

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

***Материалы Студенческой
научно-исследовательской конференции
«Современные аспекты питания
в здоровье и болезни»***



***12 мая 2016 г.
г. Биробиджан***

**Материалы Студенческой научно - исследовательской конференции
«Современные аспекты питания в здоровье и болезни» ОГПОБУ
«Биробиджанский медицинский колледж», 2016.- 86 с.**

Составитель, компьютерная верстка:

**Королева Н. В., начальник отдела методической работы ОГПОБУ
«Биробиджанский медицинский колледж».**

Орфография и пунктуация авторов сохранены.

**В сборник включены материалы Студенческой научно -
исследовательской конференции «Современные аспекты питания в
здоровье и болезни», проведенной 12 мая 2016 года в ОГПОБУ
«Биробиджанский медицинский колледж»**

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



ОГЛАВЛЕНИЕ

❖ Рациональное питание

Рациональное питание как способ сохранения здоровья студента5

Гребнева Анастасия, студентка группы 30 СД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Гольцова Наталья Владимировна

«Конфетки» из аптеки.....13

Радыгина Анастасия, студентка группы 10 СД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Шахматова Елена Ивановна

Информированность беременных в вопросах рационального питания23

Куранова Ксения, студентка группы 32 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Попова Елена Владимировна

❖ Питание и здоровье человека

Роль питания в формировании заболеваний желудочно-кишечного тракта неинфекционной этиологии.....29

Кардашова Екатерина, Бордунова Светлана, студентки группы 32 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Березань Елена Вильевна

Питание при сахарном диабете II типа.....34

Грицишина Валентина, студентка группы 22 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Климченко Татьяна Борисовна

Ожирение как следствие влияния эндогенных и экзогенных факторов на организм человека.....47

Волобуева Кира, студентка группы 13 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Калинина Ольга Владимировна

Риск развития ожирения у пациентов с различными заболеваниями.....57

Волобуева Кира, студентка группы 13 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Даньшина Светлана Викторовна

Правильное питание при ожирении.....60

Малютина Кристина, студентка группы 12 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Солдатенко Ирина Валентиновна

Лечебная физкультура при ожирении.....66

Евстратенко Андрей, студент группы 32 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Андреев Андрей Пантелеевич

❖ Организация питания

Организация питания медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях ЕАО.....68

Артемова Алина, Плотникова Светлана, студентки группы 32 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научный руководитель: Вторушина Лариса Борисовна

Организация питания военнослужащих.....73

Хайдутдинова Ульяна, студентка группы 22 ЛД

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Научные руководители: Гефен Лариса Ивановна

Болдырева Татьяна Леонидовна

Лоншакова Ольга Алексеевна

Рациональное питание как способ сохранения здоровья студента

*Гребнева Анастасия, студентка группы 30 СД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Гольцова Наталья Владимировна*

Здоровье - это первая и естественная потребность человека. Давно доказано, что здоровье современного человека лишь на 10-15% определяется уровнем системы здравоохранения и на 90-85% зависит от нас самих.

Связь питания и здоровья была подмечена еще в древности. Люди видели, что от неправильного питания дети плохо растут и развиваются, взрослые болеют, быстро утомляются, плохо работают и погибают.

Вопросы питания стоят сегодня в центре внимания медицины. В эпоху научно-технического прогресса в связи с изменившимися условиями труда и быта возникла проблема предупреждения заболеваний, связанных с избыточным и нерациональным потреблением пищи и малоподвижным образом жизни. В России 50% населения имеют избыточный вес (в т.ч. 17% детей). Все чаще встречаются болезни, возникающие вследствие нарушения обмена веществ (ожирение, сахарный диабет и др.). Особенно актуально это для подрастающего поколения, от здоровья которого, во многом, зависит будущее страны. Молодежь должна быть наиболее здоровой частью общества, но, к сожалению, таковой не является.

Студенчество, являясь составной частью молодежи, представляет собой специфическую социальную группу, которая отличается свойственными ей условиями жизни, труда и быта, социальным поведением и психологией, системой ценностных ориентаций.

В России 35 % студентов имеют хронические заболевания. По данным известного исследователя Глазычева Г.А., лишь каждый четвертый студент первокурсник - 25, 8% - относится к первой группе здоровья, ко второй — 61, 4%, к третьей — 12, 8%.

Многие исследования показали ухудшение состояния здоровья студентов за период обучения, рост заболеваемости и распространения негативных тенденций в студенческом образе жизни [1; 4]. Поэтому охрана здоровья студенческой молодежи считается одной из важнейших задач российского общества.

По свидетельству многих авторов, здоровье студентов в значительной степени зависит от сформированности основных составляющих здорового образа жизни, уровня физической активности и характера питания [3; 5; 6].

Правильное полноценное питание обеспечивает нормальный рост и развитие молодого организма, способствует профилактике распространённых заболеваний, повышению работоспособности и продлению активной жизни, создаёт условия для укрепления иммунной системы, адекватной адаптации к окружающей среде.

Актуальность данной темы позволила определить цель и задачи исследования.

Целью настоящего исследования является изучение особенностей рационального питания студенческой молодежи.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи:

- 1) Изучить теоретические аспекты рационального питания.
- 2) Выяснить особенности питания студентов.

3) Разработать рекомендации по рациональному питанию студентам Биробиджанского медицинского колледжа.

Объект исследования: Рациональное питание и здоровье студента.

Предмет: Отношение студентов Биробиджанского медицинского колледжа к вопросу рационального питания.

Гипотеза: Мы предположили, что студенты Биробиджанского медицинского колледжа не придерживаются некоторых принципов рационального питания, таких как:

1. режим питания;
2. сбалансированность питания.

Для решения поставленной цели, выделенных задач и проверки гипотезы был применен комплекс методов исследования: теоретические: анализ литературы, синтез выявленных знаний по проблеме исследования; анкетирование, статистическая обработка и анализ полученных данных. Для исследования была сформирована группа респондентов из числа студентов 3 курса, женского пола в возрасте от 19 до 36 лет, в количестве 30 человек.

Рациональное питание – это по существу соблюдение трех основных принципов питания:

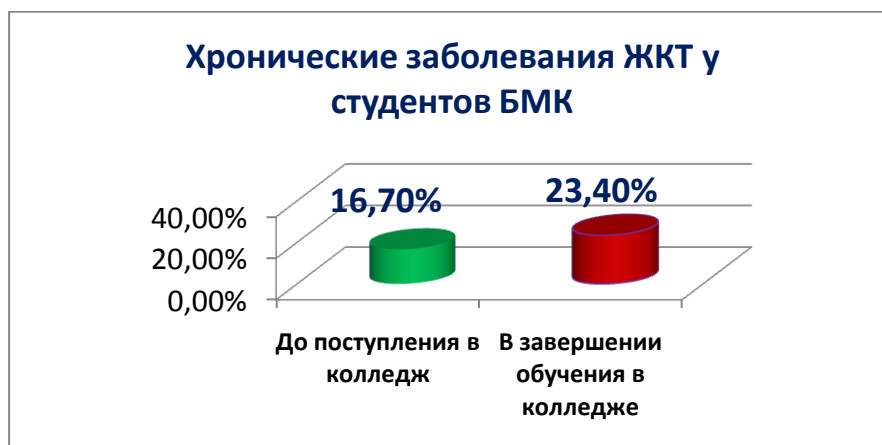
1. Равновесие между поступающей с пищей энергией и энергией, расходуемой человеком во время жизнедеятельности, иначе говоря, баланс энергии.
2. Удовлетворение потребностей организма в определенном количестве и соотношении пищевых веществ и водный баланс.
3. Соблюдение режима питания (определенное время и кратность приемов пищи, определенное количество пищи при каждом приеме) [1].

Суточная потребность в энергии зависит от суточных энергетических затрат (энерготрат), которые складываются из расхода энергии на основной обмен, усвоение пищи, физическую (нервно-мышечную) деятельность. Причем, основной обмен – это энерготраты организма в состоянии полного покоя, обеспечивающие функции всех органов и систем и поддержание температуры тела.

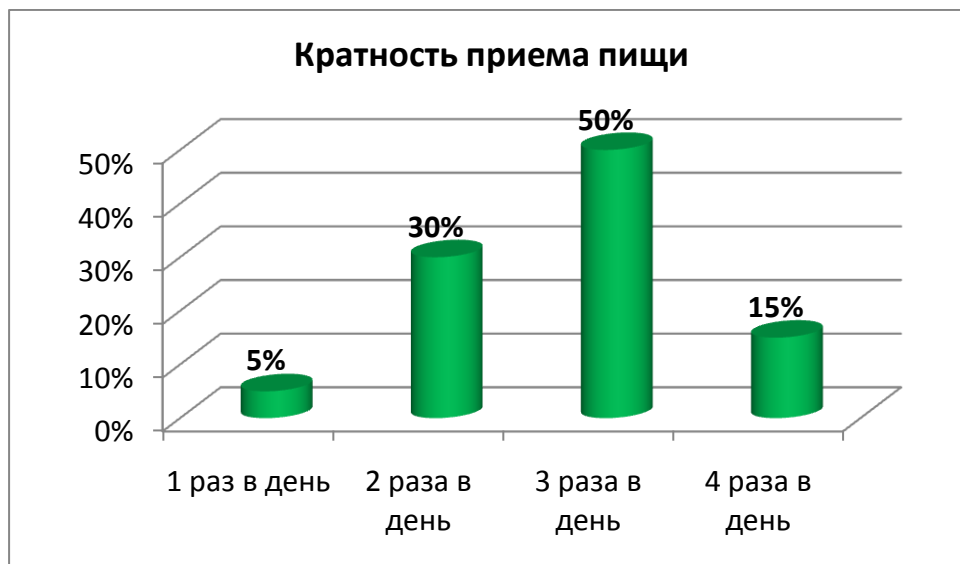
В рационе практически здорового человека при средних физических нагрузках оптимальным является соотношение белков, жиров и углеводов, близкое к 1:1:4, необходимо помнить о балансе макро и микро - элементов. Взрослому человеку необходимо употреблять 1,5 - 2 литра жидкости в сутки. А наиболее рациональным режимом питания является 4-5 разовое питание через равные промежутки времени и последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2–3 часа до сна. Конечно, для питания характерна сезонность, важна эстетичность и качество пищи.

В нашем исследовании мы хотели выяснить, как действительно студенты нашего колледжа соблюдают основные принципы рационального питания и есть ли у них проблемы со здоровьем, которые могут быть связаны с пищевым поведением.

Инструментарием для исследования послужила составленная самостоятельно анкета из 16 вопросов.



По результатам анкетирования– 16,7% (5 человек) респондентов имеют хронические заболевания ЖКТ. Причем, 6,7% (2 человека) студентов приобрели хронические заболевания ЖКТ после поступления в колледж. Значит, период обучения в колледже, а наши респонденты – практически все выпускники, повлиял на состояние здоровья респондентов. Следовательно, есть ряд причин, которые способствовали этим изменениям. С этим мы попытались разобраться.



1 раз в день питаются - 5% респондентов, 2 раза в день - 30%, 3 раза в день - 50%, 4 раза в день - 15%. Таким образом, к наиболее рациональному режиму питания (4-5 раз в день) придерживается только 15%. Абсолютно нерациональный режим питания отмечают 35% студентов.



На вопрос «Каковы причины нарушения режима питания?» все респонденты ответили, что знают о рациональном режиме питания и о его пользе и значении, но тем не менее ответы распределились следующим образом: **СЛАЙД**

30% - пока не видят необходимости в соблюдении режима питания, так как здоровье у них отменное;

55% - хотели бы, но не хватает времени. Остальные 15% следуют правильному режиму питания.



На вопрос «Где и чем предпочитают питаться наши студенты?» ответы были следующие:

30% - предпочитают сладкое и сдобное, что составляет основной рацион,

20% фаст-фуд на бегу в столовой или кафе,

50% - домашнюю кухню.

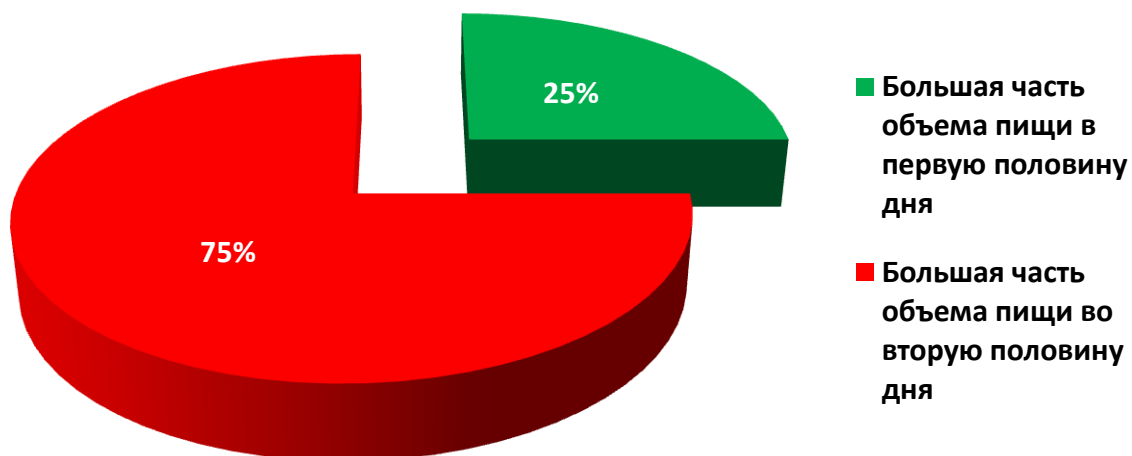
Следовательно, половина студентов предпочитают домашнюю кухню, которая является, по нашему мнению более полезной и качественной.



Завтракают ли наши студенты?

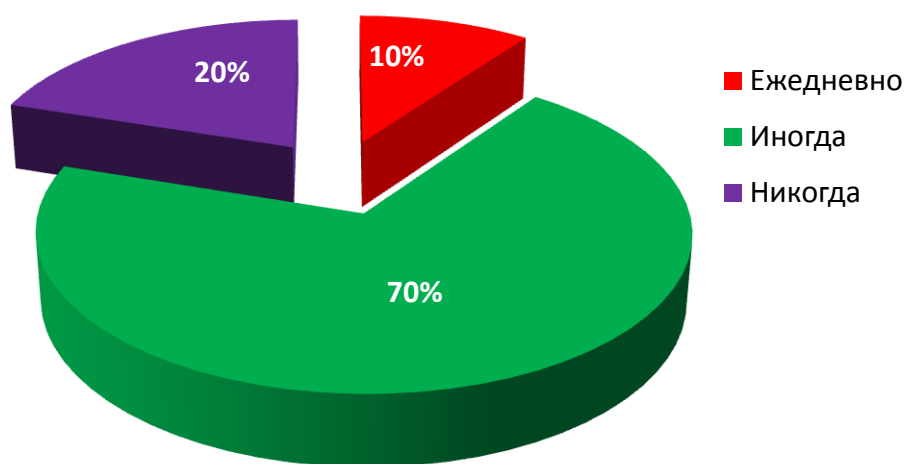
50% студентов осознают значимость завтрака для продуктивности основной деятельности и здоровья, 30% не всегда завтракают из-за неправильного распределения бюджета времени, и только 20% вообще исключили завтрак из своего рациона, что негативно сказывается и на работоспособности и здоровье студентов.

Распределение объема пищи



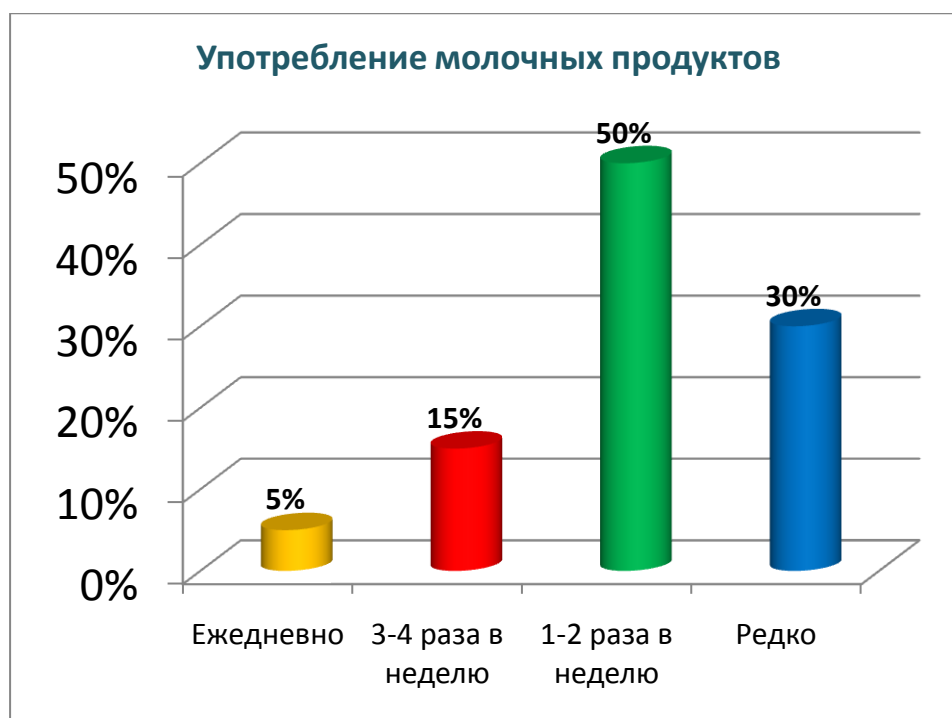
В ходе опроса выяснилось, что 75% респондентов съедают больше еды во второй половине дня, что является нерациональным и только 25% не перегружают себя едой по вечерам.

Присутствует ли "Вредная еда" в пище студентов



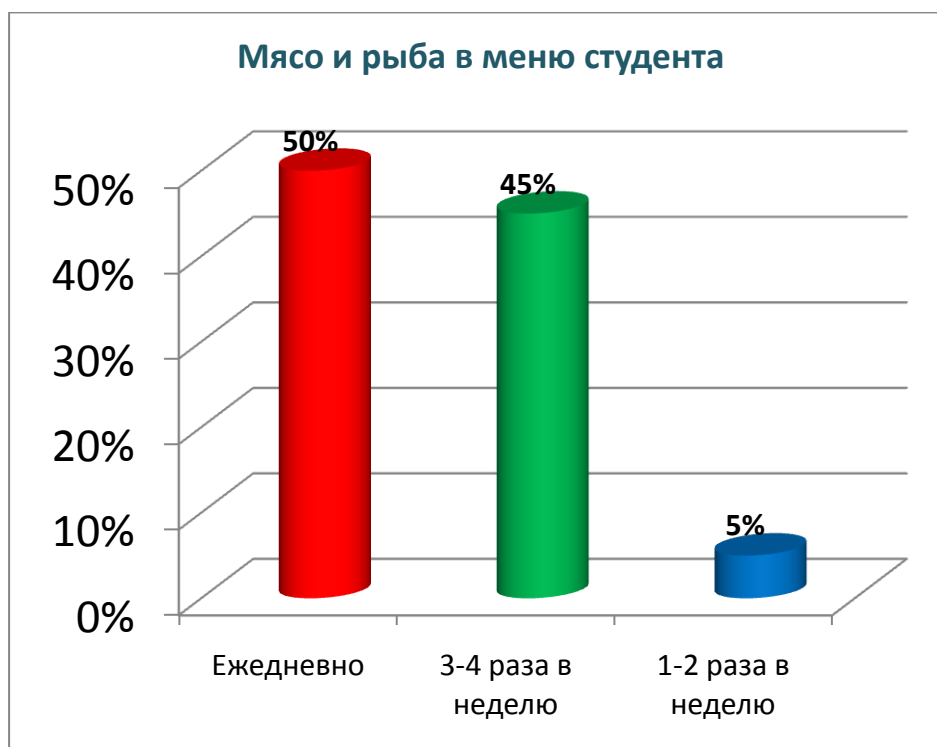
«Вредная еда» - продукт современной индустрии питания: кириешки, чипсы и т.д. Мы спросили студентов, а как часто они употребляют их в пищу? Ответы были следующими: 10% ежедневно употребляют «вредную еду», 70% - иногда употребляют их в пищу, 20% - не едят вообще.

Следовательно, только 20% опираются на свои знания о здоровом питании и отказываются от вредной пищи.



Молочные продукты ежедневно употребляют 5% респондентов, 3-4 раза в неделю - 15%, 1-2 раза в неделю - 50%, редко - 30%.

Из этого следует, что молокопродукты не исключены полностью из рациона студентов, хотя для большей части респондентов их количество является недостаточным.

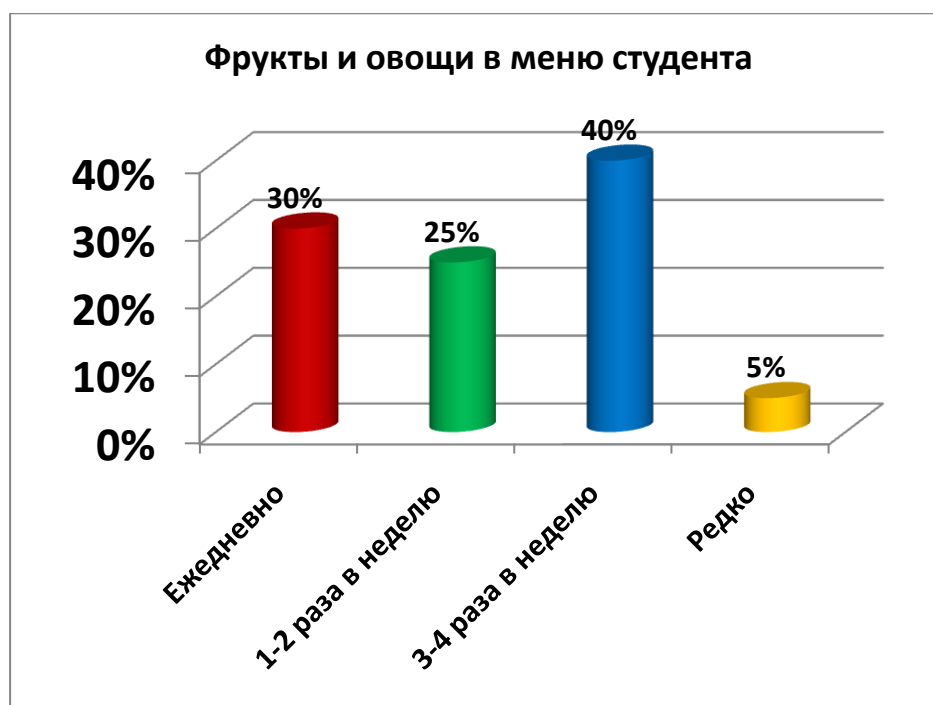


50% - опрошенных, употребляют мясо или рыбу каждый день,

45% - 3-4 раза в неделю,

5% - 1-2 раза в неделю.

Таким образом, пищевой рацион большей части студентов не удовлетворяет потребности молодого организма в животных белках.



Каждый день употребляют овощи и фрукты:

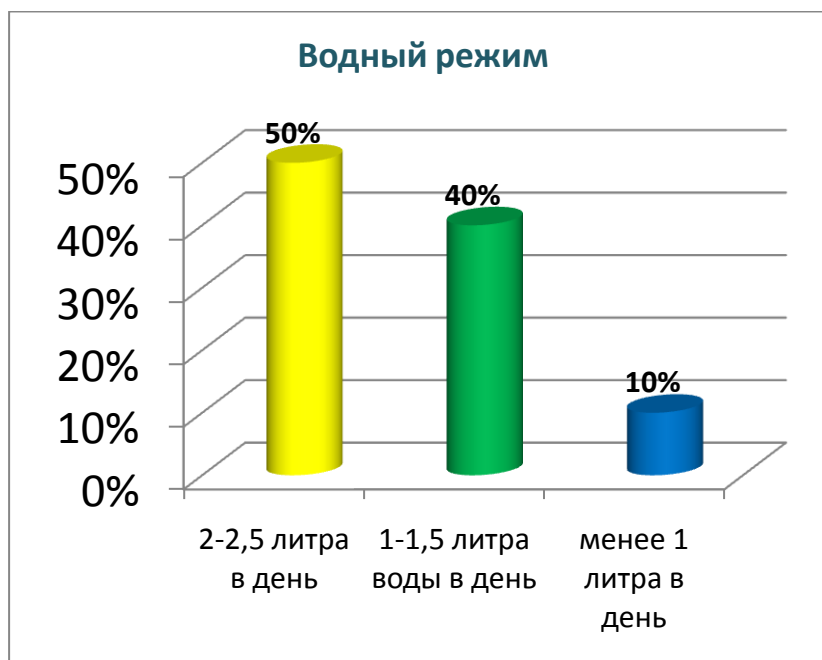
30% опрошенных,

1-2 раза в неделю - 25%

3-4 раза в неделю - 40%,

редко - 5% респондентов.

Следовательно, большая часть студентов употребляет недостаточное количество овощей и фруктов, даже если они появляются на их столе ежедневно, на это имеет влияние регион проживания и дефицит денежных средств студентов.



Сколько жидкости употребляют наши студенты? 50% опрошенных употребляют 2-2,5 литра воды в день, 40% выпивают 1-1,5литра воды в день, 10% - выпивают меньше литра воды в день, что меньше необходимой нормы.

