АССР при Правительстве РСФСР. Занимая такие высокие посты, Николай Николаевич был очень скромным человеком в быту, это известно из рассказов его жены своим детям, друзей, сослуживцев. Не рвал привилегий для себя и семьи, пользуясь своим положением. Он говорил: «Нельзя пользоваться тем, против чего борешься». Я думаю, это время было самым счастливым в его жизни, он жил в Москве со своей семьей, родился сын. Любил ходить в театры, особенно в Большой, со своей дочкой. В Москве они занимали одну комнату в коммунальной квартире, не пользовались дачами ЦК. На просьбу жены отвечал: «Никогда не проси об этом, еще очень многие люди живут в подвалах». Его любимой фразой, по словам мамы, вспоминает дочь Николая Николаевича, была: «Коммунист не обрастает хозяйством».

Кристально чистым, принципиальным, добрым, заботливым о людях остался в памяти своих детей, семьи, друзей коммунист «из когорты первых революционеров» Николай Николаевич Окоемов.

Николай Николаевич, вернувшись на родину, с 13 августа 1931 года по 1938 год, до необоснованного обвинения работал вторым секретарем обкома партии.

Молодому энергичному партийному работнику Николаю Окоемову был поручен самый ответственный участок — он курировал вопросы агитационно-массовой, культурно-просветительной, политико- пропагандисткой работы и ведал вопросами сельского хозяйства: коллективизации, борьбы с кулачеством, был ответственным по работе с молодежью, комсомолом. Его можно было часто встретить на собраниях писателей, спорящих с артистами на сцене, в школах, в клубах, беседующим с посланцами дальних северных окраин и молодежью.

В своих воспоминаниях друзья Николая Николаевича- писатели Н.Е.Мординов- Амма Аччыгыйа, С.С. Васильев, В.М.Новиков- Кюннюк Урастыров, старейшие журналисты В.К. Алексеев, С.П. Кылатчанов и другие характеризовали его как человека энергичного, требовательного, исключительно честного, отзывчивого. Ценили и уважали его как справедливого, талантливого руководителя.

Это было время завершения индустриализации, борьбы за коллективизацию сельского хозяйства, первых пятилеток, принятия новой Конституции СССР. Но это, к сожалению, было время политических репрессий и массового чекистского террора в стране с 1935 года, а в Якутии — с 1928 года. По периодизации доктора исторических наук, профессора Г.П.

Башарина («История Якутии», Якутск. 1966), это было время земельной реформы 1929 г. и начало массового колхозного движения, коренного переустройства положения народностей Крайнего Севера. Также это было время развития промышленности, транспорта в годы второй пятилетки.

Николай Николаевич Окоемов как второй секретарь обкома партии, ведающий вопросами идеологической работы, много выступал перед населением, партийным, советским активом. Дошли до нас его выступления, статьи, опубликованные в республиканских газетах, журналах.

Николай Окоемов, находясь на самом гребне политической борьбы в республике, до последних дней и часов своей короткой, бурной жизни верил в победу социализма, справедливости, верил в счастливое будущее своего народа. Он был глашатаем, проводником идей и дел марксизма-ленинизма, строгого соблюдения законности, порядка, дисциплины на всех уровнях. Он возглавлял переводческую группу обкома партии, непосредственно сам переводил труды классиков марксизма- ленинизма на якутский язык.

В июле 1934 г. Николай Окоемов выступал с большой речью на слете ударников-просвещенцев. Здесь наряду с другими вопросами он поставил задачу качественного изучения русского языка в школах республики.

Широкий резонанс получил в республике большой содержательный доклад Н.Н. Окоемова на первой конференции советских писателей Якутии 3-го декабря 1934 г. на тему “Итоги первого Всесоюзного съезда советских писателей и задачи Якутской и художественной литературы”. Конференция образовала единую писательскую организацию и все доклады, выступления прошли под неизгладимым впечатлением от первого Всесоюзного съезда советских писателей под руководством М.Горького. В своем докладе Н.Н.Окоемов обратил особое внимание на определение социалистического реализма.

Об этой речи Николая Николаевича писали в своих воспоминаниях многие участники конференции. Конференция работала со 2 по 11 декабря 1934 г. Ее большой вступительной речью открыл председатель оргкомитета, друг Н. Окоемова писатель Николай Мординов. Сегодня в Национальной библиотеке сохранился единственный экземпляр сборника о работе этой конференции на 161 странице, где 22 страницы занимает доклад Н. Окоемова. И сегодня исследователи, ученые, писатели часто обращаются к этим историческим материалам.

Второй секретарь обкома партии, ответственный за работу в комсомоле, уделял большое внимание этому вопросу. Где бы он ни был, всегда встречался с молодыми колхозниками, учителями, рабочими. Много и убедительно выступал перед ними.

Коварная болезнь - туберкулез - истощала организм Н.Н. Окоемова. Но он никогда не прерывал связи с населением, молодежью.

Николая Окоемова арестовали 5 февраля 1939 г. в Якутске. Почти два месяца, он, тяжелобольной человек, отказывался признать все выдвинутые против него обвинения. Окоемов Н. Н. умер от пыток и туберкулеза легких в больнице Якутской тюрьмы 25 июня 1939 г. Дело было прекращено через 17 лет, в 1956 г.

В марте 1995 г. в прокуратуру республики обратились дети Н. Н. Окоемова, оба проживающие в Москве, Инесса Николаевна, 1926 г. р., и Барит Николаевич, 1932 г. 29 марта 1995 г. последовало заключение прокурора, по которому дети Н. Н. Окоемова признавались пострадавшими от политических репрессий. Есть внуки. Растут правнуки.

У детей Н. Н. Окоемова счастливое детство было коротким. Но оно озарило всю жизнь, вспоминают его дети. Воспоминания об отце давали силу переносить выпавшие на долю детей «врага народа». Благодаря своей матери Софии Степановне Лариной, женщине мудрой и мужественной, а также многим добрым людям сумели получить высшее образование, стать хорошими специалистами.

Сын Николая Николаевича Барит Николаевич Окоемов — профессор МГТУ им Н. Э. Баумана, руководитель специализации "Автопилоты" кафедры «Приборы и системы ориентации, стабилизации и навигации». Доктор технических наук, профессор. Является действительным членом Международной Академии навигации и управления движением и активно участвует в ее работе. Крупный ученый и специалист в области теории и практики создания систем автоматической стабилизации и управления самолетов различного назначения. Один из основателей российской школы разработчиков структур по обеспечению безопасности полета в случае отказа агрегатов, разработчик алгоритмов автоматического управления подвижными объектами, методов построения бортовых вычислителей для автопилотов. Один из авторов ряда монографий и учебных пособий, а также государственного образовательного стандарта научно-инженерного образования в области пилотажно-навигационных комплексов. С теплотой и любовью Барит Николаевич вспоминает о своих родителях: «Мама никогда не верила, что отец может быть «врагом народа» и всегда повторяла нам, что правда восторжествует. Она была счастлива, когда после XX - го съезда отца реабилитировали и восстановили в партии. Мама была очень дисциплинированным человеком. Думаю, что благодаря ее дисциплине мы выжили войну. Ее не пугала никакая работа. Она была великолепной хозяйкой (отлично стряпала, шила), и вместе с тем до последних дней была большая тяга к знаниям. Она очень много читала, любила театр и по мере возможностей (а жили мы тяжело, только на ее учительскую зарплату) водила нас в театр».

Страсть к книгам и театру, вспоминают дети, была у родителей общая. Инесса Николаевна так отзывается в своих письмах: «Мама была не просто женой, но и другом, единомышленником папы. Она не только уважала, ценила отца, но и восхищалась им, поклонялась ему. Сколько мужества, душевной силы понадобилось этой маленькой, хрупкой болезненной женщине, чтобы поддерживать светлую память об отце, внушать поклонение перед ним своим детям в страшные годы массовых репрессий, когда он был объявлен «врагом народа». ... Теперь все ушло в далекое прошлое. Осталась только благодарная память о родителях, научивших нас свято верить в торжество добра и справедливости».

Сегодня внуки Николая Окоемова - взрослые люди, растут правнуки.

На малой родине Н. Н. Окоемова в центре поселка красуется светлая, каменная двухэтажная школа имени Николая Николаевича. Во дворе школы стоит памятник Окоемову Н.Н. Поселок Окоемовка, когда-то назывался Быччылык. 1967г. в честь Николая Николаевича, видного политического деятеля республики, переименовали в Окоемовку. В наше время родственники, земляки высоко ценят и гордятся сыном якутского народа Н.Н. Окоемовым. В районнрм центре, с. Борогонцы поставили памятник, назвали улицу его именем.

Вот такую короткую, но яркую жизнь прожил наш Николай Николаевич Окоемов. Его жизнь продолжается в детях, внуках, таких же достойных, как он. Пусть доброе имя и дела верного сына якутского народа на века останутся в памяти благодарного народа Якутии.

Вывод:

«Открытия для себя» всегда значимы для личности. Для меня было важно узнать о судьбе политического деятеля Якутии, о том, каким идейным и целеустремленным человеком был Н.Н. Окоемов. Как много он сделал для развития нашей республики.

Жизнь и деятельность видных представителей народа- это историческая память, которая помогает осмыслить прошлое, настоящее и будущее, связь времен и народов. Зная культурное и историческое наследие своего народа и других обществ, человек вступает в межкультурный диалог. И я считаю, что знать историю и хранить добрую память о прошлом- наш долг.

Библиографический список

1. Д.И. Пухов. «Саха киэн туттар дьоно», НКИ «Бичик», Якутск, 2007 г.

2.Материалы Борогонского музея истории улуса.

3.Материалы журнала «Чолбон»

4. «Якутия на рубеже 19-20вв.: общество, люди, память»: сборник научных статей по материалам Республиканской НПК, г.Якутск, 28 ноября 2018г./отв.ред.Боякова С.И.-Якутск: Изд-во ИГИ иПМНС СО РАН, 2019-150 с.

Гуляс Анна Евгеньевна , Кулыгина Анастасия Игоревна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель ПМ 04, 07 «Выполнение работ по профессии младшая медсестра по уходу за больными»
ОП 11, 12 «Технологии оказания медицинских услуг» - Бастрыгина П.Е.

МУЗЕЙ БИРОБИДЖАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Музей образовательного учреждения – это одно из ярких проявлений отечественной культуры и образования, эффективное средство обучения и воспитания, результат работы школьников/студентов и педагогического коллектива.

Чаще всего к идее создания музея приходят в процессе длительной поисково-исследовательской деятельности, когда накопленные материалы по истории города, края, села, улицы, учебного заведения требуют размещения.

Музей образовательного учреждения – это особая культурно-образовательная среда, в основе которой лежит экспозиция музея, как основная форма музейной коммуникации, образовательные и воспитательные цели которой осуществляются путём демонстрации музейных предметов. [1]

Высокий статус музею образовательного учреждения придаёт интеграция его в учебный процесс через музейные уроки, кружки, исследовательскую работу. Только в этом случае музей становится важной составляющей жизни учебного заведения, импульсом для личностно-ориентированного образования и воспитания молодёжи в атмосфере творчества.

Цель работы: изучение истории создания и направлений деятельности музея Биробиджанского медицинского колледжа.