Таким образом, при анкетировании выяснилось, что большинство студентов не соблюдают основные принципы питания. Адаптация в коллективе, умственные и физические нагрузки, физиологические изменения, присущие данному возрастному периоду, повышают потребности молодого организма студента в пищевых веществах, витаминах и минеральных веществах. Однако, как показало исследование, в меню преобладает углеводистая пища. При употреблении полуфабрикатов не исключено, что в организм попадают вредные вещества: стабилизаторы, консерванты и красители, модифицированные компоненты. И в тоже время, наблюдается уменьшение в рационе питания студентов количества овощей, фруктов, кисломолочных продуктов, рыбы, мяса.

Таким образом, анализируя результаты опроса, мы считаем, что в пищевом поведении наших студентов нарушаются все принципы рационального питания. Это и принцип энергетического равновесия, согласно которому энергетическая ценность суточного рациона питания должна соответствовать энергозатратам организма. Но это за рамками нашего исследования.

Мы уверены в том, что нарушается принцип – сбалансированность питания. Рацион студента однообразен, мало белков животного происхождения, овощей, фруктов. Что доказывают результаты анкетирования. Третий принцип – режим питания студентами вовсе не соблюдается. Не соблюдается кратность приемов пищи в течение суток, не соблюдаются определенные интервалы между отдельными ее приемами и распределение суточного рациона по отдельным приемам. Что доказывает, что выдвинутая нами гипотеза верна.

В соответствии с требованиями ГУ НИИ питания РАМН энергетическая потребность должна составлять для студентов 2 585 ккал, студенток – 2 434,5 ккал. На белки должно приходиться около 12 % суточной энергетической ценности рациона, причем доля белков животного происхождения должна составлять не менее 60 % их общего количества в рационе. Жиры должны составлять около 30 % от общей энергетической ценности рациона студентов, при этом на долю жиров растительного происхождения должно приходиться около 30 % их общего количества. Суточная потребность студентов в основных минеральных веществах должна обеспечиваться поступлением в организм (мг): кальция – 800; фосфора – 1600; магния – 500; калия – 2 500–5 000; железа – 10 [4; 6].

Таким образом, проблема питания студентов в настоящее время является весьма актуальной.

Период обучения в колледже, несомненно, внес коррективы в режим дня и режим питания студентов, отрыв от дома повлиял на качество и на характер питания из-за неспособности самостоятельно организовать для себя условия. Отсюда вытекают причины, приводящие к нарушению здоровья студента: перекусы всухомятку фастфудами, когда и как придется, материальные трудности так же способствуют бедности и неполноценности питания.

Несмотря на то, что в период обучения студенты приобретают необходимые знания о правильном пищевом поведении, слабая волевая регуляция и социальная незрелость мешают студенту действовать во благо собственному здоровью.

Нами разработаны рекомендации, которые оформлены в виде буклета и памятки.

В заключение приведем слова Сократа: «Мы едим, чтобы жить, а не живем, чтобы есть!».



Список использованных источников:

1. Белов, В. Б. Трудовой потенциал России на современном этапе / В. Б. Белов, А. Г. Роговина // Пробл. соц. гиг. Здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 2. – С.10–13.
2. Вегетативные дистонии у студентов. Решение проблемы / С. Б. Бондарь, А.Ю. Малофеев, В.А. Смирнова и др. // Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: Матер, междунар. конгр. – М., 2004. – Ч. 1. – С. 177–179.
3. Габриелям, К. Г. Состояние здоровья студентов вуза и проблема курения / К. Г. Габриелям, Б. В. Ермолаев // Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: Матер, междунар. конгр. – М., 2004. – Ч. 1. – С. 232–234.
4. Гончарова, Г. Н. Характеристика факторов образа жизни и их влияние на здоровье студентов Красноярской медицинской академии / Г. Н. Гончарова, В. В. Упатов //Биоэтика в вузе: биологическое (соматическое), социальное, психическое и духовное здоровье студентов и преподавателей вуза : Матер. межвуз. конф. Красноярск, 7–8 фев. – 2001 г. – Красноярск, 2001. – С. 44–48.
5. Макарова, А. Н. Питание студентов – проблема настоящего времени / А. Н. Макарова, Л. З. Шильман // Молодые ученые – агропромышленному комплексу Поволжского региона. – Саратов, 2004. – С. 168–171.
6. Чернышева, Р. В. Структура заболеваемости студентов специального учебного отделения / Р. В. Чернышева // Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: матер. междунар. конгр. – М., 2004. – Ч. III. – С. 311–312.

«Конфетки» из аптеки

*Радыгина Анастасия, студентка группы 10 СД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Шахматова Елена Ивановна*

Витамины являются незаменимыми и необходимыми веществами для жизни организма. Это широко известное слово вошло в наш лексикон только в начале 20 века.

- 1880 год – русский врач Н.И. Лунин высказал предположения, что пища, помимо белков, жиров, углеводов и минеральных веществ, должна содержать необходимые для жизнеобеспечения вещества, присутствующие в небольших количествах. Это стало толчком для последующих экспериментов (животных кормили очищенным рисом и у них развивались полиневриты).

- 1912 год – биохимик Казимир Функ вводит понятие «Витамины» (от лат. Vita – жизнь + амины) – органические вещества, необходимые для жизнедеятельности организма.

- 1921 год – Н.Д. Зелинский высказал предположения о связи витаминов с ферментами.

- 1929 год – первая отечественная монография Л.А. Черкеса «Витамины и авитаминозы»

- 1932 год – А. Виндаус впервые выделил в кристаллическом виде из дрожжей тиамин (вит. В1)

«Витаминология» - раздел медико-биологических наук, посвященный витаминам.

С момента открытия витаминов отношение к ним менялось. Первоначально их стали широко применять для лечения и профилактики авитаминозов (цинга, рахит, бери-бери, карофтальмия и др.). В настоящее время авитаминозы, как правило, не встречаются.

Был период, когда считали, что витамины принимать необязательно, достаточно хорошо питаться.

В настоящее время вновь возрос интерес к витаминам. Доказана необходимость регулярного приема витаминов.

Витамины – различные по структуре и происхождению низкомолекулярные органические вещества, необходимые в малых количествах для нормальной жизнедеятельности организма. Витамины не являются пластическим материалом или источником энергии. Они принимают участие в обменных процессах. Витамины являются составной частью около 150 ферментов (коферменты), которые выполняют роль катализаторов химических процессов в организме. Витамины помогают нам:

- а) получить энергию из пищи;
- б) восстанавливать наши клетки и ткани (мышцы, кожу, волосы, кости, нервную ткань и др.);
- в) сохранять сопротивляемость к болезням;
- г) улучшать самочувствие и общее состояние.

Источники:

1. Витамины поступают из растительной и животной пищи (основной путь).
2. Часть витаминов синтезируется микрофлорой кишечника (гр. В, К).
3. Некоторые витамины синтезируются в тканях из их предшественников (витамины А, Д).

Нарушение содержания витаминов.

Витамины проявляют себя не своим присутствием, а своим отсутствием. При определенных условиях в организме могут развиваться:

Авитаминоз – патологическое состояние, развивающееся при полном прекращении поступления витамина не синтезируемого в организме = полное отсутствие витаминов.

Гиповитаминоз – болезненное состояние, связанное с недостатком витаминов. Проявления: ухудшение общего самочувствия, усталость, потеря аппетита, слабость, расстройство сна, снижение работоспособности, сопротивляемости к инфекциям, проблемы с кожей, костями и др.

В большинстве случаев имеет место полигипоавитаминоз.

В РФ 80% населения имеет витаминную недостаточность. На 1 месте – витамин С, 2 место – витамины группы В. В результате: 80% детей в РФ имеют отклонения от нормы (развитие, состояние нервной системы, обучаемость и т.п.) Много людей с нарушенным иммунным статусом. Общий недостаток витаминов у нас составляет около 50%.

В зависимости от причин можно выделить экзогенные и эндогенные гиповитаминозы.

Причины экзогенного гиповитаминоза - недостаточное поступление с пищей:

- а) низкое содержание витаминов в пище;
- б) несбалансированное питание – избыток животной или растительной пищи;
- в) разрушение при длительном или неправильном хранении (яблоки весной, зелень 4-5 часов – 50%, лимоны 3-4 месяца 70%);
- г) неправильная кулинарная обработка (овощи в горячую воду с закрытой крышкой, не чистить заранее).

Причины эндогенного гиповитаминоза:

- а) нарушение всасываемости витаминов при заболевании ЖКТ (гастриты, недостаток желчи – жирорастворимые витамины, глистные инвазии);
- б) отсутствие в кишечнике достаточного количества сапрофитной микрофлоры (дисбактериоз);
- в) длительное применение некоторых лекарственных препаратов (слабительных, противотуберкулезных, АБ, сульфаниламидов).

Повышенная потребность организма в витаминах, обусловленная:

- А) интенсивным ростом;
- Б) беременностью, лактацией;
- В) повышенными нервно-психическими нагрузками;
- Г) инфекционными заболеваниями;

- Д) периодом выздоровления после продолжительной болезни;
- Е) острыми простудными заболеваниями или хронической патологией;
- Ж) адаптацией к экстремальным факторам;
- З) пожилым возрастом.

И) Разными факторами, такими как курение (1 сигарета – 25% вит. С, Е, бета-каротина, у курильщиков меньше на 40%); употребление алкоголя (гр. В); плохая экология; прием пероральных контрацептивов (В6, В2, Вс); вегетарианство (В12); повышенное выведение витаминов из организма; интоксикация.

Гипервитаминозы также нежелательны. Наиболее опасен избыток жирорастворимых витаминов (отравление витаминами).

Нужны ли витаминные препараты?

Чтобы получить необходимую суточную потребность витаминов из пищи, рацион должен быть идеально сбалансирован, а количество пищи очень значительное. Например:

- ежедневно 8-10 порций свежих фруктов и овощей;
- чтобы восполнить запасы витамина С в зимне-весенний период, надо выпивать по

15-20 стаканов апельсинового сока.

Из пищи витамины усваиваются на 20%, а также теряются при хранении и приготовлении пищи - от 40 до 90%. Специалисты института питания РАМН считают, что компенсировать недостаток витаминов только за счет пищи нельзя.

Достоинства витаминных препаратов:

1. Легко дозировать.
2. Внутрь и парентерально.
3. Независимо от времени года.
4. С лечебной и профилактической целью.
5. В комплексном лечении различных заболеваний.

6. Синтетические препараты могут усваиваться лучше, чем натуральные, которые в пище часто находятся в связанном состоянии.

Но в пище есть дополнительные компоненты (ферменты, флавоноиды и др.), которые усиливают благотворное действие витаминов примерно в 50 раз (в таблетках этого не сделать).

В Англии, Франции, США, Голландии витамины принимает каждый 3, в РФ – каждый 33.

Витаминные добавки. Правила приема.

А) Витамины нужны организму ежедневно, их нельзя принимать про запас. Организм возьмет то, что нужно сегодня, а весь избыток выведет с мочой. Необходим регулярный прием.

Б) Организму требуются не отдельные витамины, а весь комплекс.

В) Витамины не принимают однократно, должен быть курсовой прием.

Г) Витамины – органические вещества, поэтому они лучше усваиваются при одновременном приеме с пищей. Их следует принимать сразу после еды, лучше в конце самой сытной трапезы в первой половине дня, если нет других показаний в инструкции.

Д) Если таблетка содержит 100% витаминов от суточной потребности, препарат можно принимать через день (дефицит витаминов у нас – 50%).

Дозирование:

Суточная потребность – количество витаминов на сутки, выражается в мг или мкг. Суточная потребность зависит от возраста, пола, физического состояния, места проживания, различных обстоятельств (условий быта, интенсивности труда, физической нагрузки, наличия стрессов и др.).

Лекарственные препараты содержат различные дозы витаминов:

А) для профилактики гиповитаминозов – дозы, близкие к суточной потребности;

Б) для лечения гиповитаминозов и адаптации к экстремальным воздействиям – превышают суточную потребность в 3-5 раз;

В) лечение различных заболеваний, не связанных с гиповитаминозами (атеросклероз, нервные болезни, дерматология, офтальмология и др.) – дозы в 10-100 раз больше суточного потребления. Это неспецифическое лечебное действие.

Пример:

- никотиновая кислота – суточное потребление 15-20 мг, при атеросклерозе – по 500 мг – табл. 3 р/день.

- нейромультивит (периферическая нейропатия) – витамины В1, В6, В12 – таблетки 200 мг. 3 р/день

- пентовит – витамины группы В – заболевания нервной системы.

Классификация витаминов.

Витамины принято обозначать буквами латинского алфавита, кроме этого они имеют химические названия.

1. Жирорастворимые витамины:

- Витамин А
- Витамин Д
- Витамин Е
- Витамин К

2. Водорастворимые витамины:

- Витамины группы В (В1, В2, В3, В5, В6, В9, В12)
- Витамин С
- Витамин Р

3. Витаминаподобные соединения:

- Витамин В4 (холин)
- Витамин В8 (миоинозит, инозит) = витамин У (U)
- Витамин В10 (ПАБК) = витамин Н1
- Витамин В11 (карнитин) = витамин Т
- Витамин В13 (оротовая кислота)
- Витамин F (ненасыщенные жирные кислоты)
- Витамин Н (биотин)
- Витамин N (липовая кислота, тиоктовая кислота)
- Витамин U (S - метилметионин)
- Витамин В15 (пантотамовая кислота)

Активность водорастворимых витаминов измеряется в мг и мкг, а жирорастворимых в МЕ.

Жирорастворимые витамины

➤ Витамин А (ретинол)

Источники:

А) продукты животного происхождения – печень, сливочное масло, яйца, молочные продукты;

Б) в растениях содержится каротин, он является провитамином А и в организме превращается в витамин А (морковь, черная смородина, облепиха, шиповник, абрикосы, шпинат, щавель, салат).

Функции:

А) обеспечивает нормальное зрение в вечернее время;

Б) необходим для развития клеток эпителия (обеспечивает здоровье кожи, зубов, волос, ногтей, костей);

В) повышает устойчивость организма к инфекциям (иммунный статус);

Г) стимулирует рост и развитие молодого организма.

Гипофункция:

- Нарушение зрения («куриная слепота»)
- Задержка роста и развития
- Образование камней в почках, печени

- Частые инфекционные заболевания (ЖКТ)

- Различные заболевания кожи.

ПК:

- глазные болезни

- заболевания кожи

- заболевания ЖКТ

- инфекционные процессы

- интенсивная нагрузка на организм

Препараты:

Ретинола ацетат табл., капс, масляные растворы внутрь

Ретинола пальмитат

Рыбий жир

Изотретиноин (аккутан, роаккутан) – синтетическое вещество, поражение кожи

Айрол – крем, лосьон, гель

Каротелин – масляный экстракт из плодов шиповника – кожа, слизистые.

➤ Витамин Д (эргокальциферол)

Источники: наибольшее количество – печень тунца, трески, палтуса; есть в сливочном масле, молоке, яйцах.

Функции: регулирует кальцево - фосфорный обмен в организме.

Гипофункция: рахит; остеопороз, остеомалация (размягчение костей).

ПК:

- рахит (лечение, профилактика)

- различные заболевания костной системы, зубов, спазмофилия, переломы и др.

Препараты:

Эргокальциферол (драже, масляный раствор)

Видехол

Псоркутан (аналог вит. Д3) мазь, псориаз.

➤ Витамин Е (токоферол)

Источники: растительные масла, молоко, яйца

Функции:

А) мощный антиоксидант

Б) принимает участие в процессах клеточного метаболизма, в биосинтезе различных веществ (гемм, белки, ферменты)

В) контролирует репродуктивную функцию (гипофункция, бесплодие).

Антистрессовый витамин.

Применение:

- бесплодие, патологии беременности

- мышечная дистрофия (т.к. синтезируем мышечные белки)

в 87% и др.

- сердечно – сосудистая патология (в комплексе) при дефиците вит. Е патология ССС

Препараты: токоферола ацетат, масляные растворы.

➤ Витамин К (филлохинон)

Источники:

- листья растений (шпинат, крапива, капуста, хвоя, томаты)

- меньше – в корнеплодах

- синтезируется в кишечнике

Функции:

А) Участвует в процессах свертывания крови (в печени синтезируются факторы свертывания крови)

Б) Эластичность сосудов

В) Синтез АТФ, КФ

Применение:

А) кровоточивость, геморрагии

Б) кровотечения связанные с заболеваниями печени, ЖКТ, легочные, маточные кровотечения и др.

В) перед обширными операциями для уменьшения кровопотерь

Препараты: Викасол, табл, амп

Фитоменадион, масл. р-р в капсул.

Водорастворимые витамины

Водорастворимые витамины, как правило, выполняют роль коферментов, т.е. биологической активностью обладают не сами витамины, а продукты их превращения. В большинстве случаев, коферменты образуются в результате фосфорилирования, т.е. витамин + остатки фосфорной кислоты (название преп.). Кофермент соединяется с белком и является биокатализатором разнообразных химических процессов в организме. В РФ дефицит группы В – 60-80%. В1, В2, В3, В5, В6 – метаболизм белков, углеводов, жиров, работа ЦНС, тканевое дыхание.

➤ Витамин В1 (тиамин)

Источники: мука грубого помола, отруби, дрожжи, семена злаков, крупы; продукты животного и растительного происхождения; микрофлора кишечника.

Функции: - углеводный обмен

- регулирует энергетические процессы

- участвует в синтезе нейромедиаторов и белков; работа ЦНС, ЖКТ, ССС, скелетных мышц.

Гипофункция:

«Бери-бери» = полиневриты, расстройства чувствительности, парезы, параличи (нижние конечности); ССС – аритмии, СН, отеки; ЖКТ – атонии, секреции.

Применение: - заболевания периферической нервной системы (невралгии, невриты, радикулиты, парезы)

- патология ЖКТ

- хроническая недостаточность кровообращения, ИБС

Препараты:

- Тиамин бромид (табл, др, амп)

- Тиамин хлорид

- Фосфотиамин – фосфорный эфир тиамин (табл)

- Кокарбоксилаза – готовая, фосфорилированная форма тиамин, образующаяся в тканях после его превращения (амп)

- Дрожжи.

➤ Витамин В2 (рибофлавин)

Источники:

- молочные и мясные продукты (печень, почки, сердце, молоко, яйца, рыба, дрожжи)

- синтезируется микрофлорой

Функции: - участие в клеточном дыхании и синтезе АТФ (окислит – восстановительные процессы)

- поддерживает нормальную зрительную функцию (защита сетчатки)

- необходим для кроветворения

Гипофункция:

А) поражение кожи и слизистых оболочек (трещины у носа, рта, за ушами, на губах, стоматиты, поражение языка, ступней и др.)

Б) нарушение зрения

Показания: - при кожных заболеваниях

- инфекционные процессы

- в глазной практике

- долго незаживающие раны, язвы

- повышенная потребность в витамине В2 (тяжелый физический труд, длительное нервно – психическое напряжение, беременность, состояние гипоксии)

Препараты:

- Рибофлавин – табл, др, порошок

- Рибофлавина – мононуклеотид (фосфорилированный рибофлавин – готовая форма кофермента, образующаяся в организме) – амп

- Флавинат (кофермент) – амп.

➤ Витамин В3 (Вит. РР, никотиновая кислота, никотинамид, ниацин)

Источники:

- мясо, арахис, рыба, бобовые, грибы

- синтезируется в организме

Функции:

А) окислительно – восстановительные процессы

Б) благоприятно влияет на липидный обмен (холестерин)

В) влияет на процессы роста, синтез гормонов

Гипофункция: заболевания ПЕЛЛАГРА (4 Д)

Дистрофия (утомляемость, головокружения)

Диарея (жидкий стул, чаще 3 – 5 раз с гнилостным запахом)

Дерматиты (воспаления кожи, язвы, эрозии)

Деменция (слабоумие, энцефалопатия, депрессии).

Применение: - гастриты с пониженной кислотностью

- заболевания печени (гепатит, цирроз)

- атеросклероз

- спазмы периферических сосудов

Препараты:

- Никотиновая кислота (табл, амп)

- Эндурацин

- Никотинамид

- Входит в состав комбинированного средства «Никошпан» (+ папаверин); «Ксантинола никотинат» (+ метилксантин). Усилено спазмолитическое действие и уменьшение свертывания крови.

➤ Витамин В5 (пантотеновая кислота, Са – пантотенат)

Источники:

- содержится почти во всех пищевых продуктах («пантотен» - всюду) животного и растительного происхождения

- в значительном количестве вырабатывается кишечной палочкой.

Функции:

а) входит в состав коэнзима А, который участвует в процессах ацетилирования и окисления, т.е. контролирует углеводный и липидный обмен

б) необходим для синтеза АХ, кортикостероидов, сократительных белков и др. веществ

Применение:

- различные нарушения обменных процессов,

- неврологические заболевания (невралгии, невриты)

- заболевания кожи (дерматиты, экземы, ожоги, пролежни, опрелости, длительно незаживающие раны, фурункулы),

- заболевания дыхательной системы (бронхиты, бронхиальная астма, воспаление в.д.п.)

- дистрофия миокарда,

- хронические заболевания ЖКТ,

- уменьшение токсического действия, алкоголя.

Препараты:

- Кальция пантотенат (табл., амп., р-ры)
- Пантенол (Бепантен) – только местно, мази, аэрозоли.
- Витамин В6 (пиридоксин)

Источники:

- дрожжи, злаковые и бобовые культуры, печень, мясо, рыба = продукты растительного и природного происхождения,
- синтезируется микрофлорой кишечника

Функции:

- А) регулирует все этапы белкового (азотистого) обмена (ДНК, РНК)
- Б) регулирует функции ЦНС и ПНС,
- В) принимает участие в кроветворении,
- Г) участвует в синтезе сократительных белков миокарда, пищеварительных ферментов, дофамина, серотонина и др веществ; улучшает липидный обмен; поддерживает процесс роста у детей.

Гипофункция:

У детей – задержка роста, повышенная возбудимость, анемию, себорея, дерматиты, судороги.

У взрослых – ЦНС – раздражительность, сонливость, депрессии, полиневриты, различные нарушения кожных покровов и слизистых оболочек.

Применение:

- Заболевания нервной системы (невралгии, невриты, хорей, радикулиты, болезнь Паркинсона)

- Нарушение кроветворения
- Некоторые кожные заболевания
- Повышенные физические нагрузки, токсикоз беременности, хронические заболевания ЖКТ, лечение противотуберкулезными средствами, сахарный диабет, атеросклероз и др.

Препараты: - Пиридоксин (табл., амп)

- Пиридоксальфосфат (табл.)

- Витамин В9 (фолиевая кислота, витамин Вс)

Источники:

- продукты растительного и животного происхождения (печень, дрожжи, листовые овощи, бобовые)

Функции: участвует в обмене аминокислот, пуриновых и пиримидиновых оснований, а значит необходима для роста, развития и пролиферации тканей (в частности кроветворение, эмбриогенез)

Применение:

- а) различные виды анемии и лейкопении
- б) витаминная недостаточность в период беременности и лактации

Препараты: Фолиевая кислота (табл.)

- Витамин В12 (цианокобаламин)

Источники:

- пища животного происхождения (мясо, печень, яйца, рыба).

Функции:

- а) является переносчиком метильных групп в организме и участвует в синтезе различных веществ (метионин, глутатион, коэнзим А, активизирует фолиевую кислоту)
- б) необходим для биосинтеза ДНК, обмена белков
- в) влияет на процесс кроветворения, активизирует свертывающую систему крови

Применение:

- анемии, нарушение процессов кроветворения,
- заболевания нервной системы,

- заболевания печени,
- кожные заболевания.

Препараты:

Цианокобаламин (амп)

Оксикобаламин – метаболит В12 (амп)

Кобамид – природный кофермент, образующийся в организме (табл., амп)

➤ Витамин С (аскорбиновая кислота)

В РФ дефицит 70-95% населения.

Источники:

- овощи, фрукты, ягоды – цитрусовые, шиповник, черная смородина, крыжовник, капуста, красный сладкий перец, земляника, хрен.

Функции:

А) Окислительно – восстановительные процессы и энергетическое обеспечение организма (обладает свойствами антиоксиданта)

Б) Участвует в синтезе многих биологически активных веществ (кортикостероиды, катехоламинов, коллагена; участвует в углеводном обмене, обмене тирозина, фолиевой кислоты и др.)

В) Повышает иммунитет

Г) Влияет на проницаемость капилляров; способствует регенерации; усвоению железа.

Гипофункция: Цинна (авитаминоз) – кровоточивость десен, кровоизлияние в различных тканях, выпадение зубов, общая слабость, анемия, сопротивляемости к инфекциям, боли в конечностях.

Применение:

а) обеспечение повышенной потребности в вит. С:

-в период роста,

-беременность, лактация,

-переутомление, большие психические и физические нагрузки,

-осеннее – зимний период при повышенном риске развития инфекционных заболеваний и др.

б) кровотечения (носовые, легочные, маточные), геморрагические диатезы

в) язвораживающие раны, переломы.

Препараты: Аскорбиновая кислота – порошок, табл, амп.