Задачи:

1. Изучить литературу и архивные документы по теме исследования.
2. Изучить историю создания музея колледжа.
3. Рассмотреть основные направления деятельности музея колледжа.
4. Сделать выводы и заключение.

Объект исследования: организация работы музея образовательных учреждений.

Предмет исследования: история создания и направления деятельности музея ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что в музее Биробиджанского медицинского колледжа ведется работа по различным направлениям.

Методы исследования:

1. Изучение литературы и архивных документов по теме исследования.
2. Наблюдение.
3. Опрос.
4. Систематизация и обобщение полученных данных.

Музей – сложный организм, который функционирует как система взаимодействия и взаимообусловленности различных сфер. Качественная и эффективная работа музея зависит от успешного развития всех направлений деятельности музея. [7]

Основными направлениями деятельности музея являются:

- Поисково-собирательная работа.
- Экскурсионная.
- Экспозиционная.
- Культурно-просветительская.
- Участие в конкурсных программах.

Поисково-собирательная деятельность.

В рамках исследования можно изучать любую интересующую тему. На подготовительном этапе начинается изучение темы по литературе, по материалам, уже имеющимся в музее образовательной организации. Возможно также получение дополнительных сведений по данной теме в городском музее, архиве, краеведческом обществе, из бесед с местными жителями – очевидцами или участниками тех или иных событий. На основе полученных сведений составляется справка по изучаемому вопросу. В ней определяются круг лиц, которых надо разыскать, перечень организаций и лиц, с которыми необходимо установить связь. На всех этапах работы необходимо вести дневники, делать различного рода записи (видео, аудио и т.д.).

Вся документация, составленная во время поисково-исследовательской деятельности, представляет собой систему взаимосвязанных документов, в которых различными способами отражены сведения по одной и той же теме.

В процессе исследовательской работы происходит социальная адаптация школьника/студента, так как через личностное отношение к существующей проблеме выявляется его гражданская позиция, ценностные ориентиры и приоритеты.

Экскурсионная деятельность.

Музейная экскурсия – форма культурно-образовательной деятельности музея, основанная на коллективном его осмотре. Особенностью музейной экскурсии является сочетание рассказа и демонстрации.

Экскурсоводом может быть каждый, кто любит музей, умеет интересно рассказывать, стремится к новым знаниям.

Подготовка и проведение экскурсии в музее образовательного учреждения – непростое дело. Оно требует настойчивости, больших знаний, специальных навыков. Подготовка к выбору темы, составлению текста экскурсии должна проводиться под руководством педагога.

К проведению экскурсии должны быть разработаны специальные требования:

- экскурсию можно строить последовательно по отдельным подтемам и вопросам темы;
- содержание вопроса должно раскрываться путём показа и анализа определённых экспонатов;
- экскурсию делает интересной эмоциональный рассказ;
- для того чтобы это направление работы проходило более успешно, интересно, необходимо собрать группу учащихся, желающих освоить экскурсионное дело, познакомить учащихся с основными правилами, по которым строится текст экскурсии, и её проведение.

Экспозиционная деятельность.

Специфика музейной экспозиции заключается в том, что то или иное событие, природное или социальное явление отражается в ней с помощью не только музейных предметов, но и художественных и технических средств. И поэтому над музейной экспозицией работает большой коллектив – научные работники, художники, дизайнеры, техники.

Культурно-просветительская деятельность.

Одним из основных критериев в оценке работы музея образовательной организации является разнообразие форм массовой и учебно-воспитательной работы: проведение экскурсий и уроков по экспозиции, встреч с участниками Великой Отечественной войны, выдающимися деятелями науки, культуры, искусства, медицины, работа с местным населением. Музей учебной организации должен органично вписываться в план работы всего общеобразовательного учреждения. [9]

Немецкий учёный Г. Фройденталь сформулировал совокупность требований к проведению занятий в музее, актуальных на сегодняшний день:

- каждое посещение музея – это занятие, и оно должно иметь конкретную (учебную, воспитательную, развивающую) цель;
- педагог и обучающиеся должны осознавать, что посещение музея – не развлечение, а серьёзная работа, а поэтому нужно готовиться к нему;
- следует отказаться от обзорных экскурсий, «как безумно тяжёлых не только для сознания школьника/студента, но и взрослого»;
- отбирать экспонаты для экскурсионного показа нужно на основе возрастных интересов обучающегося;
- итогом посещения музея должно быть самостоятельное творчество обучающихся (рисунок, сочинение на тему увиденного, создание газет, моделей и т.д.). [2]

Наиболее эффективными формами работы в рамках музейной педагогики являются:

- массовые,
- групповые,

- индивидуальные.

К массовым формам относятся: экскурсии, походы, экспедиции, вечера, олимпиады, викторины, встречи с участниками и свидетелями исторических событий, конференции, дебаты, лекции, поездки по другим музеям и городам.

К групповым формам работы относятся: кружок, общество, издание газет и журналов, составление презентаций, видеофильмов и т.д. Такие видеофильмы могут в дальнейшем использоваться в классно-урочной и внеурочной, внеклассной работе.

Индивидуальная деятельность предполагает работу с документами архивов, подготовку докладов и рефератов, запись воспоминаний, написание научных работ, переписку с ветеранами, персональные выставки учащихся и т.д. [8]

В учебных заведениях должно быть создано особое воспитательное пространство, где педагоги реализуют специальные музейно-образовательные, культуротворческие программы, экскурсионно-выставочную и клубную работу, апробируют музейные педагогические технологии.

Задачами педагога, осуществляющего деятельность в рамках музейной педагогики, как организатора и помощника в осуществлении этих сложных процессов и проектов, проводника в мир культуры и истории, являются:

1) научить школьника/студента видеть историко-культурный контекст окружающих его вещей;
2) формировать понимание взаимосвязи исторических эпох и своей причастности к современной культуре, неразрывно связанной с прошлым;
3) формировать устойчивую потребность и навыки общения, взаимодействия с памятниками культуры, музеем;
4) развивать способность к эстетическому созерцанию, сопереживанию и наслаждению;
5) формировать толерантность, уважение к другим культурам, их понимание, принятие. [3]

В практической части исследования, для подтверждения нашей гипотезы, мы решили изучить деятельность музея на базе ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Музей истории БМК входит в перечень историко-медицинских музеев Российской Федерации.

Нами были выбраны основные векторы его изучения:

1) история создания музея;
2) музейный фонд;
3) направления деятельности музея.

1) История создания музея.

Музей был открыт в 1975 году. Идея создания Музея колледжа принадлежала Ефиму Иосифовичу Кудишу (Е.И. Кудиш – член Союза журналистов РСФСР).

Кудиш Ефим Иосифович родился 1 октября 1924 года в Житомирской области. Склонность к творчеству привела его в Киевское художественное училище им. Тараса Шевченко, но учёбе помешала война. В 1942 году Ефим Иосифович был призван в армию. Во время Великой Отечественной войны был дважды ранен и контужен.

После демобилизации работал ответственным секретарём Смидовичской районной газеты, заведующим отделом культуры Смидовичского райисполкома.

В 1966 году Ефим Иосифович окончил Хабаровское краевое культурно-просветительное училище. После приезда в г. Биробиджан в 1973 году работал ответственным секретарём областной газеты «Биробиджанер штерн».

В период известных репрессий 1940-х–1950-х гг. Ефиму Иосифовичу удалось собрать и сохранить полторы тысячи изданий на идише, многие рукописи и фотографии, дарственные книги более ста местных авторов. С тех пор он лелеял мечту организовать в областном центре литературный музей, который мог бы стать копилкой знаний по литературе ЕАО и о Еврейской автономной области.

Открытие музея истории Биробиджанского колледжа было связано с 40-летним юбилеем учебного заведения. Инициатором открытия был Ефим Иосифович Кудиш. Так, музей был открыт в 1975 году.

На протяжении 30 лет Ефим Иосифович являлся бессменным хранителем и собирателем материалов для нашего музея.

Ефим Иосифович был автором-составителем пятнадцати книг по краеведению, создателем четырёх народных музеев в сёлах ЕАО и в областном центре – музеев боевой и трудовой славы при медицинском колледже, областной больнице и Доме ветеранов.

В областном центре открыта мемориальная доска в память о краеведе Ефиме Иосифовиче Кудише. Решение увековечить его имя принято городской Думой по просьбе ветеранских организаций и общественности. Постановлением мэра города муниципального образования «Город Биробиджан» ЕАО от 17.11.2011 № 26 «Об установлении мемориальной доски в честь Кудиша Ефима Иосифовича». [4]

2) Музейный фонд.

Нами был изучен фонд музея. Мы рассмотрели экспонаты статичных выставок, исторические документы, приказы, учебные книги, фотографии, газеты, созданные учащимися колледжа.

Ценными экспонатами исторического содержания являются: учебники издания конца 19 – начала 20 веков (Рисунок 1), наборы хирургических инструментов 40х – 50х годов, вещи из личных архивов выпускников (Рисунок 2, Рисунок 3), фотографии.