Входит в состав многих комбинированных препаратов.

➤ Витамин Р (Биофлавоноиды)

Объединяет несколько десятков веществ, которые по структуре относятся к флавоноидам. Желтые и оранжевые пигменты растительного происхождения.

Источники: овощи, плоды, ягоды – черноплодная рябина, красная рябина, черная смородина, шиповник, цитрусовые, вишня, красный перец.

Функции:

- нормализует проницаемость капилляров, снижает проницаемость сосудистой стенки, повышает ее прочность,

- является синергистом витамина С и обладает похожими свойствами (участвует в окислительно – восстановительных процессах, регулирует образование коллагена в соединительной ткани, повышает свертывание крови, обладает желчегонным действием)

Применение: патологические состояния связанные с повышенной проницаемостью сосудов – геморрагические диатезы, кровоизлияния в сетчатку, геморрой, отеки при травмах и обморожениях, тромбозы; инфекционные заболевания.

Препараты:

Рутин; «Аскорутин»

Кверцетин – внутрь

Синтетические аналоги – Венорутон, Троксевазин.

Поливитамины

В организме, как правило, редко встречается дефицит одного витамина. Все витамины используются в тесной связи друг с другом. Причем общий уровень содержания витаминов в организме регулируется по самому низкому содержанию какого-то из них. Поэтому недостаток одного витамина, вызывает понижение уровня других.

Поэтому рационально использовать поливитаминные препараты, особенно в сочетании с микро- и макроэлементами.

Однако необходимо учитывать, что витамины не только могут усиливать эффект друг друга (вит.С + Р, вит.В12 + Вс, вит.С + Fe ...), но возможны и антагонистические отношения между витаминами, минералами и вит. + минер. (вит.С и Fe - окисляют В12, Са⁺⁺ + Fe⁺⁺).

Поливитаминные препараты должны составляться с учетом дозировок, совместимости, возможного взаимодействия. Создаются для различных категорий больных.

В ходе исследования был проведен опрос пациентов областной поликлиники в количестве 50 человек, корреспондентам были заданы следующие вопросы:

1) Приобретаете ли вы в аптеке витаминно-минеральный комплекс или вы считаете, что достаточное количество витаминов поступает в ваш организм

- да, приобретаю (30 человек)
- не приобретаю (20 человек)

2) В какое время года применяете витамины

- лето (0 человек)
- осень (10 человек)
- зима (15 человек)
- весна (25 человек)

3) Обращаете ли вы внимание при покупке витамина, что перед вами, лекарственный препарат или биологически активная добавка

- Да (5 человек)
- Нет (45 человек)

4) В какое время года вы ощущаете особенный недостаток витаминов (ломкость ногтей, ломкость волос, недомогание, шелушение кожи)

- лето (5 человек)
- осень (5 человек)
- зима (10 человек)
- весна (30 человек)

5) Как вы поступите, если цена на витаминно-минеральный комплекс снизится?

- буду покупать чаще (35 человек)
- цена не имеет значения (5 человек)
- буду принимать так, как принимал ранее (10 человек)

6) Как вы поступите, если цена повысится на витаминно-минеральный комплекс?

- буду покупать реже (35 человек)
- цена не имеет значения (5 человек)
- буду принимать так, как принимал ранее (10 человек)

Выяснилось:

1) большинство корреспондентов не приобретают витаминно-минеральный комплекс и считают, что достаточное количество витаминов поступает в организм с пищей;

2) большинство корреспондентов чувствуют недостаток витаминов весной и поэтому весной принимают витаминный комплекс, чуть меньше зимой, осенью и практически не принимают летом;

3) 45 человек из 50 не обращают внимание, что покупают лекарственный препарат или биологически активную добавку;

4) применение очень зависит от цены витаминных препаратов, если цена снизится - будут покупать чаще, если повысится – реже.

Информированность беременных в вопросах рационального питания

*Куранова Ксения, студентка группы 32 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Попова Елена Владимировна*

Рациональное питание - питание, сбалансированное в энергетическом отношении и по содержанию питательных веществ в зависимости от пола, возраста и рода деятельности.

Организация рационального и сбалансированного питания беременных женщин является одним из основных условий нормального течения и благополучного исхода беременности и имеет исключительное значение для создания адекватных условий для развития плода, последующего роста и развития ребенка, а также поддержания здоровья беременной и кормящей женщины.

Цель работы: Выяснить степень информированности беременных женщин в вопросах рационального питания.

Задачи:

1. Изучить литературу по данной теме.
2. Провести исследования
3. Сформулировать выводы.

Методы исследования: наблюдение, опрос, анкетирование.

Объектом исследования курсовой работы являются беременные и родившие женщины.

Гипотеза: беременные получают информацию от медицинских работников в вопросах рационального питания.

Питание является неотъемлемой частью жизни, так как поддерживает обменные процессы на относительно постоянном уровне. Роль питания в обеспечении жизнедеятельности организма общеизвестна: энергообеспечение, синтез ферментов, пластическая роль и т. д. Нарушение обмена веществ приводит к возникновению нервных и психических заболеваний, авитаминозов, заболеваний печени, крови. Неправильно организованное питание приводит к снижению трудоспособности, повышению восприимчивости к болезням и, в конечном счете, к снижению продолжительности жизни. Энергия в организме высвобождается в результате процессов окисления белков, жиров и углеводов.

С целью рассмотрения данной темы, мною было предложено анкетирование беременных женщин от 18 до 40 лет, на базе Женской консультации, с целью выявления степени информированности о правилах здорового питания.

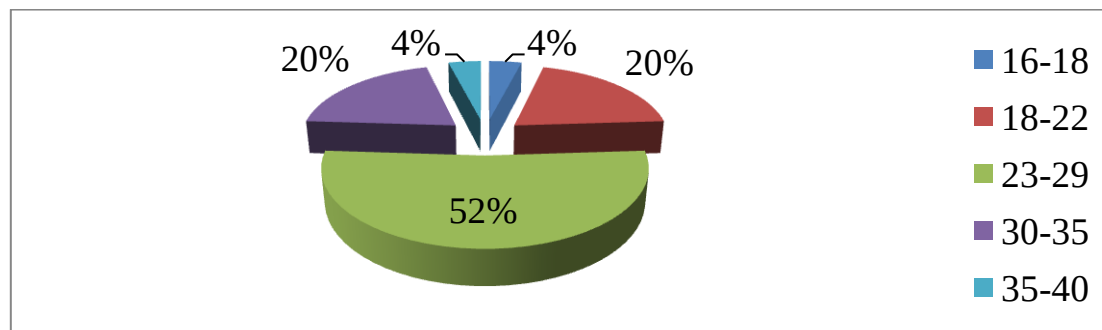


График 1. Ваш возраст

Исходя из полученных данных, можно заметить, что возраст большинства беременных и родивших женщин составляет от 23 до 29 лет.

Идеальным для беременности и родов является возраст, начиная от полного полового созревания, то есть, от 18 лет, и до 23-25 лет, ведь именно в данный промежуток времени

способность женского организма к оплодотворению велика. Да и для организма будущей матери перенести беременность в таком возрасте куда легче.

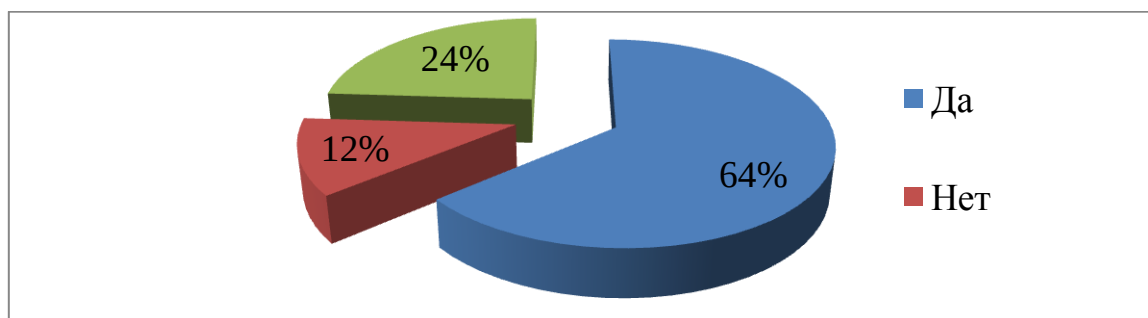


График 2. Можете ли Вы назвать своё питание здоровым (рациональным)?

64 % респондентов ответили «да». И лишь 12 % не могут назвать своё питание рациональным. Можно предположить, что 12% опрошенных женщин не могут своё питание назвать здоровым потому, что каждая вторая женщина предпочитает работать, и не брать декретный отпуск, тем самым нанося вред себе и будущему ребёнку не соблюдением правил здорового питания.

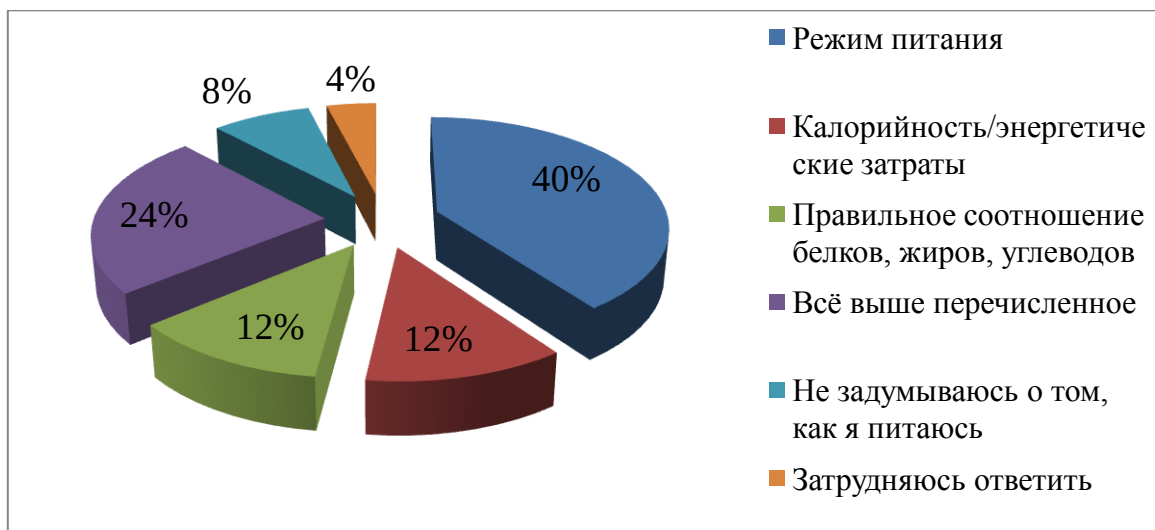


График 3. Какие из правил здорового питания Вы стараетесь соблюдать ежедневно?

Исходя из полученных данных, большинство респондентов соблюдают режим питания, включая в него соответствие калорийности питания, энергетическим затратам организма, а также правильное соотношение белков, жиров и углеводов.

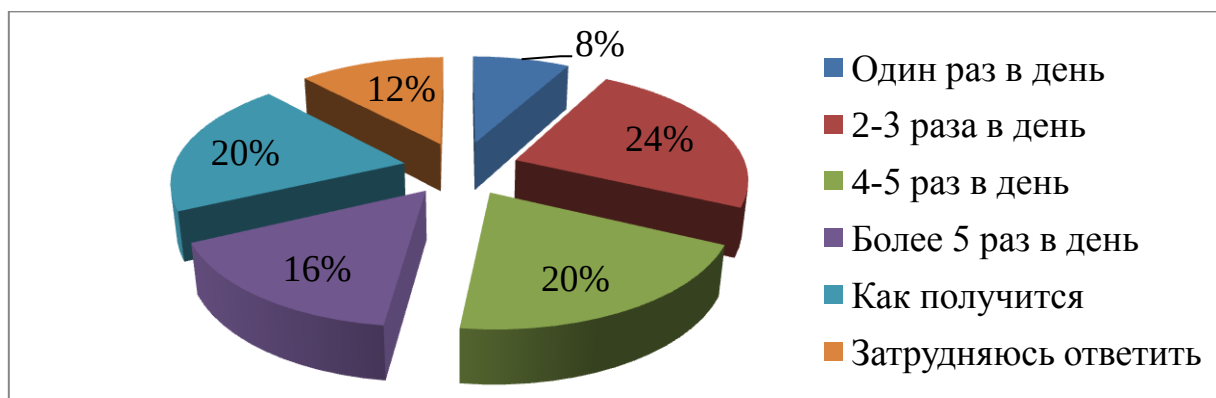


График 4. Сколько раз в сутки вы принимаете пищу?

Специалисты советуют будущей матери вместо трёхразового питания принимать пищу 4-5 раз в течение первой половины беременности и 6-7 раз – во второй половине. Большая часть респондентов не соблюдают правила рационального приёма пищи во время беременности.

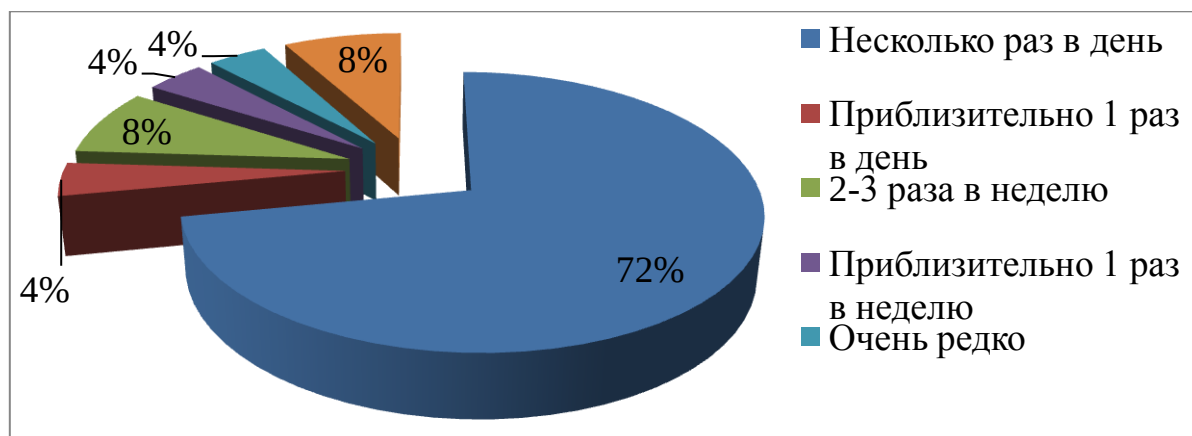


График 5. Как часто Вы употребляете в пищу фрукты и овощи (не считая картофеля)?

Можно отметить, что 72% из опрошенных респондентов употребляют овощи и фрукты несколько раз в день. С уверенностью можно сказать, что данное требование соблюдается.

Фрукты при беременности являются несомненным источником получения будущей мамой достаточного количества клетчатки, которая успешно обеспечивает бесперебойный вывод из организма ожидающей ребенка женщины токсинов, шлаков, вредных веществ. При состоянии беременности важно употреблять в пищу несколько разновидностей фруктов.

Если беременная женщина будет во время ношения плода питаться овощами и зеленью, то в период формирования у будущего ребенка вкусовых центров он автоматически полюбит их вкус. Об этом говорит последнее исследование ученых Центра Монелла в Филадельфии, США, которые занимаются проблемами изучения человеческого восприятия химических элементов.

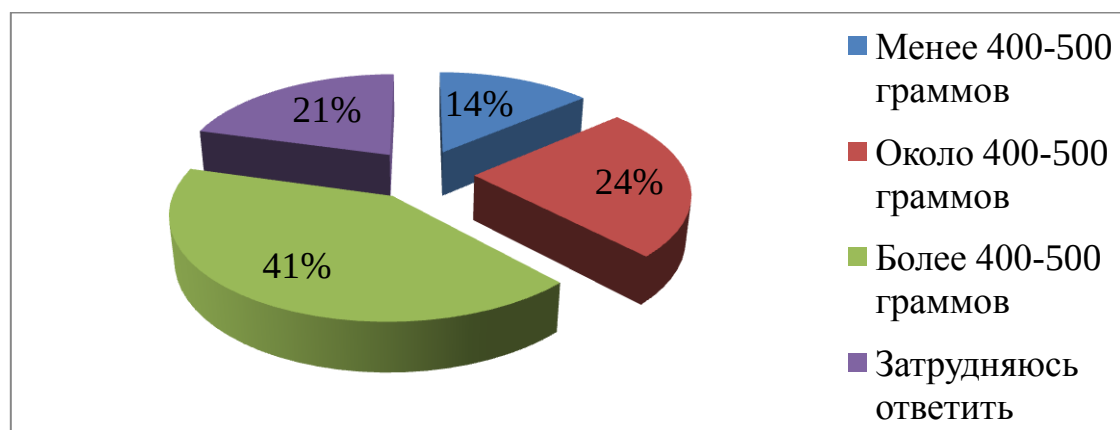


График 6. Сколько граммов фруктов и овощей в день, в среднем вы съедаете?

Исходя из полученных данных, можно заметить, что большинство беременных женщин соблюдают норму употребления в рацион питания овощей и фруктов. Обязательно в ежедневном рационе питания беременной должны содержаться в большом объеме овощи, фрукты и зелень.

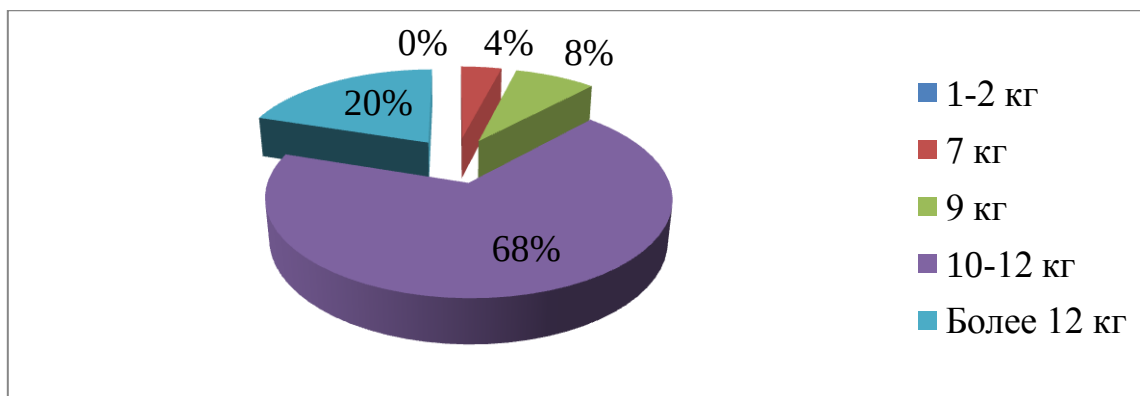


График 7. Сколько составила Ваша прибавка в весе за беременность?

Подведя итог по данному вопросу, можно твёрдо сказать, что беременные женщины соблюдают правила рационального питания.

Женщина за период беременности должна набрать от 9 до 14 кг, во время ожидания двойни – от 16 до 21 кг. Стоит подчеркнуть, что показатель этот рассчитывается на основании средних данных, и может варьироваться в меньшую и большую стороны.

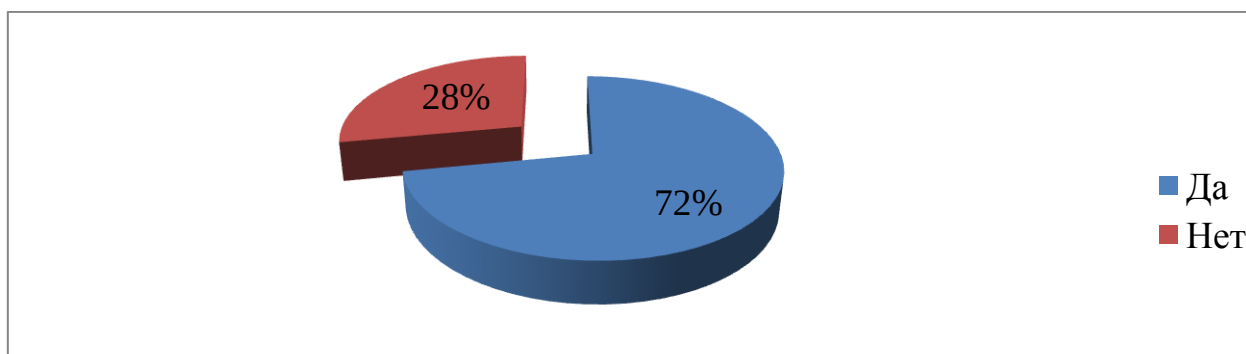


График 8. Как Вы считаете, имеет ли важное значение приём витаминных препаратов для формирования и развития плода?

72% из опрошенных респондентов считают, что приём витаминных препаратов для формирования и развития плода имеет важное значение. Витамины необходимы для развития плода, многие из них помогают бороться с заразными заболеваниями, повышая иммунитет беременной и защищая ребёнка, некоторые способствуют обновлению крови в организме женщины, чем предохраняют её от малокровия и позволяют полноценно формироваться организму будущего ребёнка.

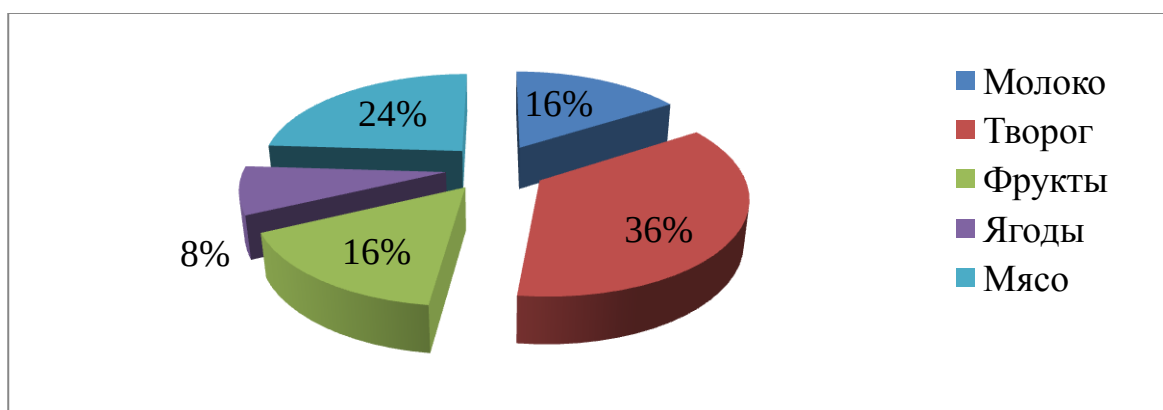


График 9. Как Вы считаете, какие продукты наиболее богаты витаминно-минеральным комплексом?

36% респондентов считают что творог обладает богатым витаминно-минеральным комплексом, 24 % - считают, что мясо богато витаминами, 16% ответил что это фрукты и молоко, 8% предпочитают ягоды.

Помимо натуральных продуктов на весь период вынашивания ребенка следует активно пользоваться витаминно-минеральными комплексами.

Существует 2 вида витаминов:

1. Жирорастворимые (витамины А, О, Е и К) содержатся в растительных маслах, зеленых овощах, рыбе и продуктах животного происхождения.
2. Водорастворимые (витамины группы В,С) содержатся в фруктах, овощах и цельнозерновых продуктах. Эти продукты необходимо употреблять в свежем виде.
- 3.

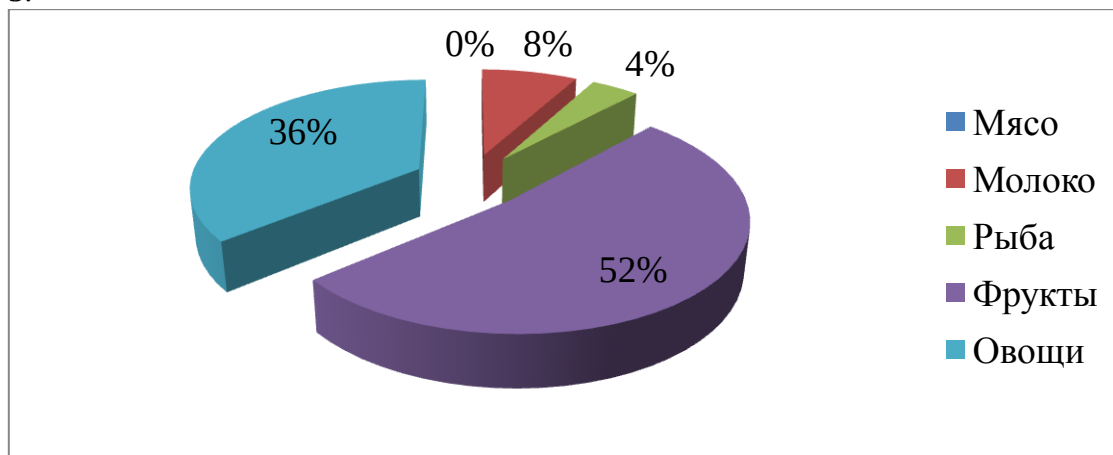


График 10. Какие продукты наиболее богаты витамином С?