Рисунок 1. Учебная литература по медицине 1912-1952 гг

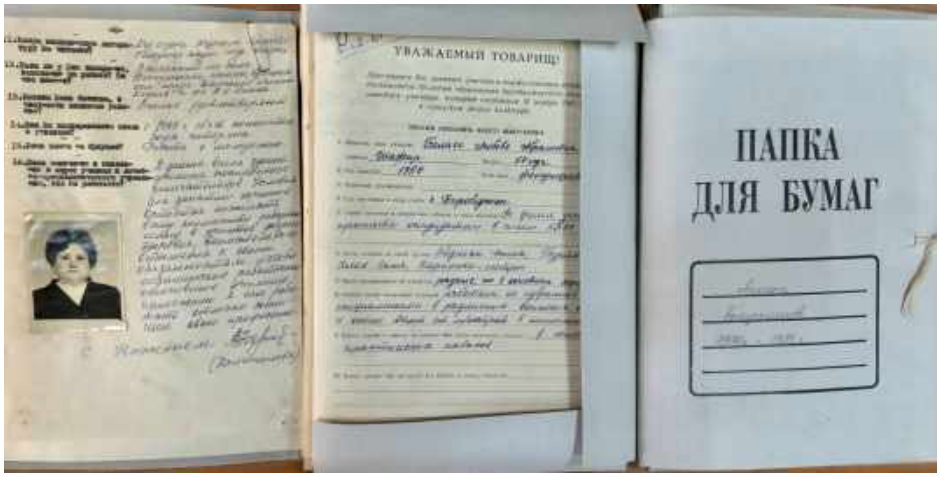


Рисунок 2. Папка с личными делами студентов колледжа 1970-1985гг

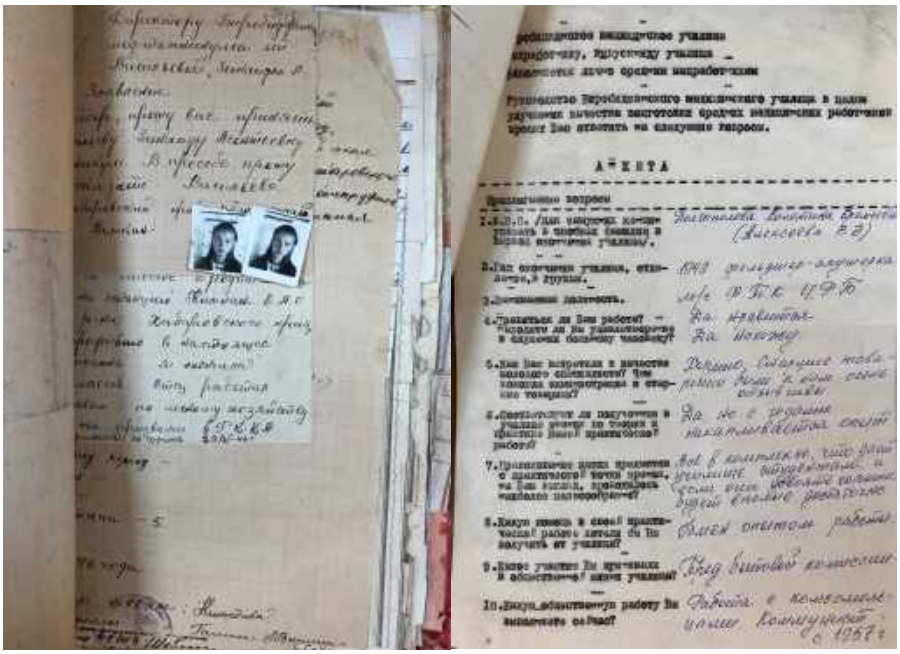


Рисунок 3. Личные дела студентов колледжа в период 1949-1969гг

В научно-вспомогательный фонд входят папки, содержащие материалы о выпускниках колледжа и педагогическом коллективе (фотографии, воспоминания, газетные публикации), альбомы, летописи, выписки из архивных документов (Рисунок 4, Рисунок 5).



Рисунок 4. Благодарности выпускникам колледжа за отличные боевые действия во времена войны (от 1945 г)



Рисунок 5. Почетные грамоты педагогического коллектива и выпускников медицинского училища в период 1976-1982 гг

В музее также хранится копия письма Эммануила Казакевича товарищу Гуревичу (о создании Биробиджанского Еврейского театра): Москва, 16.09.1933г. Место хранения оригинала: Госархив ЕАО. Ф.З.ОП.1.Д. 195.Л.24,24об.

3) Направления деятельности музея.

Основными направлениями деятельности музея колледжа являются:

- Поиск, систематизация и хранение исторических документов, фотографий, приказов, учебных книг изданий конца 19 – начала 20 веков (Рисунок 6, 7, 8).

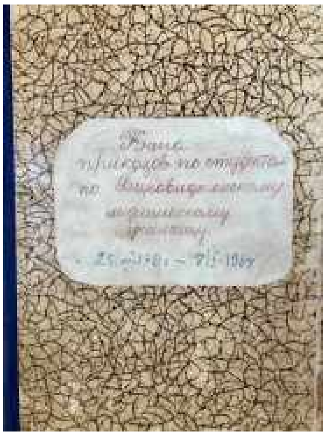


Рисунок 6. Книга приказов по студентам колледжа 1961-1964 гг



Рисунок 7. Фото учебной группы с преподавательским составом (из архива)



Рисунок 8. Фотоальбом с конкурса профессионального мастерства 1988 г

- Реставрация газет (Рисунок 9,10).

Со временем газеты, созданные с помощью красок, клея, фломастеров теряют свой первоначальный вид (краска тускнеет, фотографии и вырезки из газет отклеиваются), поэтому они нуждаются в реставрации. Некоторые газеты оцифровываются для электронного хранения и использования при создании презентаций и видеороликов.

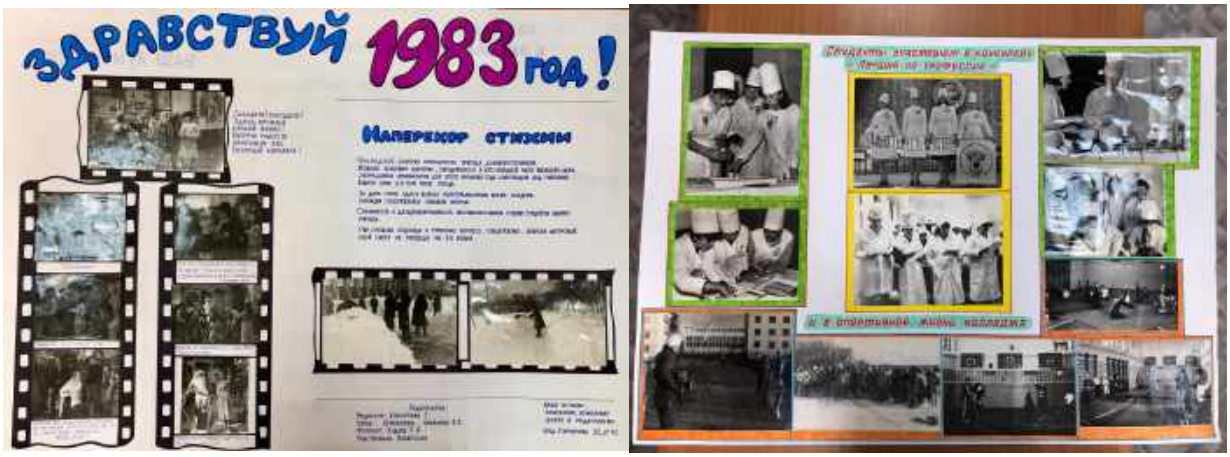


Рисунок 9. Газеты из архива музея



Рисунок 10. Газета из архива музея

- Оформление статичных и выдвижных выставок.

Для активизации деятельности по формированию гражданско-патриотического сознания, нравственно-духовных качеств, чувства сопричастности к судьбе Отечества в нашем колледже создана статичная выставка «Бессмертный полк» (Рисунок 11).



Рисунок 11. Статичная выставка, посвященная акции «Бессмертный полк»

Также оформляются выставки с информацией о выпускниках колледжа (Рисунок 12).



Рисунок 12. Статичная выставка, посвященная выпускникам колледжа

- Экскурсии для студентов колледжа/школьников в рамках учебно-воспитательной работы колледжа.

В музеи собран материал для проведения виртуальных экскурсий по следующим темам:

— «Так начиналась история».
— «История студенческого отряда «Эскулап».
— «Выпускники – участники ВОВ».
— «Две судьбы в истории области» (об Е.Кудише и Э.Казакевиче).
— «Диалог поколений» (медицинские династии из числа выпускников колледжа).
— «Город. Колледж. Судьбы».
— «Область. Колледж. Судьбы».
— «Этапы становления здравоохранения на территории ЕАО».
— «Моя профессия – медицинская сестра».
— «Моя профессия – фельдшер» (выпускники колледжа в практическом здравоохранении). [6]

- Сохранение коллекции вещей из личных архивов выпускников.

Ефим Иосифович посвятил много времени оформлению стендов и организации мероприятий колледжа. Под его руководством создана группа «Поиск», деятельность которой заключалась в проведении информационных экскурсий, где рассказывалось о становлении и развитии здравоохранения в ЕАО. Такие экскурсии были значимы для тех, кто планировал обучение по медицинской специальности.

Так же в стенах музея проводились все мероприятия патриотического характера.

Для первокурсников Биробиджанского медицинского колледжа в музее проходило обучение по дисциплине «Введение в специальность». В ходе обучения студенты могли познакомиться не только с историей развития колледжа, но и в целом здравоохранения в ЕАО.

В музее проходили встречи с выпускниками прошлых лет и участниками ВОВ. Проводились специальные концерты, демонстрировались отрывки фильмов и презентации с памятными фотографиями, говорилось о нынешних заслугах. Так, выпускники могли встретиться с одногруппниками, окунуться в вспоминания, вспомнить годы учебы и памятные события.

До 2019 года организовывались специальные экскурсии для школьников, не только в стенах музея, но и готовили выездные профориентации. Во время их проведения, показывались презентации об истории колледжа, которые создавались благодаря фотографиям, документам, плакатам, и видеороликам, хранящимся в музее колледжа. Каждый из молодых ребят мог узнать историю колледжа.

В связи с нынешней эпидемической обстановкой проведение экскурсий приостановлено.

Руководством музея на сегодняшний день занимаются преподаватели гуманитарных дисциплин: Чижова О.В., Ишуткина Л.А., Мищенко Н.В., Королёва Н.В.

Ежегодно в колледже проводится выставка фотографий на определенную тематику за определенный период времени (Рисунок 13).



Рисунок 13. Выставка фотографий на информационном стенде колледжа

Участие в поисково-собирательской работе, встречи с интересными людьми, знакомство с историческими фактами помогают учащимся Биробиджанского медицинского колледжа узнать историю и проблемы родного края, приобщившись к ним душой. Это воспитывает уважение к памяти прошлых поколений, бережное отношение к культурному и природному наследию своего края, понимание и уважение своей будущей профессии.

Таким образом, можно сделать вывод, что музей нашего колледжа ведет работу по различным направлениям, он с помощью своей экспозиции способен дополнить и обогатить любую информацию, сделать сам процесс обучения и воспитания предметным, наглядным, осязаемым. Музей давно и прочно занял место в современной жизни, как форма гражданского патриотического воспитания, как социально-ценностный процесс, как результат поисково-исследовательской деятельности.

Нам удалось выяснить мнение одного из руководителей – Л.А. Ишуткиной о ее отношении к деятельности музея: «У нашего музея достаточно материала о том, что было много лет назад, все систематизировано. Сейчас накапливается огромный материал о том, что было в течение каждого года – колледж ведет свою летопись («Ежемесячник»). Мы стараемся внести в него все события за год, чтобы после нас знали о том, что происходило в период, за который мы отвечаем, так что мы сохраняем абсолютно все до листочка. Большее количество информации, конечно, оцифровано, технологии позволяют нам хранить все в компьютере, в отдельных папках. Мы сохраняем все мероприятия и фотографии».

На вопрос «Как Вы считаете, важна ли работа музея в колледже?», мы получили следующий ответ:

– «Конечно важна, ведь самое главное – это связь поколений. Молодое поколение и поколение прошлых лет - они должны быть неразрывны. Ведь мы выбрали такую профессию, где идёт связь поколений и внутри многих семей. У нас много медицинских династий, мы уже нашли около 30, и многие из них начинаются еще с 1939 года. Надо

отметить, что есть династии, в состав которых входят и преподаватели нашего колледжа.

Конечно, связь поколений это самое главное, без нее никак. Я считаю это самое – самое главное. Ведь если мы не будем знать наше прошлое, имейте ввиду, у нас не будет и будущего».

В результате проведенного исследования мы решили разработать электронную газету на тему «Музей Биробиджанского медицинского колледжа» (Рисунок 14), где отразили основные направления деятельности музея.

Таким образом, мы видим, что гипотеза нашего исследования полностью подтвердилась. Все задачи решены.


Музей
Биробиджанского медицинского колледжа

Рисунок 14. Электронная газета

Библиографический список

1. Методические рекомендации департамента молодежной политики, воспитания и социальной защиты детей Министерства образования и науки Российской Федерации от 12ю01ю2007 № 06 -11 по деятельности школьных музеев и развитию краеведческих объединений. – 56с.

2. Завгородняя О.Н. Музей истории учебного заведения как результат и форма привлечения студентов к поисково-исследовательской деятельности. Организация исследовательской деятельности учащихся и студентов в образовательном учреждении /О.Н. Завгородняя, А.А. Огарков – Вологда, 2007. – 46 с.