На вопрос: Какие продукты наиболее богаты витамином С? 40% ответили фрукты, овощи -32%, по 12%-рыба и молоко, и 4 % считают что это мясо. Витамин С выполняет в организме ряд функций- защита кровеносных сосудов, стимуляция кроветворения, работа центральной нервной системы, и образование антистрессовых гормонов. Витамин С относится к группе водорастворимых витаминов - это основной витаминов, овощей, фруктов и ягод. Можно думать, что женщины достаточно информированы о витамине С.

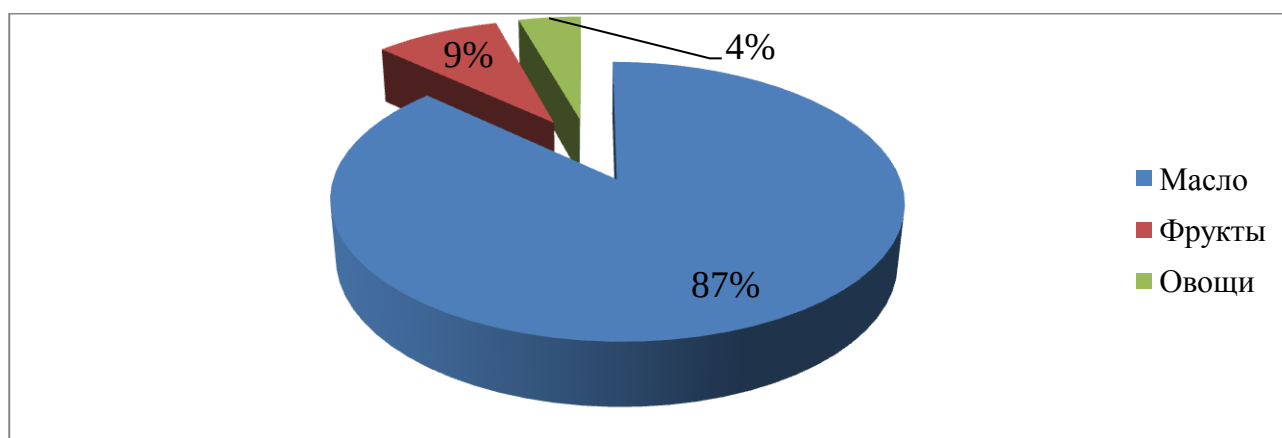


График 11. В каких продуктах наибольшее содержание витамина Е?

Витамин Е – это вещество, которое положительно влияет на различные процессы, происходящие в организме матери и плода – начиная от борьбы с угрозой прерывания беременности и кончая своевременной подготовкой легких малыша к самостоятельному дыханию.

Женщины хорошо информированы о витамине Е, так как его наибольшее содержание присутствует в маслах: масло из зародышей пшеницы, соевое масло, кукурузное, хлопковое масло, нерафинированное недезодорированное подсолнечное масло, оливковое.

Вывод: Исходя из полученных данных, можно сказать, что беременные женщины достаточно информированы своими лечащими врачами, родителями в вопросах рационального питания. Можно заметить, что будущие мамы беспокоятся о предстоящих родах, здоровья своего и будущего малыша.

Необходимо сказать, что многолетние исследования, посвященные вопросам питания беременных женщин, показали, что правильно сбалансированный пищевой рацион положительно действует на состояние беременных, показатели обменных процессов, течение беременности и родов, рост и развитие плода. Рациональное питание беременных способствует значительному снижению рождения детей крупной массы, а также уменьшению числа детей, родившихся травмированными.

Роль питания в формировании заболеваний желудочно-кишечного тракта неинфекционной этиологии

*Кардашова Екатерина, Бордунова Светлана, студентки группы 32 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Березань Елена Вильевна*

Установлено, что возникновение большинства желудочно-кишечных заболеваний в той или иной степени связано с регулярными нарушениями рациона. **2 слайд:** Рациональное питание – это комплексное соблюдение принципов полноценного сбалансированного питания и оптимального режима приема пищи.

Болезни органов пищеварения занимают важное место в структуре общей заболеваемости, представляя собой огромную экономическую, социальную и медицинскую проблему. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют об изменении структуры основных заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта: констатируется увеличение частоты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также заболеваний желчного пузыря, желчевыводящих путей.

Целью настоящего исследования является выявить роль питания в формировании заболеваний желудочно-кишечного тракта неинфекционной этиологии, а также факторы риска в возникновении данного заболевания.

Для реализации поставленной цели мы определили задачи:

1. Изучить теоретические аспекты по данной теме.
2. Провести анкетирование студентов Биробиджанского медицинского колледжа по организации их питания в течении дня.
3. Проанализировать данные анкетирования.
4. Сделать выводы по проведенному исследованию.

Объектом исследования мы определили здоровое питание, как основной способ профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Предмет исследования: выявление факторов риска в формировании заболеваний желудочно-кишечного тракта и их профилактика.

Гипотеза: мы полагаем, что студенты Биробиджанского медицинского колледжа не соблюдают режим питания, и вследствие этого можно выявить у них факторы риска, способствующие формированию желудочно-кишечной патологии неинфекционной этиологии.

Мы, как медицинские работники, должны принимать активное участие в реализации профилактических мероприятий. Хочется думать, что после изучения данной темы и получив знания, приобретя умения и навыки, мы сможем вовремя диагностировать заболевания желудочно-кишечного тракта и оказать соответствующую помощь.

Данная исследовательская работа основана на анализе 43 анкет студентов БМК. Анкета, в которую мы включали вопросы, позволяющие выявить возможные нарушения в питании и факторы риска в формировании желудочно-кишечной патологии неинфекционной природы:

1. Частота питания дома, в общежитии?
 - завтрак дома (время)
 - обед дома (время)
 - обед в колледже (время)
2. Интервалы между приемами пищи (завтраком и обедом).
3. Примерный состав завтрака.
4. Примерный состав обеда.
5. Что вы испытываете, когда голодны?
 - чувство голода
 - тошноту
 - слабость
 - боли в животе
 - головную боль
6. Как вы боретесь с чувством голода в колледже?
 - курю
 - жую жевательную резинку
 - съедаю конфету
 - каждую перемену хожу в столовую
 - терплю в ожидании домашнего обеда
7. Почему не обедаете в колледже?
 - нет денег
 - нет чувства голода
 - невкусная пища
 - плохо себя чувствую после еды в колледже
 - не успеваю

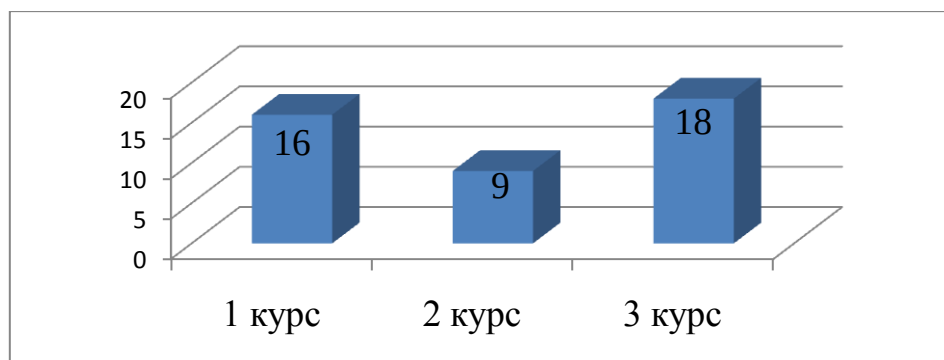


Диаграмма 1. Распределение студентов по возрастным группам

Обследованию подлежали 3 возрастные группы студентов 1, 2, 3 курсов. Из них 16 студентов 1 курса, 9 студентов 2 курса, 18 студентов 3 курса.

Для того, чтобы пища хорошо использовалась организмом, необходим не только определенный химический состав рациона, его калорийность, разнообразный набор продуктов, но и правильный режим питания.

В ходе исследовательской работы мы получили сведения, которые внесли в сводную таблицу № 1.

Таблица 1

Анализ организации питания студентов Биробиджанского медицинского колледжа

Возраст (курс)	Количество обследуемых	Где питаются студенты			Интервалы между приемами пищи	
		Завтрак дома	Обед дома	Обед в колледже	До 4-х часов	Больше 4-х часов
1 курс	16 чел.	81,3% (13 чел.)	87,5% (14 чел.)	43,8% (7 чел.)	18,8% (3 чел.)	81,3% (13 чел.)
2 курс	9 чел.	77,8% (7 чел.)	100% (9 чел.)	11% (1 чел.)	11% (1 чел.)	88,9% (8 чел.)
3 курс	18 чел.	88,9% (16 чел.)	100% (18 чел.)	55,6% (10 чел.)	11% (2 чел.)	88,9% (16 чел.)
Всего:	43 студента					

Из 16 студентов 1 курса завтракают дома 81,3% студентов, обедают дома – 87,5%, дополнительно питаются в колледже 43,8%. В этой группе интервалы между приемами пищи менее 4-х часов отмечаются у 18,8% студентов, более 4-х часов - у 81,3%.

Из 9 студентов 2 курса - завтракают перед занятиями 77,8% студентов, обедают дома 100%, дополнительно питаются в колледже - 11%. В этой группе у 88,9% студентов - интервалы между приемами пищи составили более 4-х часов, менее 4-х часов – у 11% студентов.

В группе студентов 3 курса - из 18 опрошенных 88,9% завтракают дома, обедают дома 100%, дополнительно питаются в колледже – 55,6% студентов. В этой группе у 88,9% студентов интервалы между приемами пищи составили более 4-х часов, у 11% студентов - менее 4-х часов.

Таким образом, из таблицы 1 видно, что большинство студентов идут на занятия в колледж, принимая пищу дома или в общежитии. Наиболее длительные интервалы между приемами пищи отмечаются у студентов 2 и 3 курсов.

Данные исследований ученых и врачей свидетельствуют о том, что для приема пищи необходимы строго установленные часы. Если прием пищи проводится в разное время, то процессы пищеварения расстраиваются, что в дальнейшем может привести к различным заболеваниям.

Появлению клинических признаков заболевания предшествуют, как правило, неприятные ощущения между приемами пищи.

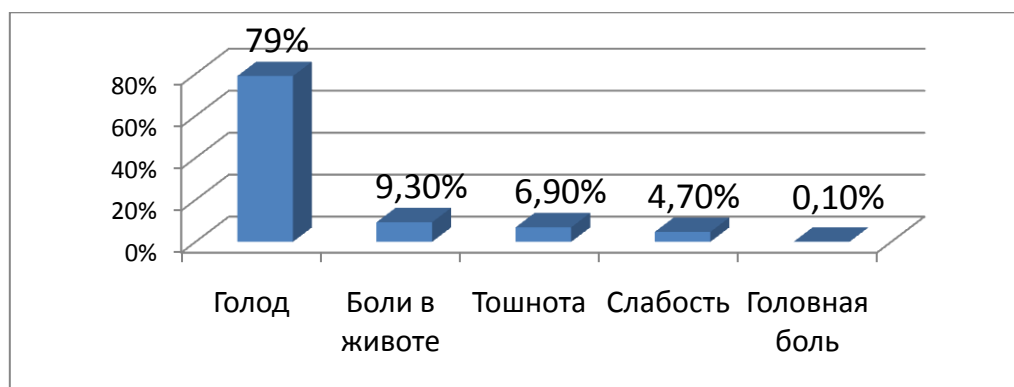


Диаграмма 2. Ощущения при длительных перерывах между приемами пищи

Проанализировав данные, мы пришли к выводу, что самым частым патологическим ощущением при длительных перерывах в питании является голод, что составило 79%, на 2-м месте - боли в животе (9,3%); на 3-м месте - тошнота (6,9%), на 4-м месте - слабость (4,7%), на 5-м месте головная боль (0,1%).

При проведении исследования мы также поставили одну из задач - выяснить причины отказа студентов от питания в колледже:

Причинами отказа, по нашим данным, являлись следующие:

1. Отсутствие чувства голода.
2. Дискомфорт после принятия пищи в колледже.
3. Отсутствие денег.
4. Невкусная еда.
5. Нехватка времени.

Таблица 2

Распределение причин отказа от питания в колледже по трем возрастным группам

	1 место	2 место	3 место	4 место	5 место
1 курс	Нехватка времени	Отсутствие денег	Дискомфорт после еды	Отсутствие чувства голода	Невкусная еда
2 курс	Нехватка времени	Отсутствие денег	Отсутствие чувства голода	Невкусная еда	Дискомфорт после еды
3 курс	Отсутствие денег	Нехватка времени	Отсутствие чувства голода	Дискомфорт	Невкусная еда

При анализе анкет среди студентов 1 курса основной причиной являлась нехватка времени, на 2 месте – отсутствие денег, на 3-м – дискомфорт после принятия пищи в колледже, на 4-м – отсутствие голода, на 5-м – невкусная еда.

Анализ анкет студентов 2 курса показал, что основной причиной являются небольшие перерывы между занятиями, на втором месте – отсутствие денег, на 3-м месте - отсутствие чувства голода, на 4-м – невкусная еда, на 5-м – дискомфорт после принятия пищи.

Среди студентов 3 курса основной причиной отказа от питания в колледже является - отсутствие денег, на 2-м месте – нехватка времени, на 3-м месте - отсутствие чувства голода, на 4-м месте – дискомфорт, на 5-м – невкусная еда.

Таким образом, в результате нашего исследования выявились 3 основные причины отказа студентов от питания в столовой во всех 3-х возрастных группах.

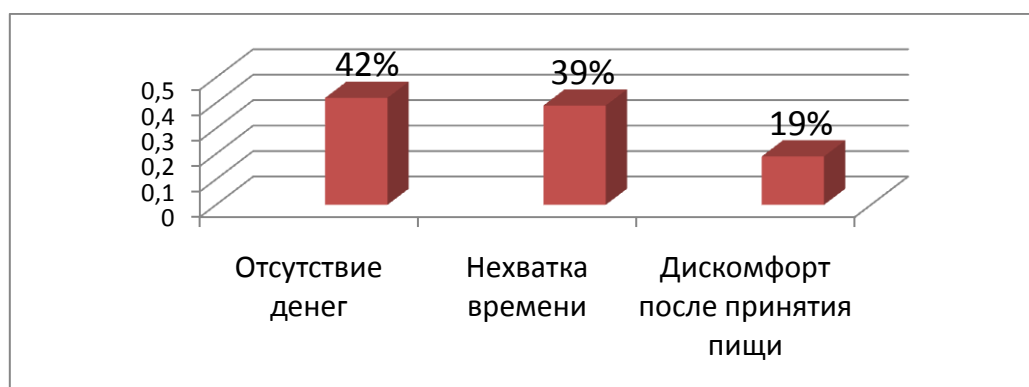


Диаграмма 3. Основные причины отказа от еды в колледже

1. На первом месте - это отсутствие денег, что составило 42%.
2. На втором месте - нехватка времени, что составило 39%.
3. На третьем месте - дискомфорт после принятия пищи в колледже - 19%.

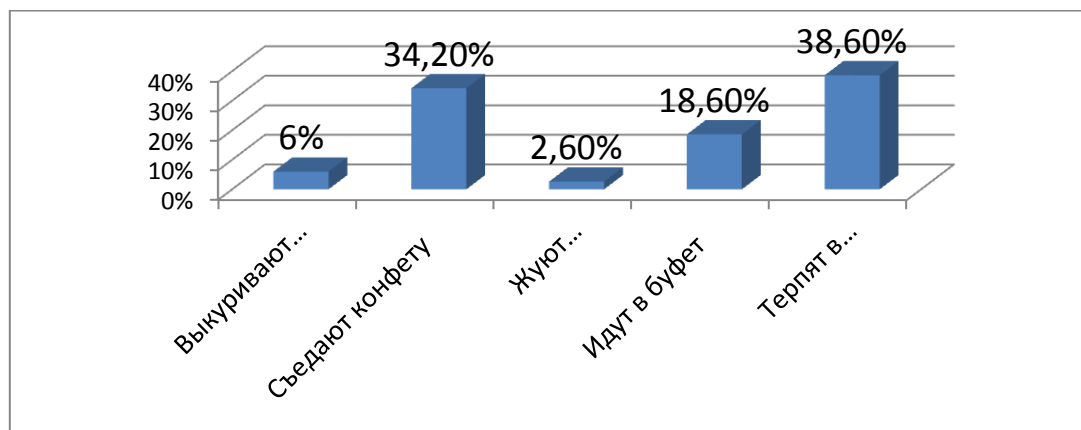


Диаграмма 4. Как студенты борются с чувством голода в колледже

1. 6% студентов выкуривают сигарету.
2. 34,2% съедают конфету.
3. 2,6 % жуют жевательную резинку.
4. 18,6% каждую перемену стараются пойти в буфет или столовую.
5. 38,6% терпят в ожидании домашнего обеда.

Выводы по проведенному исследованию

В результате изучения литературных и Интернет-источников мы выяснили, что рациональное, сбалансированное, полноценное питание предотвращает в большинстве случаев развитие желудочно-кишечной патологии. Основными методами профилактики этих заболеваний являются:

- рациональное питание
- отказ от вредных привычек
- осторожность применения лекарственных препаратов
- психический комфорт
- борьба с лишним весом
- своевременное обращение к врачу

1. В ходе нашего исследования мы выявили следующие факторы риска в формировании заболеваний желудочно-кишечного тракта неинфекционной этиологии среди наших студентов:

- длительные перерывы между приемами пищи
- отсутствие завтрака перед занятиями
- неполноценный объем пищи
- вредные привычки

Мы пришли к выводу, что значительная часть респондентов, а это 59% нарушают режим и ритм питания, что является одной из основных причин развития патологии желудочно-кишечного тракта.

2. Длительные перерывы в приеме пищи у большинства опрошенных студентов, а это 64% сопровождаются патологическими ощущениями в эпигастральной области, тошнотой, слабостью, что может свидетельствовать о формирующейся желудочно-кишечной патологии.

3. В качестве основной причины длительного перерыва в питании 81% опрошенных называет отсутствие денег и нерациональную организацию питания, в результате которой студенты не успевают поесть в колледже.

4. Для профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у студентов колледжа необходимо, чтобы питание было оптимально организованным и качественным.

Мы доказали выдвинутую гипотезу, что студенты нашего колледжа не соблюдают режим питания, и вследствие этого выявили у них факторы риска, способствующие формированию желудочно-кишечной патологии неинфекционной этиологии

И в заключении хочется сказать, что наше здоровье – это здание, которое мы возводим по кирпичику, это ежедневный труд, это постоянные профилактические меры. Быть здоровым так просто, когда ты все делаешь правильно, и быть здоровым так сложно – когда время упущено. Берегите здоровье!

Питание при сахарном диабете II типа

*Грицишина Валентина, студентка группы 22 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Климченко Татьяна Борисовна*

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

Международная Федерация Диабета опубликовала обновленные данные, показавшие, что во всем мире диабетом больны уже 347 миллионов человек, их количество неуклонно растет и к 2030 году достигнет 435 миллионов. Россия в этом плане не является исключением, только за последние 15 лет общее количество больных сахарным диабетом увеличилось в 2 раза.

В начале 2014 года в России такой диагноз был поставлен 3,96 млн. человек, при этом реальная цифра значительно выше – только по неофициальным оценкам, количество больных составляет более 9 млн.

Недиагностированными, являются случаи заболевания примерно у 50% больных диабетом, считают в ВОЗ. Данные больные по понятным причинам не проходят различные терапии, способствующие снижению уровня сахара в крови. Также у этих больных сохраняется высочайший уровень гликемии. Последнее служит причиной развития сосудистых заболеваний и всевозможных осложнений.

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. Наблюдается высокий и все увеличивающийся уровень распространенности толерантности к глюкозе (обычно переходящей в диабет), большая численность людей с недиагностированным диабетом, которая, как правило, равна или превосходит численность людей с выявленным диабетом; группы людей с такими заболеваниями, как гипертония и дислипидемия, и осложнениями диабета, которые включают не только микрососудистые осложнения, но также поражение коронарных артерий, осложнения, связанные с лечением, и осложнения, связанные с психосоциальными аспектами заболевания; экономические последствия больших масштабов, которые требуют тщательного, точного и полного анализа в целях установления приоритетов в расходовании средств.

Таблица 1

Заболеваемость сахарным диабетом всего населения ЕАО
за 2011 – 2013 годы

	Абсолютные числа			На 100 000 населения		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Зарегистрировано больных сахарным диабетом всего	4844	4770	5123	2743,6	2734,9	2966,9
Из них:						
Инсулинозависимый сахарный диабет	358	360	290	202,8	206,4	167,9
Инсулиннезависимый сахарный диабет	4486	4410	4833	2540,8	2528,5	2799,0
Зарегистрировано больных сахарным диабетом, установленным впервые в жизни всего	374	334	524	211,8	191,5	303,5
Из них:						
Инсулинозависимый сахарный диабет	38	32	23	21,5	18,3	13,3
Инсулиннезависимый сахарный диабет	336	302	501	190,3	173,2	290,1

Цель исследования: анализ питания пациентов при сахарном диабете II типа.

Задачи:

- Изучить данные литературы по данной проблеме
- Разработать анкету для проведения исследования
- Проанализировать основные факторы риска сахарного диабета II типа, особенности диетотерапии, установить частоту применения основных групп продуктов у пациентов СД II типа
- Сделать выводы и заключения о проведенной работе, подготовить буклет пациенту с сахарным диабетом

Гипотеза исследования: знание диеты, не всегда значит ее соблюдение.

Объект исследования: сахарный диабет II тип.

Предмет исследования: диетотерапия сахарного диабета II типа.

Для проведения исследования использовались следующие методы:

- научно - теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования;
- субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
- объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);
- биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
- анкетирование пациентов.

СД II типа - это относительная инсулиновая недостаточность, уровень инсулина в крови нормален или повышен, но наблюдается: снижение активности инсулина вследствие его повышенного связывания с белком, усиленного разрушения ферментами печени, изменения чувствительности инсулинозависимых тканей к инсулину. Вследствие этого развивается инсулинонезависимый сахарный диабет, или сахарный диабет II типа. Рост инсулинонезависимого сахарного диабета отмечается после 50 лет. Соотношение мужчин и женщин примерно 1 : 2.

Факторы риска СД II типа:

- ожирение, при избыточной массе тела снижается чувствительность к инсулину, и риск заболевания увеличивается в 6-10 раз
- несбалансированное питание (высококалорийная диета, недостаток грубоволокнистой пищевой клетчатки).
- малоподвижный образ жизни, гиподинамия предрасполагает к СД путем снижения утилизации глюкозы тканями;
- психоэмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации способствуют повышению секреции диabetогенных гормонов (катехоламины, глюкокортикоиды, эндорфины);
- хронический гастрит, холецистит сопровождаются нарушением выделения желудочно-кишечных гормонов, регулирующих уровень инсулина и глюкозы;
- ИБС и АГ способствуют развитию СД путем повышения содержания контринсулярных гормонов и снижения чувствительности к инсулину;
- употребление лекарств: диabetогенным действием обладают мочегонные препараты, особенно тиазидного ряда; гипотензивные (клофелин, гемитон); препараты, содержащие адреналин (новодрин, изадрин), цитостатические средства, глюкокортикоиды (дексаметозон, преднизолон).

Основной и обязательный принцип лечения сахарного диабета – максимальная компенсация нарушенных обменных процессов, о чем можно судить по нормализации содержания сахара в крови и исчезновению его из мочи (ликвидация глюкозурии).

Всего существуют основные методы лечения сахарного диабета II типа: диета и сахароснижающая терапия.

Диета №9, основана на принципе физиологичности по составу белков, жиров и углеводов с исключением рафинированных легкоусвояемых углеводов.

Общая характеристика диеты для больных диабетом: диета с содержанием белков выше физиологической нормы, умеренным ограничением жиров (главным образом животных) и углеводов, легкоусвояемые углеводы исключают, в диету вводят вещества, оказывающие липотропное действие; пища содержит довольно много овощей; ограничивают соль и продукты, богатые холестерином. Сахар и сладости сильно ограничиваются, применяются натуральные и искусственные заменители сахара. Для питания больных диабетом пищу готовят в основном в отварном и запеченном виде, реже подаются жареные и тушеные блюда. Температура пищи обычная. Режим питания больных диабетом: больным диабетом приём пищи 6 раз в сутки: 1 завтрак, 2 завтрак, обед, полдник, ужин и на ночь. Углеводы распределяются равными порциями на весь день. Сразу после инъекции инсулина и через 2 – 2,5 ч после нее больной должен получать пищу, содержащую углеводы.

Составляется диета, как правило, индивидуально, но диabetические столы (диета №9) должны обеспечивать нормальное соотношение белков (20-25%), жиров (15-20%) и углеводов (50-60%) в пище.

Распределение энергетической ценности пищи в течение дня, примерно, следующее: первый завтрак - 30 %, второй завтрак – 10%, обед – 30%, полдник – 10%, ужин – 20 %.

Расчет ХЕ необходим больным сахарным диабетом для того, чтобы правильно рассчитать дозу нужного ему инсулина: чем больше предполагается употребить углеводов, тем большая доза инсулина необходима для компенсации уровня сахара. Для того чтобы правильно подсчитать ХЕ и определить нужную дозу инсулина предлагаются специально составленные таблицы продуктов питания, которые разрешены для употребления диabetикам.