3. Карпова О.Б. Создаем музей вместе: методические рекомендации в помощь организаторам музеев учреждений образования / О.Б. Карпова – Вологда, 2007. – 98 с.

4. ЕАО в лицах: Ефим Кудиш, Михаил Шестопалов, Виля Рысин [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://eaomedia.ru/news/1169109/

5. Колесников А. Концепция развития музея [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://pandia.ru/text/77/425/29372.php

6. Направления работы музея Биробиджанского медицинского колледжа [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://bmkveao.ru/index/dokumentacija/0-40

7. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка / С.И. Ожегов – М., Азбуковник, 1999. – 944с.
8. Основные направления музейной деятельности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://yarsale-muzey.ru/documents/20.html
9. Российская музейная энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.museum.ru/RME/musbis.asp

УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ В РАЗВИТИЕ ВОЛОНТЕРСКОГО ДВИЖЕНИЯ

Малкова Татьяна Николаевна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал
КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж имени Г.С.Макарова»
министерства здравоохранения Хабаровского края
31.02.06 Стоматология профилактическая, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель стоматологических дисциплин
Дятала О.В.

ВОЛОНТЁРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ «МЫ ВЫБИРАЕМ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

У кого есть здоровье, есть и надежда, а у кого есть надежда - есть все. Эта знаменитая арабская пословица говорит о том, крепкими и здоровыми хотят быть все, но все ли знают как сохранить свое здоровье на долгие годы и понимают ли они, что оно зависит только от нас самих. Для формирования у населения здорового образа жизни принимают участие учителя, родители и медики, не только работающие в поликлиниках и больницах, но и будущие студенты медики - волонтеры, участвующие в различных акциях: «Здоровье - это жизнь!», « Мы за ЗОЖ!», «Спорт и ЗОЖ!» и работающие в постоянно действующих волонтерских отрядах.

Волонтерское движение на стоматологическом отделении действует у нас в колледже уже 23 года. Я первый год являюсь командиром волонтёрского отряда, а бессменный руководитель Дятала О.В. Начинали работать в этом направлении студенты специальности «Стоматология» и «Стоматология ортопедическая», а с 2009 г. «Стоматология профилактическая» и « Сестринское дело» и занимаются этим по настоящее время.

Волонтерское движение – институт воспитания семейственности, честности, справедливости, дружбы, верности, милосердия, вдохновения, ответственности, созидательности, терпимости, трудолюбия, умеренности, добра. Волонтерское движение представляет собой добровольную консолидированную социально полезную деятельность самоуправляемых открытых объединений молодежи. Волонтёрство делает людей счастливее и помогает жить дольше, к такому выводу пришли британские учёные. Исследовательская работа утверждает, что добрые дела укрепляют душевное здоровье, прибавляют долголетия. И они выявили три причины, почему волонтёрство может быть привлекательным. Во-

первых, это повышает физическую активность; во-вторых, через социальные контакты мы уменьшаем стресс; и в-третьих, это дарит людям чувство глубокого счастья. В основе волонтерского движения лежит старый как мир принцип: «Хочешь почувствовать себя человеком – помоги другому!»

Международное волонтерское движение появилось в Европе в 1920-х годах по инициативе молодых людей, полных энергии и желания помочь в восстановлении разрушенного Первой мировой войной мира. Идеи солидарности, безвозмездности, равенства и отказа от насилия, пропагандируемые добровольцами, очень быстро стали популярными как среди молодежи, так и людей самого разного возраста. Постепенно стали возникать и реализовываться все больше и больше волонтерских программ. В 60-х годах возникают десятки волонтерских программ с миротворческой целью – подружить Восточную и Западную Европы. С 80-х годов среди волонтерских программ получили широкое распространение экологические волонтерские проекты. В настоящее время в 90 странах мира ежегодно организуется множество волонтерских программ, проходит более 3000 волонтерских лагерей, в которых участвуют тысячи добровольцев. Молодые люди, совершенно бескорыстно, не ища личной выгоды, пытаются сделать мир чуточку лучше.

Почему становятся волонтерами?

- Потребность быть нужным.
- Потребность в общении.
- Интерес.
- Антураж.
- Карьера, авторитет и самореализация.
- Творческие возможности.
- Решение своих проблем.
- Досуг.
- Подтверждение своей самостоятельности и взрослости.

Функции волонтеров в профилактической работе с молодежью:

- Проведение профилактических занятий или тренингов.
- Проведение массовых акций, выставок, соревнований, игр.
- Распространение информации (через раздачу полиграфии, расклейку плакатов, работу в своей социальной среде).
- Подготовка других волонтерских команд и участников.
- Творческая деятельность. Разработка станционных игр, массовых акций, создание плакатов, брошюр, видеороликов.
- Сбор (анкетирование, тестирование, опросы) и обработка данных.
- Экспертная деятельность по оценке качества услуг.

Поощрение волонтёров:

- Похвала.
- Доска почета на видном месте.
- Вручение грамоты.
- Благодарственное письмо на место учебы или родителям.
- Личная благодарность от известного человека (представителя администрации города)

Свою волонтерскую деятельность мы решили направить на пропаганду здорового образа жизни среди младших школьников . Так появилась программа волонтерской работы «Мы выбираем здоровый образ жизни» и волонтёрский отряд « Подари улыбку детям». Программа рассчитана на учеников начальных классов и дошкольников. При планировании занятий учитывались возрастные особенности детей.

У нас есть план работы волонтерского отряда на каждый год.

Участники волонтёрского движения в 2020-2021 учебном году в количестве 25 человек – это гигиенисты стоматологические и медицинские сестры провели просветительную работу в школах №4, №5, №32, №34; №50, МДОУ№65,МДОУ№94.Из-за короновируса число волонтеров нашего отряда снизилось, многие школы и ДДУ в том году из-за пандемии не принимали нас, боясь заражения дошкольников и учеников, хотя болели больше людей старшего поколения 60+.

В 2021-2022году мы тоже не сидели сложа руки, хотя и вокруг тяжелая эпидемиологическая обстановка из-за ковида , который охватил уже большое количество детей. Сейчас ходим больше в детские дошкольные учреждения МДОУ№78, МДОУ№134, МДОУ№79, МДОУ№54, выступаем перед детьми в виде театрализованных представлений о правильном уходе за полостью рта, закрепляем эти знания, обучая их на муляжах челюстей, демонстрируя чистку зубов, проверяя их умения пользоваться основными и дополнительными средствами и предметами гигиены.

За время существования отряда мы принимали участие в городском конкурсе «Моя инициатива» и заняли 3 место (2010 г.)

В 2011 г. Участвовали в региональном творческом конкурсе «Милосердие 21 века» в городе Уссурийске. Получили диплом.

- В 2012 г. участвовали в 4-м краевом конкурсе Молодежная социальная инициатива «Поколение новое выбирает жизнь здоровую», получили грамоту.
- В мае 2018 г. участвовали в 16 Межрегиональной студенческой научно - практической конференции « Современные аспекты деятельности среднего медицинского персонала», посвященной году Волонтера и Добровольца в России, в городе Хабаровске, получили диплом.
- В ноябре 2018 г. участвовали в краевом конкурсе «Волонтеры здоровья». Получили благодарность от Комсомольского отделения МЦ КГАУ «КМЦСВиЗ».
- В марте 2020 г. Участвовали I Межрегиональной студенческой научно - практической конференции «Современная молодежь в учебе, науке, творчестве» , в городе Биробиджане. Получили диплом.
- В марте 2021 г. Участвовали II Межрегиональной студенческой научно - практической конференции «Современная молодежь в учебе, науке, творчестве» , в городе Биробиджане. Получили 2диплома.

Главным направлением программы является сохранение здоровья школьника и дошкольника, обучение их уходу за полостью рта. Цель программы – формирование и утверждение позитивного отношения к здоровью, убежденности в возможности его сохранения и улучшения, освоение навыков здорового образа жизни, а также содействие тому, чтобы выбор поведения, полезного здоровью, стал прочной мотивацией в дальнейшей жизни.

Задачи работы волонтерского отряда:

- дать понятие и представление о здоровье и его значимости;
- показать важность режима дня, правильного питания, гигиенических процедур для здоровья младшего школьника и дошкольника;
- утверждать позитивное отношение к здоровому образу жизни.

Для достижения поставленной цели и задач предполагается использование различных приемов работы: беседа, сочинение сказок, создание памятки, буклеты и т.п.

Деятельность участников волонтерского движения строится на принципах:
- добровольность;
- самоуправление;
- непрерывность и систематичность;
- осознание членами волонтерского движения личностной и социальной значимости их деятельности;
- ответственное отношение к деятельности.

Цели:

1.Показать значение сохранения здоровья зубов с раннего возраста.
2. Привитие основных гигиенических навыков.
3. Способствовать воспитанию бережного отношения к своему здоровью.

4.Профилактика заболеваний зубов у детей

5.Обучение детей методам ухода за полостью рта

6.Создание условий для обучения детей правильной чистке зубов.

7.Научить детей правильно выбирать средства и предметы личной гигиены.

У нас в городе Комсомольске-на-Амуре до 98.8 % населения (по данным государственных стоматологических поликлиник подвержены кариесу зубов и его осложнениям (пульпиту, периодонтиту). Наш отряд работает во многих школах города Комсомольска-на-Амуре - Центральном и Ленинском округах . (№1, №3,№ 4, №5, №6,№ 7 , №14, №15,№16,№23,№25,№32, ,№34, №35,№50, №51,№53 микрорайона Дружба, Таёжный, п. Старт, п. Западный и детских садах). В них мы проводим уроки здоровья, беседы, лекции и через 6 месяцев проводим анкетирование среди этих же школьников о закреплении у них навыков и умений по уходу за своей полостью рта. За 23 года мы обучили уходу за полостью рта около 18600 тыс. человек. К нам в колледж приходят эти выросшие ученики учиться на специальность гигиенист стоматологический, так как им понравилось, как студенты рассказывали , показывали сценки о необходимости соблюдать гигиенические навыки об уходе за полостью рта и к чему может привести их несоблюдение.

Все больше людей нашего города хотят быть со здоровыми зубами и у них формируются привычки к ЖОЗ, так как они знают, что это такое и применяют свои знания на практике, так как здоровье всего организма начинается с полости рта. Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придется, то и с колоссальными перегрузками.

Библиографический список

1. Субботина, А.В. Волонтерство как способ социализации молодежи [Электронный ресурс] / А.В. Субботина // режим доступа - http://www.scienceforum.ru/2014/524/3650

2. Тарасова, Н.В. Волонтерская деятельность как историко-педагогический феномен[Текст] / Н.В. Тарасова // Педагогическое образование в России: -2012. - №4.

3. Федеральный закон от 19.05.1995 № 82-ФЗ «Об общественных объединениях» (принят ГД СФ РФ 23.07.2008).

4. Федеральный закон ««Об добровольчестве (волонтерстве)» от 11.02.2013г.».

5. Черепанова, Н. В.Социальное обучение в добровольческом движении [Текст]: автореф. дис. / Н.В. Черепанова. - Ставрополь, 2006. 31 с.

6. Щелина, Т. Т. Организация и содержание волонтерской деятельности студентов [Текст] / Т. Т. Щелина // Вестник. - 2006. - №7. - С. 6-9.