Важно знать: 1 ХЕ повышает количество сахара от 1.5 ммоль/л до 1.9 ммоль/л. Такая формула помогает определять как повлияет количество углеводов на уровень сахара и значит — поможет подобрать дозу инсулина.

Рекомендуют не заниматься лишними делами и взвешивать все продукты питания на весах, а использовать в качестве мер чашки, ложки, стаканы и таблицы ХЕ.

Исследование проводилось на учебной практике, на базе ОГБУЗ "Областная больница". Контрольную группу составили пациенты сахарным диабетом II типа, получающие стационарную помощь 56 пациентов с сахарным диабетом II типа. Из них 10 мужчин (18 %) и 46 женщин (82 %), что прослеживается на рисунке 1.

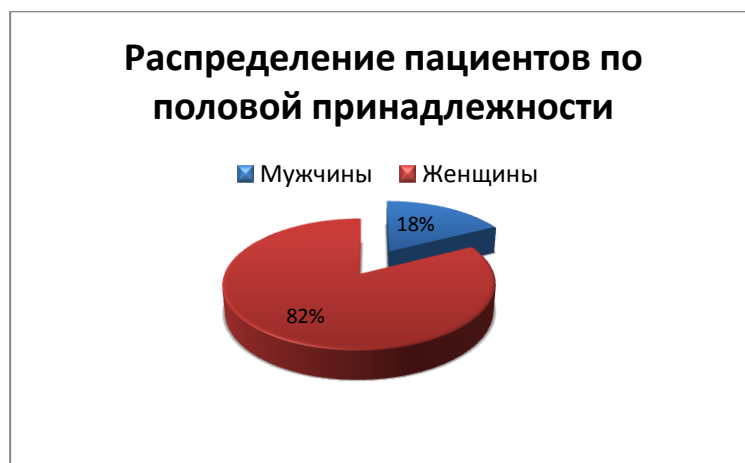


Рисунок 1. Распределение пациентов с сахарным диабетом по половой принадлежности

Группа пациентов проживающих в сельской местности 6 человек (10,8%), пациенты, проживающие в городе 50 человек (89,2 %) , что изображено на рисунке 2.



Рисунок 2. Соотношение пациентов с СД проживающих в сельской и городской местности

Сахарный диабет 2 тип встречался в следующих возрастных группах: средний возраст 45-59 лет т.е.14 пациентов (25%), пожилой возраст 60-74 т.е.40 пациентов (71,5%), старческий возраст 75-89 лет т.е.2 пациента (3,5%). Данные результаты прослеживаются на рисунке 3.



Рисунок 3. Возрастные группы

Факторы риска сахарного диабета 2 типа в исследуемой группе распределились следующим образом: на первом месте - наследственность 27 человек (48,2 %); на втором месте – ожирение 19 (33,9%); на третьем – сочетание двух факторов: наследственности и ожирения 8 человек (14,2%); у остальных пациентов – причина не ясна 2 человека (3,6 %). Исследование показано на рисунке 4.



Рисунок 4. Факторы риска сахарного диабета 2 типа

В исследуемой группе пациентов, 39 (69,6%) пациентов имеют среднюю степень тяжести; 12 пациентов (21,4%) тяжелую степень тяжести; 5 (9%) легкую степень тяжести, что и прослеживается на рисунке 5.



Рисунок 5. Степени тяжести сахарного диабета

Среди пациентов СД 2 типа: 21 человек не имеют глюкометра и осуществляют контроль гликемии только у терапевта или эндокринолога; 35 человек осуществляют самоконтроль СД. Из них: по мере ухудшения состояния – 24 человека (68 %); раз в неделю – 7 человек (20 %); раз в 3 дня – 2 человека (6%); ежедневный контроль – 2 человека (6%) . Результаты опроса видны на рисунке 6.



Рисунок 6. Самоконтроль СД 2 типа

На вопрос: "Ведёте ли Вы дневник самоконтроля?" 10 человек (17%) ответили, что ведут регулярно, 31 человек (55 %) ведут нерегулярно, и 15 человек (28 %) не имеют дневника самоконтроля. Данные представлены на рисунке 7.

Ведёте ли Вы дневник самоконтроля?

■ Регулярно ■ Не ведут, но имеется ■ Не имеют

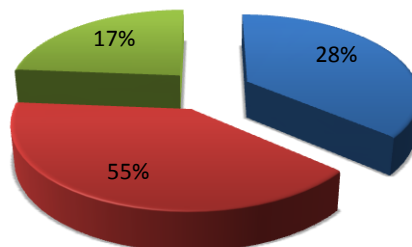


Рисунок 7. Дневник самоконтроля

Анализ соблюдения диеты № 9 показал, что 26 человек (46 %) стараются придерживаться диеты; 19 человек (34 %) соблюдают диету нерегулярно; 11 пациентов (20 %) исключают из диеты только сладости. Результаты опроса приведены на рисунке 8.

Соблюдение диеты №9

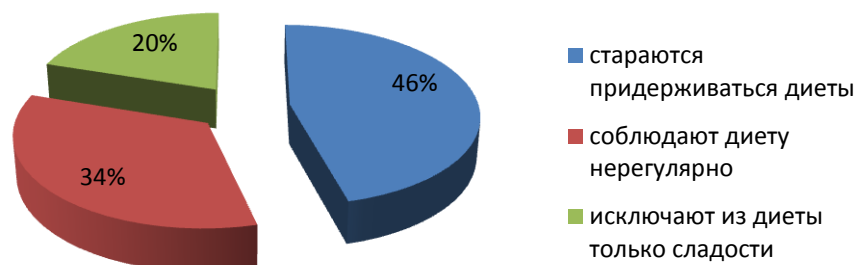


Рисунок 8. Соблюдение диеты

Из числа пациентов, соблюдающих диету, 1 пациент (1,7%) ведёт подсчёт ХЕ, а остальные 55 пациентов (98,3%) нет. Расчет калорийности в исследуемой группе не ведется. Данные исследуемого вопроса представлены на рисунке 9.



Рисунок 9 . Подсчет пациентами хлебных единиц

В чистом виде употребляют воду 48 человек (85,7%): из них примерно -1,5 литра 20 пациентов (51%), до 1 литра - 17 пациентов (19%) , затрудняются ответить 11 пациентов (15,7%), а остальные 8 пациентов не употребляют воду в чистом виде (14,3%). Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Употребление воды

№	Объём	Количество пациентов
1.	1,5 л	20 чел.(51%)
2.	1 л	17 чел.(19%)
3.	Нет ответа	11 чел.(15,7%)
4.	Не употребляют воду в чистом виде	8 чел.(14,3%)

Анализируя употребление сахара выяснилось, что 29 пациентов в место сахара употребляют сахарозаменители, из них 8 пациентов (28%) в кашах и горячих напитках, 21 пациент (72%) только в горячие напитки, что и прослеживается на рисунке 10.



Рисунок 10. Употребление сахарозаменителей при СД

Анализ употребления алкоголя: употребляют 15 человек, из них 6 (30%) человек употребляют один бокал не крепкого вина по праздникам, оставшиеся 9 пациентов (70%) предпочитают 100 грамм крепкого алкоголя в выходные дни. Данные опроса представлены на рисунке 11.

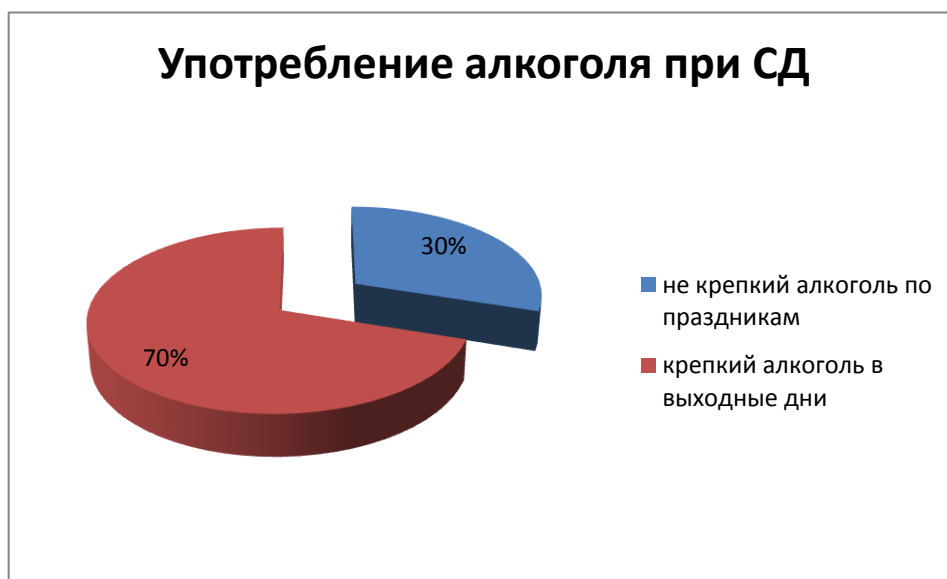


Рисунок 11. Употребление алкоголя при СД

Анализируя употребление хлеба выяснено: что хлеб употребляют все 56 опрошенных пациентов: из них черный хлеб употребляют 27 пациентов (48,3%), 24 пациента (42,8%) употребляют как белый, так и черный хлеб, и 5 пациентов (8,9%) употребляют белый хлеб. Результат представлен на рисунке 12.

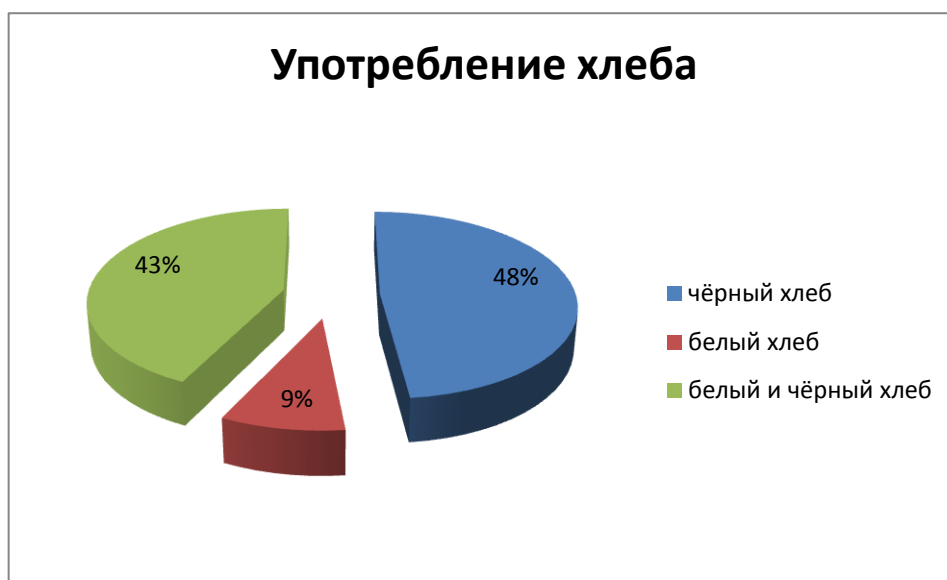


Рисунок 12. Анализ употребления хлеба при СД

Хлебобулочные изделия употребляют в свой рацион 48 человек: из них 15 человек (31,3%) употребляют сухари и сушки, 13 пациентов (27%) предпочитают различные виды диabetического печенья и 20 человек (41,7%) употребляют все виды хлебобулочных изделий, что и видно на рисунке 13.



Рисунок 13. Хлебобулочные изделия

Наиболее часто употребляются в пищу следующие виды каш: геркулесовая – 3 пациента (55,3%); гречневая каша – 27 пациентов (48,2%); рисовая каша 25 – пациентов (44,6%); перловая 15 – пациентов (26,7%). Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Виды каш

№	Виды каш	Количество пациентов
1.	Геркулесовая	3(55,3%)
2.	Гречневая	27(48,2%)
3.	Рисовая	25(44,6%)
4.	Перловая	15(26,7%)

Для приготовления каш чаще всего используется молоко – 15 пациентов (26%); молоко и вода – 32 пациента (54%) ; только на воде – 9 пациентов(20%).

Анализируя употребление в пищу молока выяснено, что регулярно употребляют молоко 23 пациента (41%), редко 21 пациент (37,5%), практически не употребляют 12 пациентов (21,5), что и видно на рисунке 14.



Рисунок 14. Употребление молока

Все пациенты употребляют молочные продукты: на первом месте обезжиренный кефир – 20 пациентов (35,7%), на втором месте низкокалорийная сметана – 17 пациентов (30,3%) , на третьем месте сыр и творог по 15 пациентов (26,7%); такие продукты как йогурт, сливочное масло и сливки употребляются редко. Данные опроса приведены в таблице 3.

Таблица 3

Основные виды молочных продуктов

№	Название продукта	Количество человек
1	Обезжиренный кефир	20(35,7%)
2	Низкокалорийная сметана	17(30,3%)
3	Сыр и творог	15(26,7%)
4	Йогурт, сливочное масло, сливки	редко

Учитывая, что в рацион питания необходимо включать мясные продукты, выяснено, что регулярно употребляют мясо чаще в отварном или тушенном виде 16 пациентов(28,5%), не регулярно 38 пациентов (68%) 2 пациента (3,5%) мясо не употребляют, что и представлено на рисунке 15.



Рисунок 15. Мясные продукты

Среди мясных продуктов чаще всего встречаются курица и говядина.

Анализируя употребление рыбы выяснено: что 25 пациентов (44,6%) употребляют рыбу 1 раз в неделю, 29 пациентов (51,7%) по праздникам, 2 пациента (3,7%) не употребляют, что прослеживается на рисунке 16.

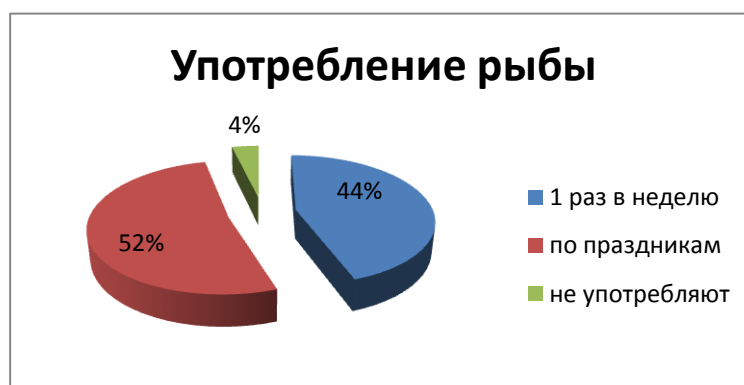


Рисунок 16. Употребление рыбных продуктов

Среди рыбных продуктов чаще всего встречается: навага, сельдь, минтай, приготовленные в отварном и тушеном виде.

Данное исследование показало, что все пациенты употребляют в пищу свежие овощи: на первом месте – белокочанная капуста и репчатый лук 56 пациентов (100%), второе место – морковь 25 пациентов (46,6%), третье место кабачки и баклажаны 11 пациентов (19,6%); такие овощи как томаты, огурцы, сладкий перец по праздникам. Данные исследования представлены в таблице 4.

Таблица 4

Свежие овощи

№	Занимаемое место	Наименование продукта
1.	Белокочанная капуста, репчатый лук	56 пациентов (100%)
2.	Морковь	25 пациентов (46,6%)
3.	Кабачки и баклажаны	11 пациентов (19,6%)

Свежие фрукты и ягоды кислых сортов употребляются пациентами не регулярно: 1 раз в неделю – 21 пациент (37,5%), по праздникам 25 пациентов (44,5%), 1 раз в месяц – 10 пациентов (18%). Данные исследования видны на рисунке 17.



Рисунок 17. Фрукты и ягоды при СД

Лечение сахарного диабета 2-го типа с применением сахароснижающих таблеток получают 25 пациентов (44,6%); 30 пациентов (53,5%) получают лечение пролонгируемыми инсулинами в комбинации с короткими инсулинами; 1 пациент (1,9%) получает комбинированную терапию инсулинами средней продолжительности действия и сахароснижающими таблетками (инсуман базал и глюренорм).

Анализ проведенных микро - сосудистых хронических осложнений показал, что среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа, 12 человек (21,4%) имеют осложнения; из них на первом месте стоит - ретинопатия 8 человек (67%); на втором месте - нефропатия 2 человека (17%) и нейропатия 2 человека (16%).

Макрососудистые изменения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа наблюдаются у 25 человек из них: артериальная гипертензия 13 человек (52 %); ИБС 9 человек (36 %); диабетическая стопа 3 человека (12%).

На вопрос: "Как Вы считаете, сахарный диабет - это образ жизни или заболевание?" ответы распределились следующим образом: 5 пациентов (8,9%) считают сахарный диабет образом жизни и 51 пациентов (91,1%) – заболеванием, что и видно на рисунке 20

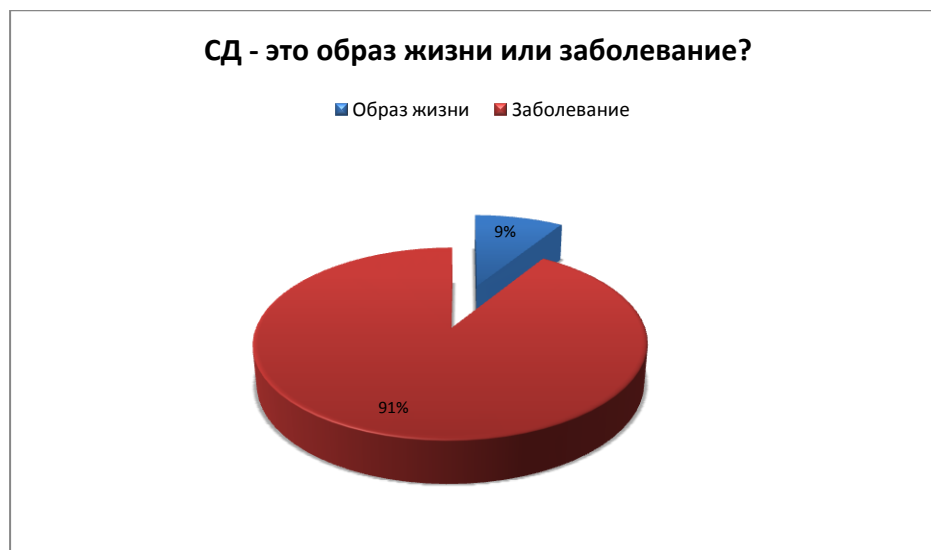


Рисунок 20. Сахарный диабет - это образ жизни или заболевание?

Проведенное исследование позволяют сделать ряд выводов.

Во-первых, в результате изучения литературных и интернет источников выяснено что, сахарный диабет 2 типа это - заболевание, характеризующееся постоянным повышением содержания в крови глюкозы (гипергликемией), проявляющееся глюкозурией, полиурией, полидипсией, нарушением липидного (гиперлипидемия, дислипидемия), белкового (диспротеинемия) и минерального (гипокалиемия) обменов и развитие осложнений. Основными методами лечения, по данным литературы являются: диета, основанная на принципе физиологичности по составу белков, жиров и углеводов с исключением рафинированных легкоусвояемых углеводов; сахароснижающая терапия: (инсулин; таблетированные сахароснижающие средства; сочетание инсулина и таблетированных препаратов; адекватные физические упражнения).

Во-вторых, проанализировав полученные данные в результате анкетирования пациентов с сахарным диабетом II типа, мы можем сделать вывод что, данный тип диабета чаще встречается у женщин пожилого возраста. Основными факторами риска СД 2 типа являются наследственность и ожирение. Оценив, клинико-диагностические критерии СД 2 типа выяснено, что основной процент пациентов имеют среднюю степень тяжести течения. Все пациенты понимают важность самоконтроля, но не все имеют возможность контролировать уровень сахара регулярно, что способствует развитию осложнений.

Характеризуя диетотерапию, выяснено, что большинство пациентов стараются придерживаться диеты, но не у всех пациентов есть возможность сбалансированного питания. Потенциально большие возможности диеты используются недостаточно. Учитывая, наличие у пациентов лишнего веса, необходимо стремиться придерживаться низкокалорийной диеты. Положительным моментом диетотерапии является приготовление пищи отварным способом и на пару. Наличие хронических осложнений у данной группы пациентов позволяет считать СД заболеванием, а не образом жизни.

В третьих с целью устранения дефицита знаний был подготовлен буклет – правильное питание при диабете.

В процессе исследовательской работы использовались методы клинического обследования больного, дополнительные методы обследования пациента, изучение медицинской литературы, документации, анкетирование пациентов.

Список использованных источников:

1. Астамирова Х. Настольная книга диабетика. /Ахманов М – М. Медицина, Москва, 2010 – 80 стр.
2. Внутренние болезни / Мартынов А.И. [и др.]. - М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002.-890 с.
3. Левина И.А. Сахарный диабет. В помощь практикующей медицинской сестре./ Сенаторова В.И. «Медицинский проект» 2007.- 90 с.
4. Смолева Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи: Учебное пособие /Е.Л. Аподиакос. – Изд. 10-е, доп.- Ростов н/Д: Феникс, 2012. – 652с.
5. Осложнения при сахарном диабете [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://tibet-medicine.ru/sakharnyi-diabet/oslozhneniya-pri-saharnom-diabete>
6. Осложнения сахарного диабета. Диабетическая стопа. Ретинопатия и пр. [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.polismed.ru/diabet-post003.html>
7. Питание при сахарном диабете, стол №9 [Электронный ресурс].-Режим доступа: http://krasgmu.net/publ/zdorove/dieta/pitanie_pri_sakharnom_diabete_stol_9/30-1-0-410

Ожирение как следствие влияния эндогенных и экзогенных факторов на организм человека

*Волобуева Кира, студентка группы 13 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Калинина Ольга Владимировна*

Цель данной работы:

Изучение факторов способствующих развитию ожирения

Задачи:

1. Изучить различные источники научно-публицистической литературы по теме «Ожирение как следствие влияния экзогенных и эндогенных факторов на организм человека».
2. Выделить экзогенные и эндогенные факторы, способствующие ожирению.
3. Рассмотреть изменения, происходящие в организме и в наследственном материале.
4. Проанализировать анкеты, составленные по вопросам данной темы.
5. Сделать выводы по изученному материалу.

По последним оценкам ВОЗ, избыточным весом в современном мире страдают примерно 1,5 миллиарда взрослого населения и 350 миллионов подвержены ожирению. Приблизительно 20 миллионов детей до 8 лет имеют проблемы лишнего веса[5].

Первое место в рейтинге по ожирению занимают США (Рис.1). Прежде всего, это обусловлено образом жизни американцев, где время - это деньги, а обед отвлекает от работы. В Америке проблема ожирения является национальным бедствием. По самым скромным данным примерно 2/3 населения США страдают излишним весом[7].

СТАТИСТИКА ОЖИРЕНИЯ В РАЗНЫХ СТРАНАХ



Рисунок 1. Статистика ожирения в разных странах

Что касается нашей страны, то по самым скромным данным от лишнего веса страдает каждый четвёртый. Согласно статистике 2015 года, в России избыточный вес имеет 56,5% населения, ожирением страдает 21,75% (Рис.2).



Рисунок 2. Статистика избыточного веса и ожирения в России (2015 год)

Так, например, в Хабаровском крае в 2014 году зарегистрировано 10100 человек, страдающих ожирением, а в 2015 году - 11769 человек.

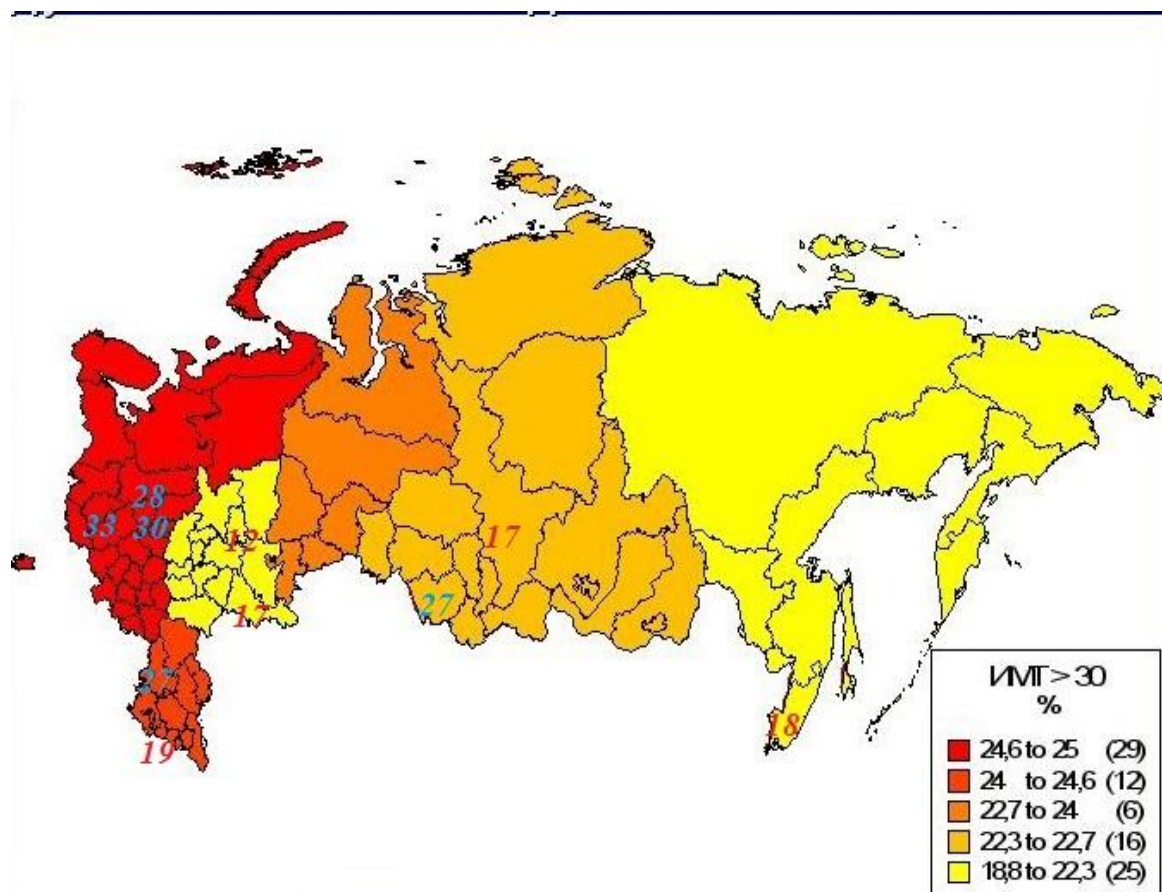
В ЕАО в 2014 году зарегистрировано 362 человека, страдающих ожирением, а в 2015 году уже 495 человек.

Статистика по ожирению в Хабаровском крае и ЕАО (в абсолютном выражении)

	2014 год	2015 год
Хабаровский край	10100 человек	11769 человек
Еврейская автономная область	362 человека	495 человек

По вышеуказанным данным видно, что количество людей страдающих ожирением с каждым годом увеличивается.

Информация по ожирению в регионах страны:



В число самых «толстых» регионов, обозначенные красным и оранжевыми цветами, попали: Калужская (33% жителей с ожирением), Московская (30%) и Нижегородская (28%) области, Краснодарский (27%) и Алтайский (27%) края.

Среди самых «стройных» регионов, обозначены желтым цветом, — Удмуртия (12%), Оренбургская область (17%), Красноярский край (17%) и Приморский (18%) края, Кабардино-Балкария (19%). Интересно, что мужчин с ожирением приблизительно на 8-15% меньше, чем женщин.

В ходе работы были изучены и проанализированы материалы научно-публицистической литературы, статистические данные, интернет - ресурсы и выявила, что факторов ожирения достаточно много, это не только неправильное питание и малоподвижный образ жизни, но и полиморфизм генов. Таким образом факторы, вызывающие ожирение делятся на две группы: экзогенные и эндогенные.

Экзогенные	Эндогенные
✓ Повышенное поступление пищи (жиры и углеводы) при несоответствующем этому поступлению энергетическом расходе жира	✓ Полиморфизм генов
✓ Недостаточное использование жира депо как источника энергии	✓ Повышение функции инсулярного аппарата поджелудочной железы и гормонов коры надпочечников

Но, прежде чем перейти к рассмотрению данной темы, необходимо точно знать, что же такое избыточный вес, ожирение и как образуется жировая ткань?

Избыточный вес - это всякий вес сверх идеального.

Ожирение - это заболевание, основным признаком которого является избыточное накопление жировой ткани в организме[11].

Жировая ткань - специфическая ткань, в состав которой входят жировые клетки (адипоциты), собранные в так называемые «жировые тельца». Жировые клетки отвечают за выработку, хранение и высвобождение триглицеридов[2].

Адипоциты развиваются от молодых неспецифических клеток, которые окружают собой кровеносный капилляр. Их превращение в адипоцит происходит путем прогрессивного накопления жира (Рис. 3).

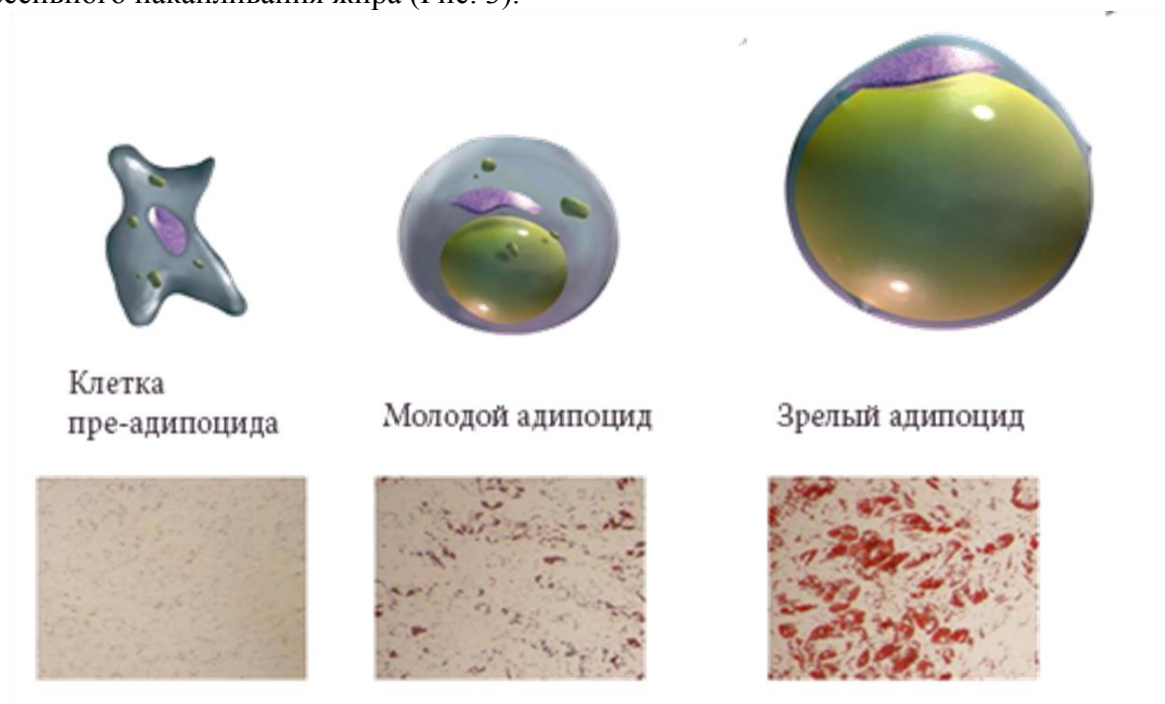


Рисунок 3. Механизм образования жировой ткани

Вначале они представляют собой очень тонкие жировые зернышки, которые постепенно становятся более объемными и более многочисленными. Они сливаются в виде маленьких жировых капель вокруг круглого и центрального ядра и представляют клетку в виде «ежевике»[9]. Увеличение количества этих капель приводит к высокому увеличению объема клетки. Со временем, эти жировые капельки собираются в одну толстую центральную каплю, которая занимает главную часть клетки.

На этой стадии, ядро клетки перемещается к периферии к клеточной мембране. Группа адипоцитов, кровеносные сосуды и их разветвления образуют жировую дольку. Сами дольки окружены фиброзной тканью[7].

В этом заключается механизм образования жировой ткани.

Поступление пищи, в том числе жира и углеводов регулируется пищевым центром, который представляет собой функциональное объединение нервных центров. Большую роль играет центр сытости, расположенный в заднем гипоталамусе. Деятельность пищевого центра регулируется не только вызываемыми изменением обмена гуморальными факторами, но и экстрорецептами, которые сигнализируют о сдвигах в обмене веществ. Большое значение имеет состояние периферических рецепторов пищеварительного тракта. Частое возбуждение вкусовых рецепторов полости рта имеет большое значение в рефлекторном возбуждении пищевого центра. Это может наблюдаться при приеме с пищей соответствующих раздражителей (пряности, острая пища). Возбуждение пищевого центра может быть обусловлено образованием прочных условных рефлексов связанных с условием жизни организма. Наполнение желудка пищей приводит к рефлекторному торможению пищевого центра. В тех случаях, когда понижается реактивность воспринимающих нервных окончаний желудка и соответствующие тормозные импульсы по афферентным путям, будут передаваться пищевому центру, после большого накопления пищи в желудке. Наступает систематическое переедание. И тем самым создаются предпосылки к ожирению[3].



В развитии ожирения большую роль играет пониженная мышечная активность. При мышечной работе наступает рефлекторное раздражение симпатической нервной системы по которой идут импульсы, вызывающие выход жира из его депо. Кроме того в самих работающих мышцах идет потребление жирных кислот. Поэтому при количественно нормальном поступлении пищи и недостаточной мышечной активности создаются предпосылки к ожирению. При переходе от физического труда к образу жизни, не требующему мышечной активности, может сохраниться прежний уровень возбудимости пищевого центра и тем самым аппетита. Что может привести к накоплению жира. Так, достаточно ежедневного избытка введения (по сравнению с тратой энергии) 200ккал (1 стакан молока, 1 бутерброд) в течении года, что бы вес за этот период увеличился на 8-10 кг[8].

Рассмотрим некоторые гены и их полиморфизмы, которые на сегодняшний день считаются факторами избыточного веса:

1. Ученные обнаружили, что риск развития ожирения определяется геном, под названием FTO. Собственно говоря, не сам ген ведет к ожирению. Мутация в этом гене действует на белок лептин, который в свою очередь регулирует уровень жировой ткани в организме. Если в организме снижается уровень лептина, то это верный знак того, что присутствует дефицит жировой ткани. Ответной реакцией на это становится усиленное накопление жиров в организме. А это в свою очередь приводит к ожирению[10].

2. Гены FIT1 и FIT2 контролируют накопление избыточного жира. Этот жир, который выполняет функцию запасного источника энергии и помогает сберечь тепло, хранится в специальных жировых клетках - адипоцитах. Именно эти гены отвечают за образование адипоцитов в организме[11].

3. Врожденные дефекты гена MC-4 приводят к развитию тяжелых, практически неизлечимых форм ожирения. Такие генетические аномалии достаточно часты и встречаются у 5% людей[11].

4. Так же риск ожирения многократно увеличивается при мутации гена GAD, расположенного в 10-ой хромосоме. У людей с "поломками" данного гена масса тела может превышать 100кг при росте 165см[5].

5. Установлено, что ген SLC6A14, расположенный на половой хромосоме X, так же отвечает за склонность к ожирению у человека. Выявлено, что этот ген влияет на обмен некоторых аминокислот и на механизмы регулирования и контроля аппетита. Исследования данного гена так же подтвердили его значение в стимулировании процесса накопления липидов в подкожно-жировой клетчатке и изменении концентрации некоторых показателей крови, характеризующих состояние липидного обмена организма человека[10].

6. Совсем недавно ученые обнаружили новый ген, связанный с ожирением. Это ген, кодирующий белок 14-3-3 zeta, который отвечает за образование и рост жировых клеток. Белок 14-3-3 zeta влияет на размножение, и увеличение в размерах жировых клеток.

Таким образом, я рассмотрела наиболее распространенные факторы, способствующие ожирению.

Кроме того, было проведено анкетирование, на выявление факторов влияющих на проблему избыточного веса среди студентов Биробиджанского медицинского колледжа.

Было проведено анкетирование 60 респондентов БМК 1,2,3 и 4 курсов сестринского и фельдшерского отделений по следующим вопросам:

Таблица №2

Анкета

1	Имеете ли Вы избыточный вес?	1) да 2) нет
2	Есть ли среди Ваших близких родственники имеющие избыточный вес?	1) Папа, мама 2) Тетя, дядя 3) сестра, братья 4) двоюродные сестры, братья 5) Бабушка, дедушка
3	Считаете ли свой вес нормальным?	1) да 2) хотелось бы похудеть 3) хотелось бы набрать вес
4	Регулярно ли Вы совершаете физические нагрузки?	1) да, это для меня необходимо 2) хотел бы делать, но не всегда удается себя заставить 3) нет, не делаю
5	Чем Вы предпочитаете «перекусывать»?	1) булочкой, пирожком, бутербродом 2) пирожным, шоколадом 3) чипсами, сухариками 4) фруктами

6	Имеете ли Вы вредные привычки?	1) да 2) нет
7	Страдаете ли Вы от какого-либо хронического заболевания?	1) нет 2) затрудняюсь ответить 3) да

По результатам анкетирования сложилась следующая картина:

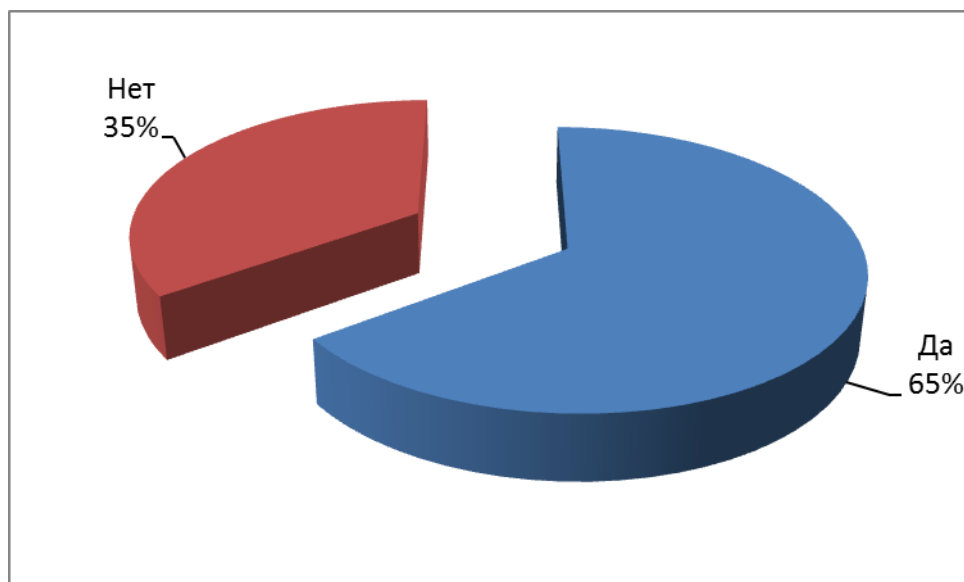


Рисунок 1. «Имеете ли Вы избыточный вес?»

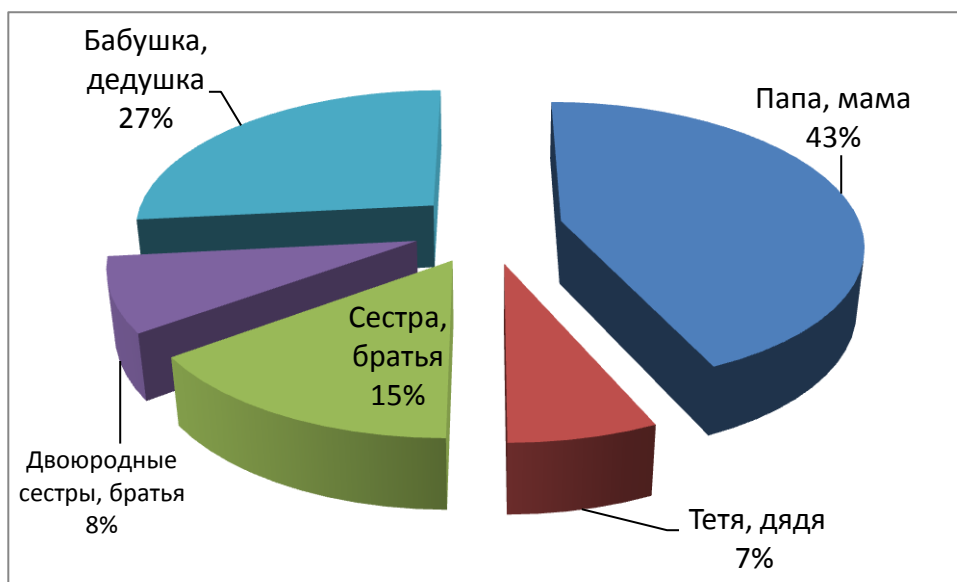


Рисунок 2. «Есть ли среди Ваших близких родственники имеющие избыточный вес?»

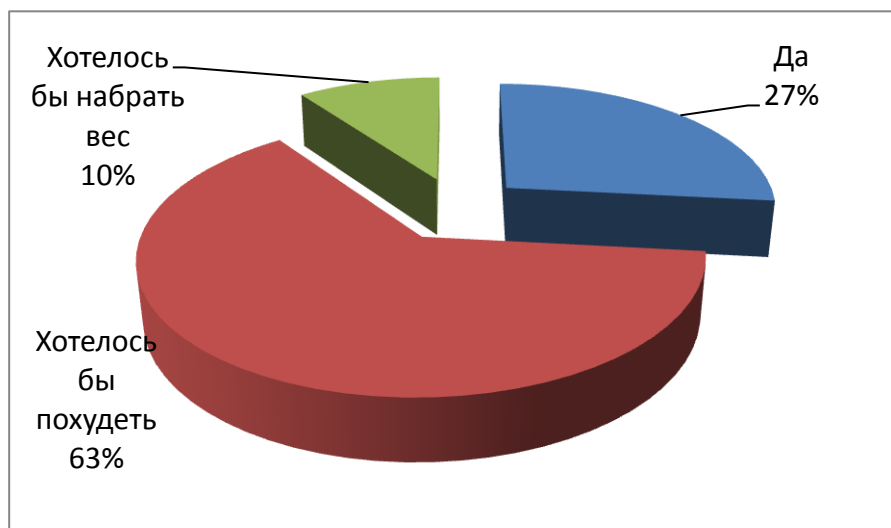


Рисунок 3. «Считаете ли свой вес нормальным?»

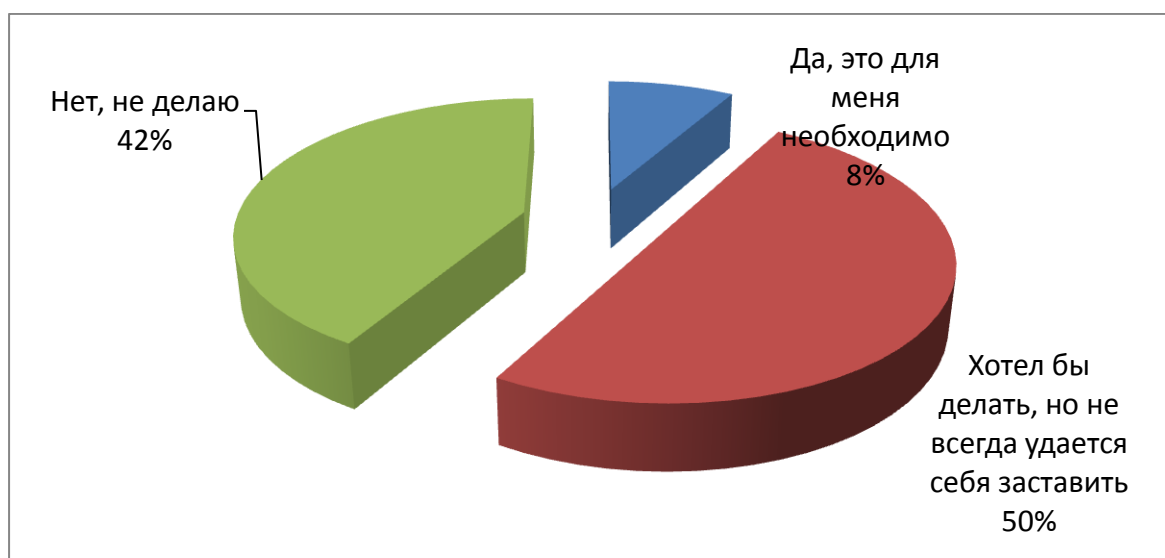


Рисунок 4. «Регулярно ли Вы совершаете физические нагрузки?»

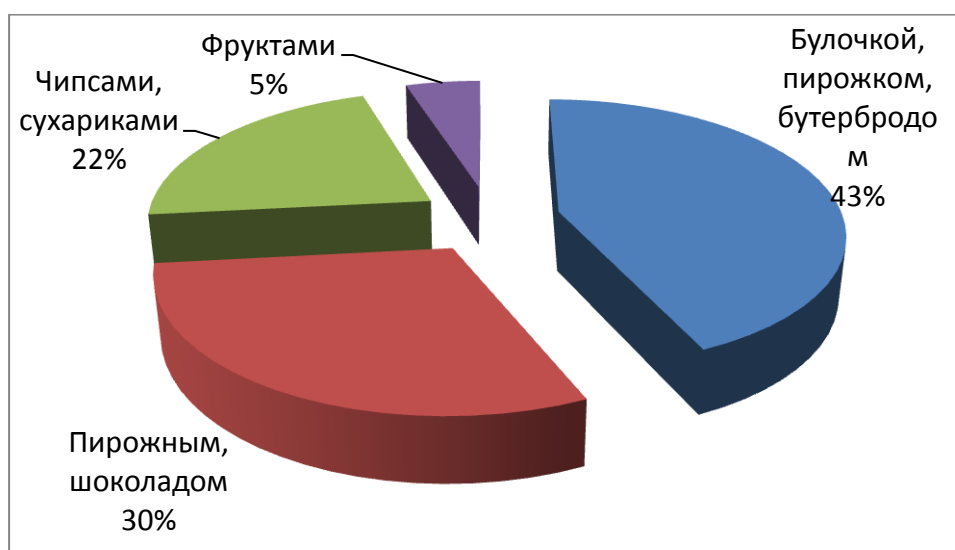


Рисунок 5. «Чем Вы предпочитаете «перекусывать?»»

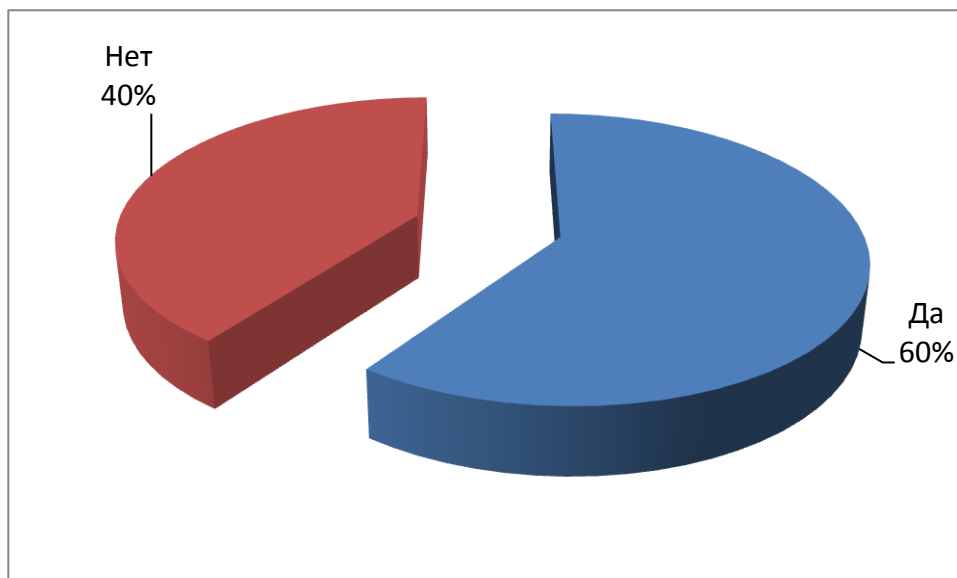


Рисунок 6. «Имеете ли Вы вредные привычки?»

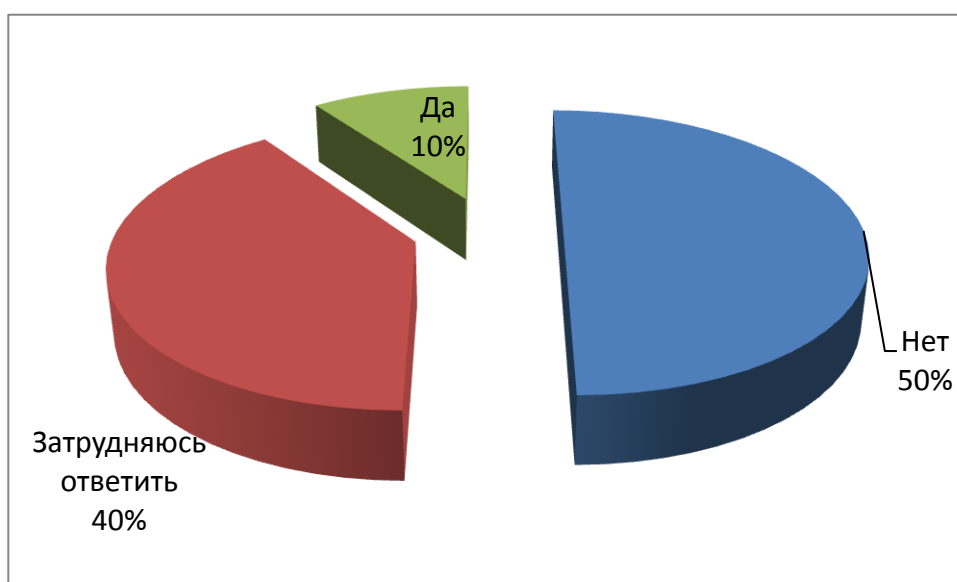


Рисунок 7. «Страдаете ли Вы от какого-либо хронического заболевания?»

Данные анкетирования подтверждают мое предположение о влиянии эндогенных и экзогенных факторов на появление избыточного веса, который является предпосылкой к ожирению. Кроме того на основании данных анкет, я выделила наиболее распространённые факторы, способствующие избыточному весу и ожирению среди студентов БМК, такие как:

1. Нерациональное питание;
2. Малоактивный образ жизни;
3. Вредные привычки.
4. Наследственность.

Итак, я установила, что ожирение является следствием влияния экзогенных и эндогенных факторов на организм человека. Считается, что склонность к полноте есть у каждого человека, один из родителей которого имеет избыточный вес. А при наличии генетической склонности к полноте иметь ожирение гораздо более вероятно, чем при её

отсутствии. Я бы определили эту склонность к полноте как способность поправляться при обычном среднестатистическом питании и малоподвижном образе жизни. Но полнеть такой человек будет только в том случае, если он не следит за весом и не предпринимает никаких усилий, что бы удерживать вес в норме. Единственный действенный способ уменьшить содержание жира в организме - сдвинуть энергетический баланс таким образом, чтобы приток энергии в организм стал меньше её расхода и придерживаться здорового образа жизни. Методы успешной борьбы с лишним весом включают три основополагающих подхода:

1. низкокалорийную диету
2. физические нагрузки
3. модификацию поведения (изменить вредные привычки и приобрести новые навыки пищевого поведения).

Кроме того, можно сказать, что наследуется не само ожирение, а склонность к полноте. И тем самым, при склонности к полноте имеется два выбора: или ничего не делать и толстеть, или следить за своим весом и предпринимать определённые усилия к тому, чтобы вес не нарастал.

Список используемой литературы:

1. Еганиян Р.А., Калинина А.М. Школа здоровья Избыточная масса тела – М. - Геотар-Медиа – 2013. – С.186.
2. Родионова Т.И., Тепаева А.И. Ожирение глобальная проблема современного общества // Медицинские науки фундаментальные исследования №12. - 2012 г. - С. 132
3. Информационный бюллетень ВОЗ Ожирение и избыточный вес - 2014 - №311 // <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>.
4. Методические рекомендации Оказание медицинской помощи взрослому населению по снижению избыточной массы тела.
5. Мировая статистика здравоохранения отчет ВОЗ за 2013 год // http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/ru/..
6. Ожирение и наследственность [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fat-man.ru/ozhirenie-i-nasledstvennost>
7. Яна Филимонова. "Ген ожирения" найден, но лекарства нет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medpulse.ru/health/yourshealth/medicalachievements/11819.html>
8. Ген аполипопротеина - аллельный полиморфизм [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.invitro.ru/analizes/for-doctors/150/4234/>
9. Статистика ожирения по странам [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pohudejka.com/ozhirenie/statistika_ozhireniya
10. Генетическая предрасположенность к ожирению [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medlabspb.ru/doctors/articles/49-2011-04-11-08-53-06.html>
11. Барышева Екатерина. Ген ожирения или образ жизни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.slenderclub.ru/gene-for-obesity/>

Риск развития ожирения у пациентов с различными заболеваниями

*Волобуева Кира, студентка группы 13 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Даньшина Светлана Викторовна*

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, во всем мире лишний вес имеют более миллиарда человека. Проблема ожирения актуальна даже для стран, в которых большая часть населения постоянно голодает, а в промышленно развитых странах она уже давно стала серьезным аспектом общественного здоровья.

Эта проблема касается всех слоев населения независимо от социальной и профессиональной принадлежности, возраста, места проживания и пола. Так, в странах Западной Европы избыточную массу тела имеет от 10 до 20% мужчин и от 20 до 25% женщин. В некоторых регионах Восточной Европы доля людей, страдающих ожирением, достигла 35%. В России в среднем 30% трудоспособного населения имеют ожирение и 25% - избыточную массу тела.

Принято считать, что полный человек является жертвой своего неумеренного аппетита и малоподвижного образа жизни, а значит и лечение - это его личное дело. Важно преодолеть стереотип общественного сознания, согласно которому полные люди - это любители хорошо поесть, т. к. зачастую они потребляют не больше пищи, чем люди с нормальным весом, а причина ожирения кроется в наличии сложных метаболических нарушений в организме, приводящих к накоплению и отложению избыточного количества жира

Целью курсовой работы является: Изучение риска развития ожирения у пациентов с различными заболеваниями в травматологическом отделении ОГБУЗ «Областная больница».

Мною выдвинута гипотеза, что у пациентов травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница» есть риск развития ожирения при их сопутствующем заболевании.

Объектом моего исследования является возможное развитие ожирения у пациентов с различными заболеваниями. Предметом – Ожирение, как одно из осложнений, при различных заболеваниях

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить необходимую литературу по заявленной теме
2. Рассмотреть клиническую картину ожирения
3. Выделить методы обследования при ожирении
4. Ознакомиться с принципами лечения и профилактики ожирения
5. Изучить факторы риска развития ожирения
6. Провести оценку риска развития ожирения при различных заболеваниях, среди пациентов травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница».
7. Подготовить необходимые рекомендации пациентам, склонным к ожирению.

Этиология понятия Ожирение– (от лат. *obesitas* —полнота, тучность.) — отложение жира, увеличение массы тела за счёт жировой ткани. Жировая ткань может отлагаться как в местах физиологических отложений, так и в области молочных желёз, бёдер, живота

Рассмотрим классификация ожирения: Ожирение бывает

1. Центральное (абдоминальное) ожирение – избыток жировых отложений в области живота. Центральное ожирение считается наиболее опасным и связано с повышенным риском сердечных-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.
2. Ягодично-бедренное (гиноидное) ожирение – характеризуется отложением жира в нижней части туловища и чаще встречается у женщин.
3. Смешанное ожирение – относительно равномерное распределение жировой ткани.

Существует 4 степени ожирения и 2 стадии этого заболевания.

Степени ожирения

I степень ожирения Избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную на 10-29%. (20 кг)

II степень ожирения Избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную на 30-49%. (31 кг)

III степень ожирения Избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную на 50-99%. (51 кг)

IV степень ожирения Избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную более чем на 100%.

Стадии ожирения

1. Прогрессирующая, при которой масса тела постоянно растет,

2. Стабильную, когда избыток веса есть, но он не увеличивается

Предрасполагающие факторы:

1. Малоподвижный образ жизни

2. Генетические факторы

3. Повышенная активность ферментов липогенеза

4. Снижение активности ферментов липолиза

5. Повышенное потребление легкоусваиваемых углеводов:

6. Питьё сладких напитков

7. Диета, богатая сахарами

8. Некоторые болезни, в частности, эндокринные заболевания

9. Склонность к стрессам

10. Недосыпание

11. Психотропные препараты

Диагностика ожирения начинается с выяснения причины его развития. Для диагностики ожирения рассчитывается индекс массы тела (ИМТ). Во время осмотра определяется окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), ОТ/ОБ. При первичном обследовании больных собирается анамнез. При этом необходимо выяснить как минимум 5 вопросов:

1. Объем употребляемой пищи и ее состав;

2. Какова частота приемов пищи;

3. Время вечернего приема пищи и его состав;

4. Имеет ли место ночной прием пищи;

5. Часто ли бывают различного рода застолья

Методы лечения ожирения подразделяются на три основные группы

I. Нелекарственные методы включают в себя:

Диетотерапию. Стол № 8. Принцип диеты строится на ограничении употребления углеводов и соли.

Повышение физической нагрузки. Физическая нагрузка, при несомненной пользе, иногда разочаровывает больных отсутствием значительного снижения массы тела, что объясняется перераспределением содержания жировой массы и увеличением мышечной массы.

II. Лекарственные методы

Назначение препаратов, подавляющих аппетит и уменьшающих усвоение питательных веществ в организме, а также препараты, нормализующие гормональный фон. Каждый препарат подбирается врачом индивидуально:

1.Фентермин

2.Орлистат (ксеникал)

3.Сибутрамин (меридиа)

III. Хирургические методы лечения включают в себя:

1. Желудочное шунтирование

2. Бандажирование желудка.

. К обязательным мероприятиям профилактики относятся:

1. Регулярная оценка массы тела, определение ИМТ и объема талии.
2. Оценка характера питания и пищевых привычек.
3. Оценка образа жизни и двигательной активности пациента.
4. Нормализация режима, обеспечение полноценного сна.

5. Информирование об опасности и вреде чрезмерного повышения веса и риске возникновения сопутствующих соматических заболеваний.

6. Ежегодное диспансерное обследование и наблюдение у врача.

На базе ОГБУЗ «Областная больница» было проведено исследование пациентов травматологического отделения. Были подобраны люди с различными заболеваниями, которые увеличивают риск возникновения ожирения. Выдвинута гипотеза, что у пациентов травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница» есть риск развития ожирения при их сопутствующем заболевании.

С помощью карт стационарных больных, была проведена выборка пациентов, предрасположенных к полноте. Мною были выделены три женщины и двое мужчин. Возрастные рамки женщин от 33 до 63 лет, мужчины от 43 до 52 лет. Опрашиваемые мною пациенты страдают заболеваниями, связанными с эндокринной системой, сахарным диабетом, нарушенным обменом веществ, а так же наследственной предрасположенностью к полноте

Для дальнейшего исследования необходимо было рассчитать индекс массы тела у выбранных пациентов, с помощью формулы: $ИМТ = \frac{\text{Масса тела (в кг.)}}{\text{Рост}^2 \text{ (в метрах)}}$. Анализируя, выяснила, что все выявленные мною пациенты имеют избыточную массу тела. Все пациенты попадают в группу риска ожирения, связанные с их не прямым заболеванием. Для предотвращения осложнений рекомендуется снижение массы тела испытуемых.

Для полного сбора информации необходимо провести опрос пациентов, заранее были подготовлены вопросы.

Так, на вопрос 1 «Есть ли у Вас наследственная предрасположенность к ожирению?» трое пациентов из 5 ответили, что они имеют наследственную предрасположенность к полноте. У одного из испытуемых отсутствует наследственная предрасположенность. Один пациент затруднился с ответом.

На вопрос о возможности изменить свои пищевые привычки двое пациентов ответили согласием. Двое других не готовы поменять свои привычки, даже при необходимости. Один пациент затруднился с ответом.

На вопрос «Знаете ли, Вы, что при Вашем заболевании есть риск развития ожирения?» четверо пациентов из пяти осведомлены о риске развития ожирения при их заболевании. Один пациент не знает, что при его заболевании существует высокий риск возникновения ожирения.

На четвертый вопрос 4 пациента ответили, что физические нагрузки они совершают не регулярно. Один пациент регулярно занимается в спортивном зале.

Вопрос номер 5 звучал «Ваш прием пищи составляет более 3-х раз в день?». 5 из 5 пациентов ответили, что их прием пищи составляет более 3-х раз в сутки.

Отвечая на заключительный вопрос, четверо пациентов отметили, что им нужно сбросить вес. Один пациент считает, что вес его в норме.

По опросу пациентов выявила:

1. 60 % пациентов (3 чел.) наследственно склоны к полноте
2. 40% испытуемых (2 чел.) готовы менять свои привычки
3. 80% пациентов (4 чел.) осведомлены о риске ожирения при своем заболевании
4. 80% пациентов (4 чел.) отрицательно относятся к физическим нагрузкам
5. 100% испытуемых питаются более 3 –х раз в сутки
6. 80% пациентов считают, что им нужно сбросить вес.

С целью нормализации веса и профилактики возникновения ожирения мною были подготовлены рекомендации для пациентов ОГБУЗ «Областная больница».

Правильное питание при ожирении

*Малютина Кристина, студентка группы 12 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Солдатенко Ирина Валентиновна*

В современном мире проблема нерационального питания, приводящая к ожирению, стала одной из самых актуальных, в связи с тем, что с каждым годом количество людей, страдающих ожирением, увеличивается. По статистике в 80-90% случаев ожирение обусловлено нерациональным питанием.

Цель исследовательской работы: изучить основные принципы правильного питания при ожирении.

Задачи:

- ✓ подобрать, изучить и проанализировать учебную и научную литературу по проблеме питания больных ожирением;
- ✓ выявить основы и принципы правильного питания при ожирении;
- ✓ собрать и обработать информацию посредством анкетирования пациентов ОГБУЗ «Областная больница» и студентов Биробиджанского медицинского колледжа;
- ✓ систематизировать данные, сделать вывод и заключение по материалам работы

В ходе работы были изучены и проанализированы материалы учебной и научной литературы, интернет – ресурсы и выявлено, что согласно статистике, ожирение – одно из самых распространенных заболеваний во всем мире. По данным ВОЗ более 1,9 миллиарда взрослых людей в возрасте 18 лет и старше имеют избыточный вес, из них свыше 600 миллионов страдают ожирением.

Ожирение – отложение жира, увеличение массы тела за счёт жировой ткани. Избыточное отложение жировой ткани, или ожирение, развивается вследствие нарушения обмена веществ, которое возникает в результате чрезмерного употребления нездоровой пищи, сидячего образа жизни и неправильного питания.

Развитию ожирения способствуют следующие факторы:

- ✓ редкие и обильные приемы пищи;
- ✓ нерациональное питание, когда поступление с пищей энергии превышает энергетические затраты организма;
- ✓ избыточное употребление легкоусвояемых углеводов;
- ✓ перенос основного приема пищи на ужин, перед сном;
- ✓ малоподвижный образ жизни при достаточно выраженном аппетите

При ожирении основным лечебным фактором воздействия на нарушенный обмен веществ является правильное питание.

Основные принципы правильного питания при ожирении:

Ограничение калорийности пищи за счет резкого ограничения углеводов и отчасти за счет жиров, но содержащей все незаменимые пищевые вещества.

Исключаются сахар, кондитерские изделия, изделия из теста, рис, крахмал, макаронные изделия.

Количество жира в рационе снижают до 80 г., растительных масел не более 30-35 г для приготовления пищи и добавления в салаты, винегреты и другие блюда

Нормальное или незначительно повышенное содержание белка в диете: 90-100 г. в виде таких белковых продуктов, как мясо, рыба, творог, нерыбные морепродукты, за счет усвоения белковой пищи, создает чувство сытости

Овощи и фрукты должны использоваться ежедневно и в достаточном количестве; например капуста, свекла морковь, огурцы, сливы, яблоки ягоды.

Многие овощи - капуста, стручковый перец, помидоры, стручковая фасоль, цветная капуста, капуста брокколи, кабачки, лук - богаты целлюлозой и дают чувство сытости, улучшают пищеварение, вносят ценные минеральные соли и витамины в организм, а в то же время содержат мало углеводов (4-5%). Людям имеющий лишний вес следует ограничить: сладкие фрукты, фруктовые компоты, варенье, джемы

Ограничение количества натрия хлорида до 5-8 г в день. Пищу готовят почти без соли и подсаливают во время еды. Исключают соленые продукты.

Ограничение приема свободной жидкости до 1-1,2 л в день.

Исключаются сладкие напитки.

Исключение алкогольных напитков, которые ослабляют самоконтроль за потреблением пищи и сами являются источником энергии.

Исключаются продукты и блюда, которые возбуждают аппетит: крепкие бульоны, копчености, соленья, консервированные, маринованные овощи, соусы из мяса, рыбы, грибов, приправы.

Фаст - фуд (быстрое питание), предлагаемые в предприятиях быстрого питания, пирожки, чебуреки, беляши, всевозможные «бургеры» и другие блюда, хотя и вкусны, представляют, если употреблять их регулярно, серьезную опасность для здоровья.

Соблюдение режима 5-6 разового питания.

Для борьбы с постоянным чувством голода, питание утром надо начинать с овощных салатов, которые быстро насыщают, при ощущении голода ночью рекомендуется есть несладкие фрукты.

Наиболее приемлема при ожирении I-II степени, когда масса тела на 15-50% выше нормы, диета № 8.

При ожирении показано проведение регулярных разгрузочных дней, разгрузочные дни делятся на углеводные, жировые, белковые.

Показателем эффективного, правильного питания при ожирения может служить постепенное снижение массы тела, не более 4-5 кг в месяц.

В ходе работы нами было проведено исследование и анализ правильного питания при ожирении путем анкетирования.

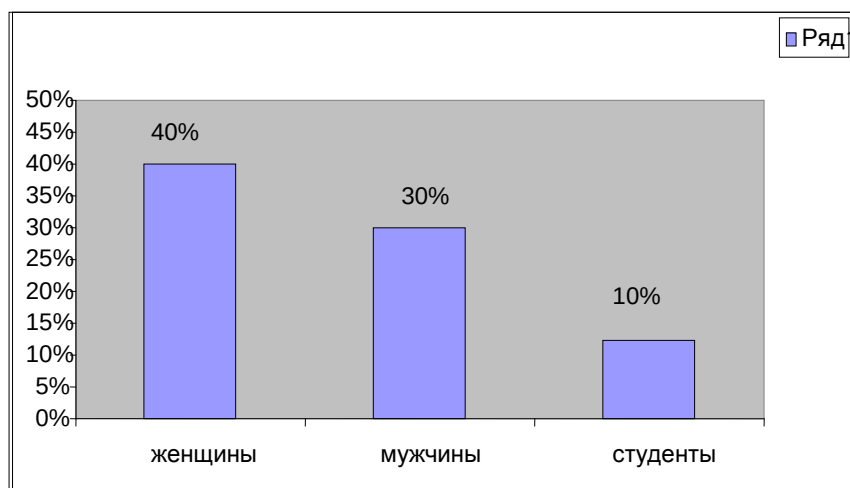
В анкетировании приняли участие пациенты ОГБУЗ «Областная больница», 10 мужчин в возрасте от 22 до 72 лет, 10 женщин в возрасте от 21 до 68 лет и 10 студентов БМК, в возрасте от 18 до 32 лет.

По результатам исследования:

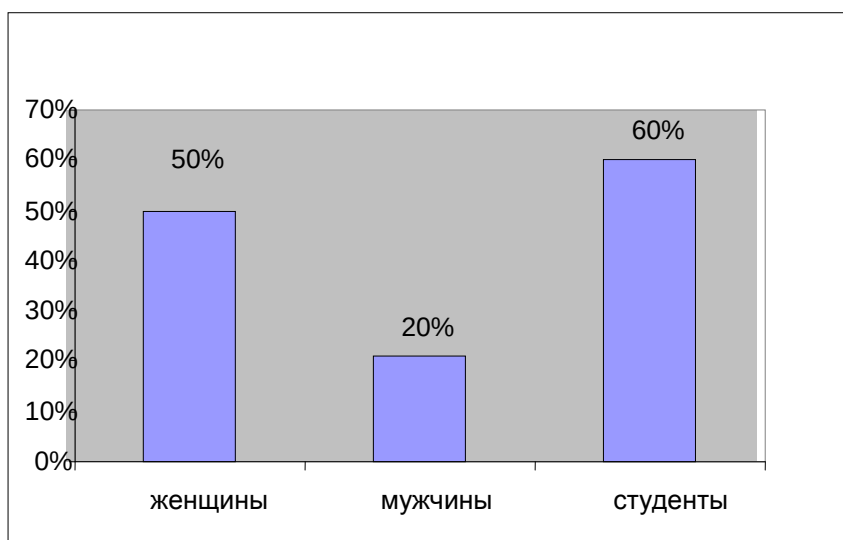
Вес выше нормы:

- Женщины- 60%
- Мужчины-50%
- Студенты-20%

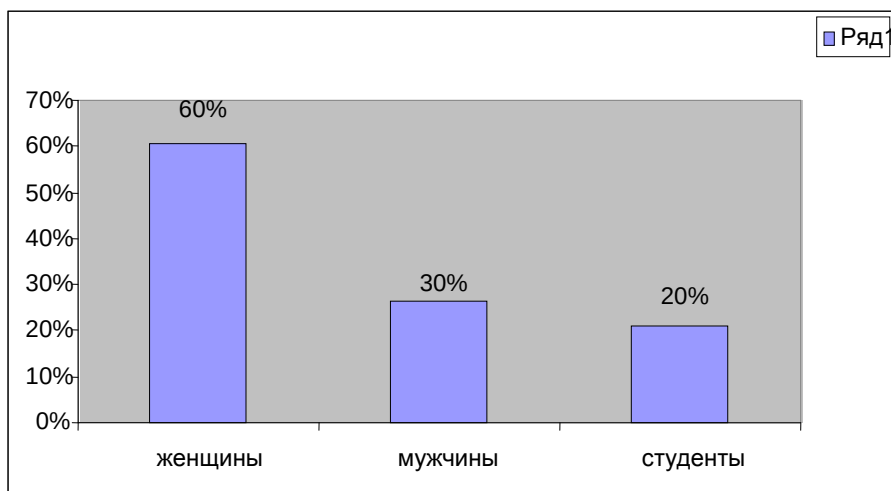
Женщины - 40%, 30% мужчин и 10%студентов информированы о том, что превышение веса на 15% является ожирением.



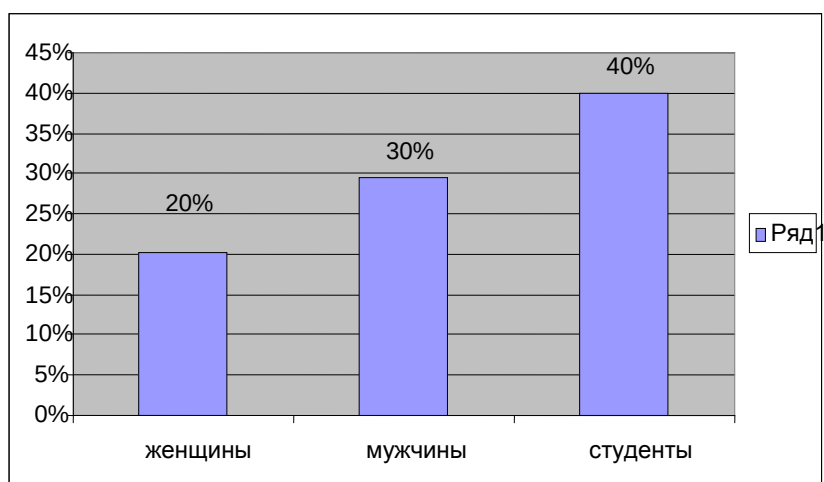
60% студентов, 50% женщин и только 20% мужчин и связывают вес с неправильным питанием



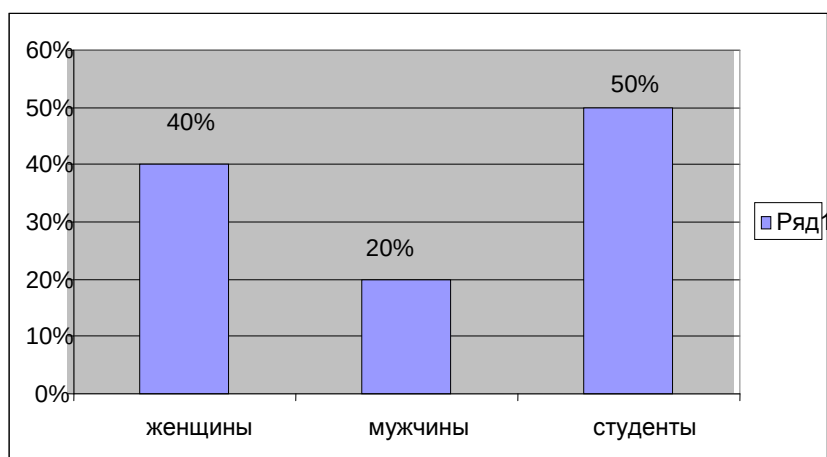
Соблюдают правильный режим 5-6 разового питания небольшими порциями 60% женщин, что является неплохим показателем, но только 30% мужчин и 20% студентов, остальные питаются реже, что способствует повышению массы тела, и может привести к ожирению.



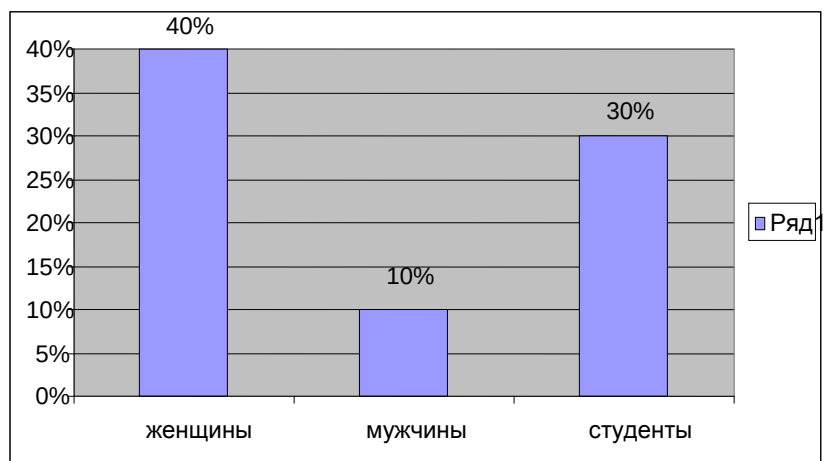
40% студентов переносят основной прием пищи на ужин, перед сном, поэтому уже в таком молодом возрасте 15% имеют излишний вес.



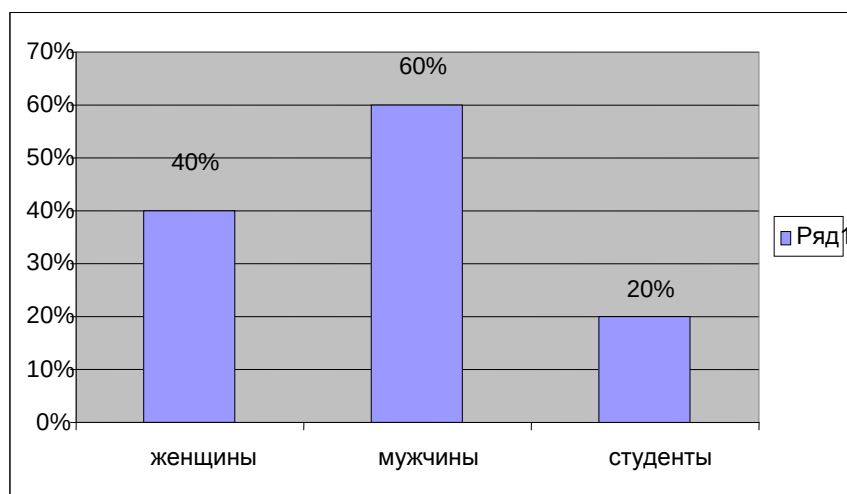
Об ограничении приема соли и сахара для предупреждения развития ожирения знают 50% студентов и 40% женщин и всего 20% мужчин



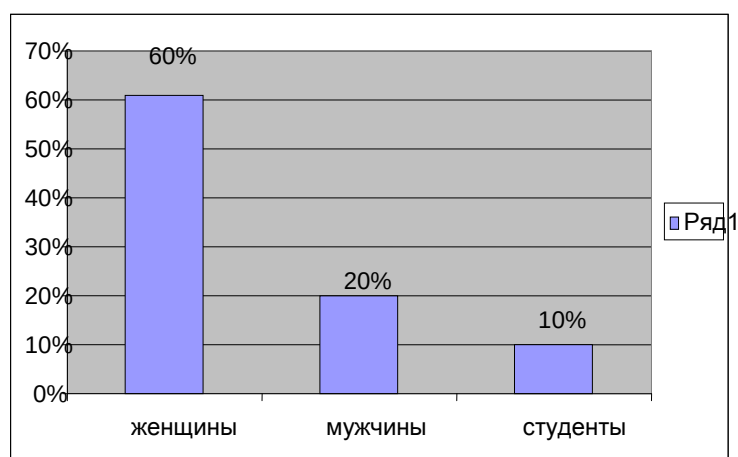
Любители кондитерских изделий женщины 40% и 30% студентов, мужчины более равнодушны к этим изделиям, всего 10% часто употребляют кондитерские изделия



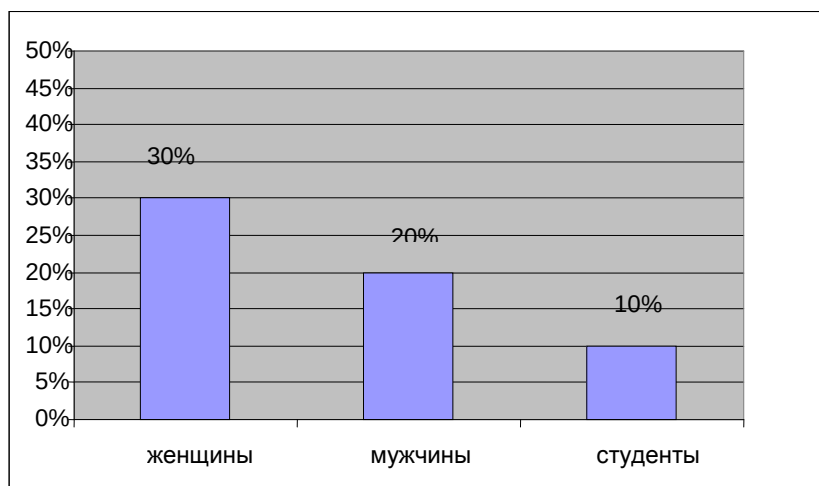
60% мужчин , 40% женщин и 20% студентов возбуждают аппетит, употребляя копчености и солености, которые необходимо исключить из рациона, чтобы предупредить развитие ожирения.



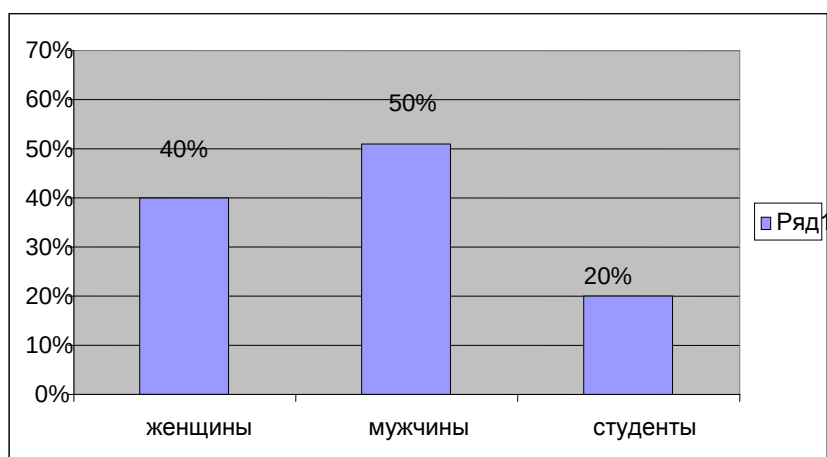
Овощи и фрукты, которые должны использоваться ежедневно, каждый день едят 60% женщин, 20% мужчин и всего только 10% студентов.



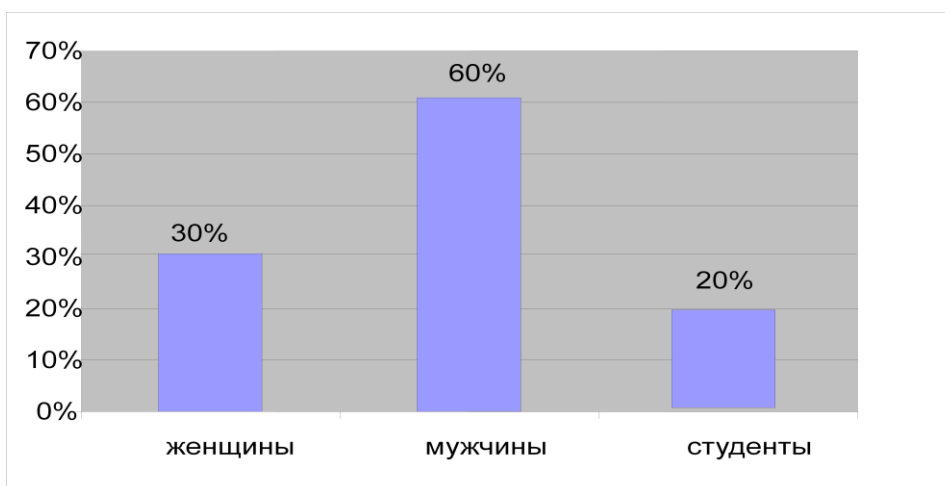
Молочные продукты, как источник белка, часто употребляют 30% женщин, 20% мужчин и всего 10% студентов.



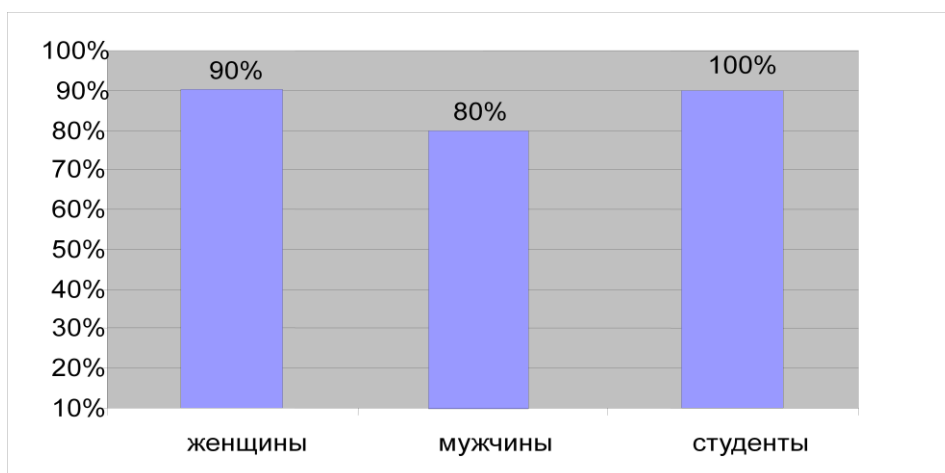
40% женщин, 50% мужчин и всего 20% студентов ежедневно употребляют рыбу, мясо, яйца, т.е. питаются правильно.



Часто употребляют различные алкогольные напитки 60% респондентов мужчин, 30% женщин и 20% студентов - будущих медиков. Алкогольные напитки усиливают аппетит, ослабляют самоконтроль за потреблением пищи, являются источником энергии, следовательно, могут способствовать развитию ожирения.



90% женщин, 80% мужчин и 100% студентов считают, что причина, которая препятствует соблюдению правильного питания – это они сами.



Вывод

В результате проведенного исследования, можно сделать вывод, что многие респонденты разного пола и возраста не знают, что с помощью правильного питания можно предотвратить развитие ожирения и питаются не совсем правильно. У респондентов «заметно» увеличено в пище количество углеводов, часто употребляются копчености и солености, алкогольные напитки, студенты совсем мало употребляют белковой пищи, овощей и фруктов, основной прием пищи переносится на вечер перед сном, в результате у респондентов, участвовавших в анкетировании, в том числе и у студентов, наблюдается излишний вес. Респонденты считают, что причина, которая препятствует соблюдению правильного питания – они сами.

Для пропаганды здорового образа жизни и правильного питания была разработана «Памятка по питанию при ожирении», составлено недельное порционное питание и представлена самая эффективная для снижения веса диета.

У тех людей, кто следит за своим питанием, общий его режим лучше и сбалансированный, а значит, они выигрывают главный приз этой жизни, долгую её продолжительность.

Лечебная физкультура при ожирении

*Евстратенко Андрей, студент группы 32 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Андреев Андрей Пантелеевич*

Ожирение является фактором риска для возникновения различных заболеваний, таких как атеросклероз, диабет, гипертоническая болезнь. Различают четыре степени ожирения.

В результате ожирения возникают различные выраженные изменения сердечно-сосудистой системы, которые проявляются в виде дистрофии миокарда, поражения сосудов, сердца, мозга и нижних конечностей. Также ожирение характеризуется высоким стоянием диафрагмы, а уменьшение ее подвижности приводит к уменьшению дыхательной емкости легких, помимо всего прочего при ожирении увеличивается секреция желудочного сока, в результате повышения массы тела перегружается опорно-двигательный аппарат, что в сочетании с измененным обменом веществ способствует возникновению артроза. Также при ожирении происходит снижение физической работоспособности.

Вообще, надо отметить, что человек наделен мышцами в расчете на их интенсивную эксплуатацию, но никак не на длительный покой. Для обеспечения нормального обмена веществ и предотвращения ожирения необходимо поддержание мышечной системы в рабочем состоянии. Ведь работающая мышца является непреодолимым препятствием для жировых отложений. В результате активной мышечной деятельности происходит ряд биохимических процессов, в результате которых образуются вещества, поступающие в кровь и оказывающие стимулирующее влияние на обменные и окислительные процессы, а также на сердечно-сосудистую систему и функцию центральной нервной системы.

Таким образом, становится ясно, что организм необходимо поддерживать в постоянном рабочем состоянии, для чего нужно систематически применять посильную физическую нагрузку и использовать средства рационального питания.

Надо отметить, что при лечении ожирения не следует спешить к мгновенному похудению, так как такой процесс не долговечен. Надо придерживаться постепенного снижения массы тела, потому что в результате данного процесса обеспечивается более устойчивое сохранение величины сниженной массы тела, так как к этому приспосабливаются все системы организма. Достаточной потерей массы тела считается снижение ее у пожилых людей на 2-3 кг, а у больных молодого и зрелого возраста - на 4-5 кг в месяц. При ожирении третьей степени требуется стационарное лечение. При лечении этой

категории больных длительное время применяется только утренняя и лечебная гимнастика при ожирении. При снижении массы тела и повышении устойчивости к физическим нагрузкам больным назначается дозированная ходьба и другие физические упражнения при ожирении.

Лечебная физкультура при ожирении применяется для того, чтобы стимулировать обмен веществ за счет повышения скорости окислительно-восстановительных процессов и увеличения энергозатрат. Также ЛФК при ожирении способствует улучшению нарушенного функционального состояния сердечно-сосудистой системы и дыхания, снижению массы тела больного, повышению физической работоспособности, а также содействует нормализации жирового и углеводного обмена.

Таким образом, физические упражнения при ожирении входят в программу снижения веса, благодаря им происходит уменьшение застойных явлений, стимулируется кровообращение и обмен веществ. А главное – такие упражнения способствуют сжиганию лишних калорий и отложений жира.

Вообще, каждый человек с избыточным весом (да и любой другой - с нормальным весом) должен ежедневно ходить пешком не менее 30 минут. Можно практиковать езду на велосипеде, а зимой – лыжи и коньки. Необходимо ежедневно выполнять домашний комплекс упражнений. Соблюдение этого правила позволит не только поддерживать нужную физическую форму, но и предотвратит многие заболевания позвоночника и всей костной системы.

Как было сказано выше - перед началом занятий лечебной физкультурой следует обязательно проконсультироваться с врачом.

Показаниями к назначению лечебной физкультуры являются первичное и вторичное ожирение первой, второй, третьей и четвертой степеней. При лечении применяются утренние гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика при ожирении, упражнения на тренажерах, дозированные прогулки по ровной местности и с восхождениями (терренкур), специальные упражнения в бассейне, плавание в открытых водоемах, бег, туризм, гребля, катание на велосипеде, лыжах, коньках, подвижные и спортивные игры.

Наибольший эффект снижения массы тела и улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой системы наблюдается у больных (имеющих первую и вторую степень ожирения, которые ранее занимались физической культурой или спортом, в возрасте до 40 лет) во время занятий на тренажерах при использовании физической нагрузки, вызывающей прирост частоты сердечных сокращений (ЧСС) на 75% от исходной частоты сердечного ритма (в покое). При этом следует 5-минутные нагрузки чередовать с 3-минутными паузами для отдыха. Продолжительность занятий составляет 30-90 минут. Курс — 18-20 процедур.

Больным экзогенно-конституциональным ожирением третьей степени, имеющим сопутствующие заболевания, физически не подготовленным, в возрасте до 80 лет, во время занятий на тренажерах рекомендуют физическую нагрузку, вызывающую прирост ЧСС на 50% от исходной частоты сердечного ритма (в покое). При этом следует чередовать 3-минутные нагрузки с 5-минутными паузами для отдыха. Продолжительность занятия составляет 20-60 минут. Курс — 18-20 процедур.

Надо отметить, что у некоторых больных имеются противопоказания к занятиям на тренажерах.

Обязательным компонентом лечебной физкультуры при ожирении является ходьба в разном темпе (простая, усложненная, комбинированная). Кроме того, как правило, в каждую процедуру включаются упражнения в метании и подвижные игры типа эстафеты. Ходьбу следует чередовать с дыхательными упражнениями. Прогулки следует проводить 2-3 раза в течение дня, начиная с 2-3 км и достигая постепенно 10 км в день, причем целесообразно проводить прогулки мелко.

Во время прогулок можно чередовать медленную ходьбу с ускоренной (50-100 м), после чего рекомендуются дыхательные упражнения и спокойная ходьба. Постепенно ускоренную ходьбу увеличивают до 200-500 м. Также больным ожирением рекомендуется

самомассаж, как самостоятельное воздействие, а также в процедурах лечебной гимнастики при ожирении. Благодаря самомассажу увеличивается энерготрата и происходит значительное снижение массы тела.

❖ Организация питания

Организация питания медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях ЕАО

*Артемова Алина, Плотникова Светлана, студентки группы 32 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Вторушина Лариса Борисовна*

Трудовая деятельность работников здравоохранения связана с большим физическим и эмоциональным напряжением, необходимостью в ряде случаев работать в тяжелых и опасных для жизни и здоровья условиях.

Это и определяет некоторые особенности правового регулирования трудовых отношений в данной сфере деятельности: дополнительные требования при заключении трудового договора, льготный режим рабочего времени и времени отдыха, особые правила работы по совместительству и др. Помимо общих положений Трудового кодекса РФ на медицинских работников распространяются положения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также ряда других подзаконных нормативных правовых документов.

В соответствии со ст. 108 ТК РФ в течение рабочего дня (смены) медицинскому работнику должен быть предоставлен перерыв для отдыха и питания продолжительностью не более двух часов и не менее 30 мин, который в рабочее время не включается. Однако, на тех работах, где по условиям труда предоставление перерыва для отдыха и питания невозможно, работодатель обязан обеспечить работнику возможность отдыха и питания в рабочее время. Перечень таких работ, а также места для отдыха и приема пищи устанавливаются правилами внутреннего трудового распорядка.

Медицинские работники в процессе общения с пациентами дают рекомендации по питанию, но могут ли они сами следовать этим правилам.

Нас заинтересовало, как организовано питание медицинских работников при выполнении ими своих служебных обязанностей.

В процессе нашего исследования мы ставили задачи:

- Изучить организацию питания средних медицинских работников в лечебных учреждениях ЕАО.
- Выявить проблемы в организации питания средних медицинских работников,
- Дать рекомендации по организации питания.

Мы высказали гипотезу: Правильное питание медицинского персонала во время выполнения своих служебных обязанностей организовано не во всех лечебно-профилактических учреждениях ЕАО.

Нашими респондентами были 50 работников медицинских учреждений ЕАО разного возраста и стажа работы. Возрастной состав представлен на диаграмме 1.

возраст

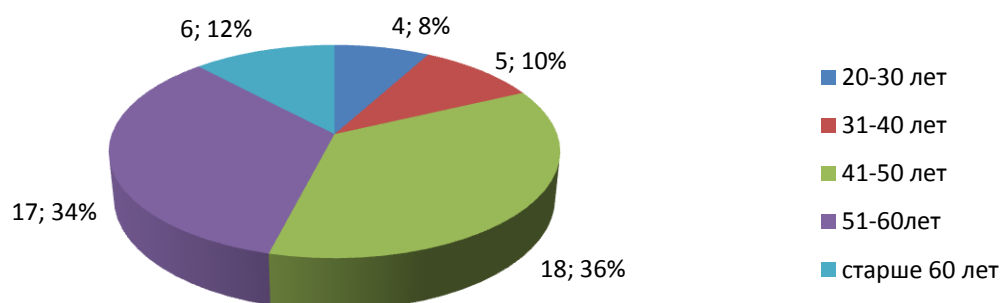


Диаграмма 1. Возрастной состав респондентов

Как видно из диаграммы 1, большую часть среднего медицинского персонала во время опроса составили лица старше 40 лет.

Среди опрошенных стаж работы варьируется от 5 лет до 43.

стаж работы

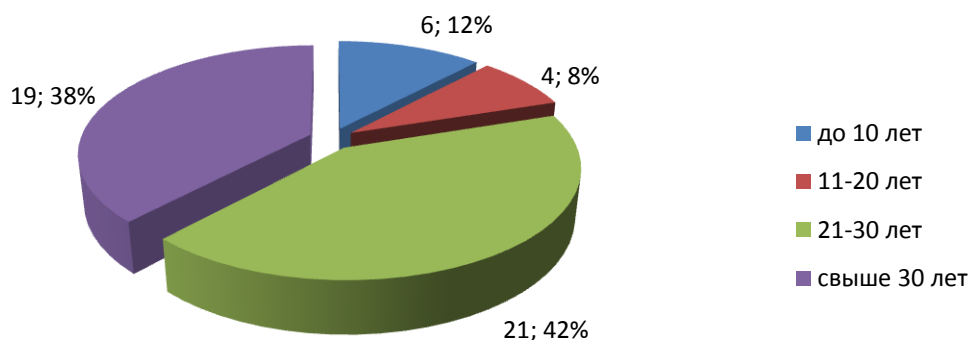


Диаграмма 2. Стаж работы

По диаграмме 2 можно заметить, что большинство опрошенных имеют длительный стаж работы - свыше 20 лет.

На диаграмме 3 мы видим, какой режим работы у наших респондентов.

вид работы

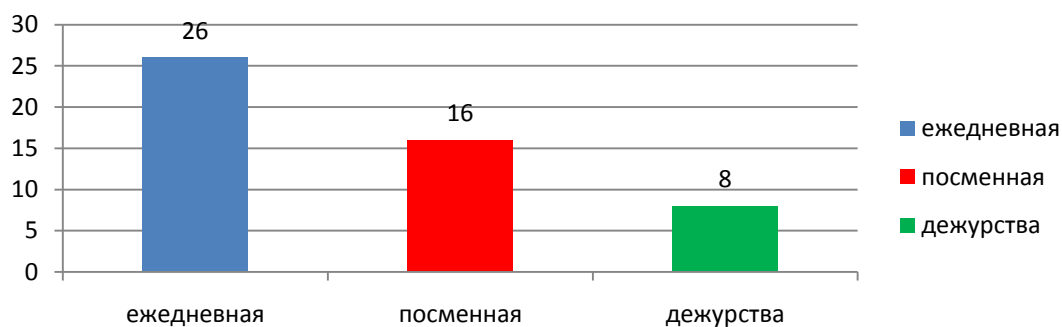


Диаграмма 3. Режим работы

26 опрошенных работают в поликлинике, то есть работают ежедневно. 24 человека работают посменно или дежурят.

Во время исследования нас интересовал режим питания. Он отражен на диаграмме 4.

режим питания

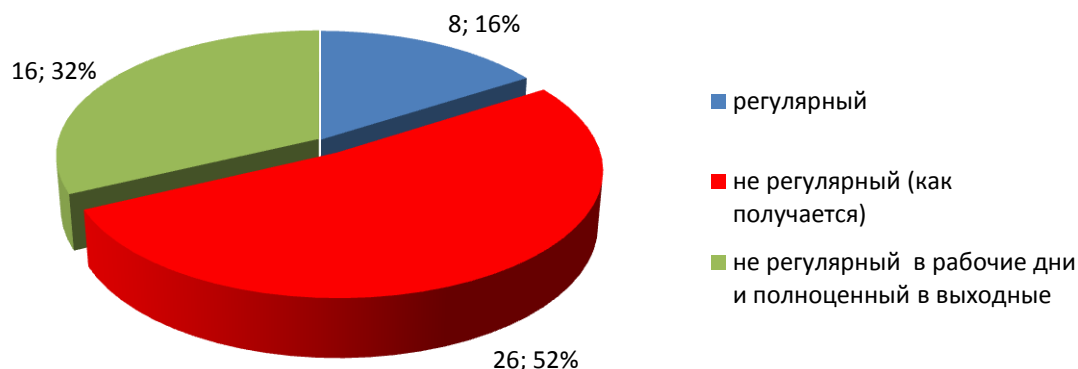


Диаграмма 4. Режим питания

Как мы видим на графике 52 % опрошенных питаются нерегулярно, что создает предпосылки к развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта. Еще 32% испытывают затруднения с организацией питания в рабочие дни.

На вопрос о количестве приемов пищи наши респонденты ответили следующим образом.

количество приемов пищи

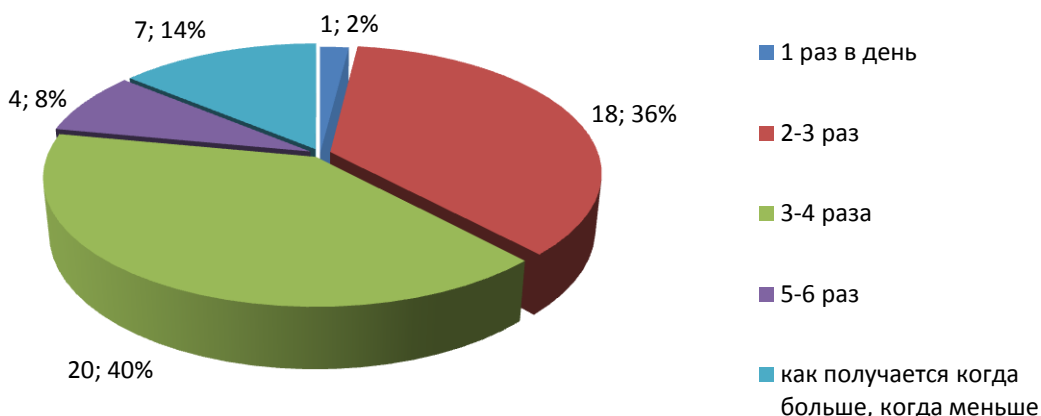


Диаграмма 5. Количество приемов пищи

Как мы видим из диаграммы 76 % опрошенных (38 человек) принимают пищу от 2 до 4 раз в день, но есть и те, кто питается 1 раз или постоянно перекусывает. 7 человек не

выработали свой график питания.

Так как наши студенты будут работать в тех же лечебных учреждениях, что и опрошенные нас интересовало, как организовано питание у медицинских сестер в рабочие дни.

организация приема пищи в рабочие дни

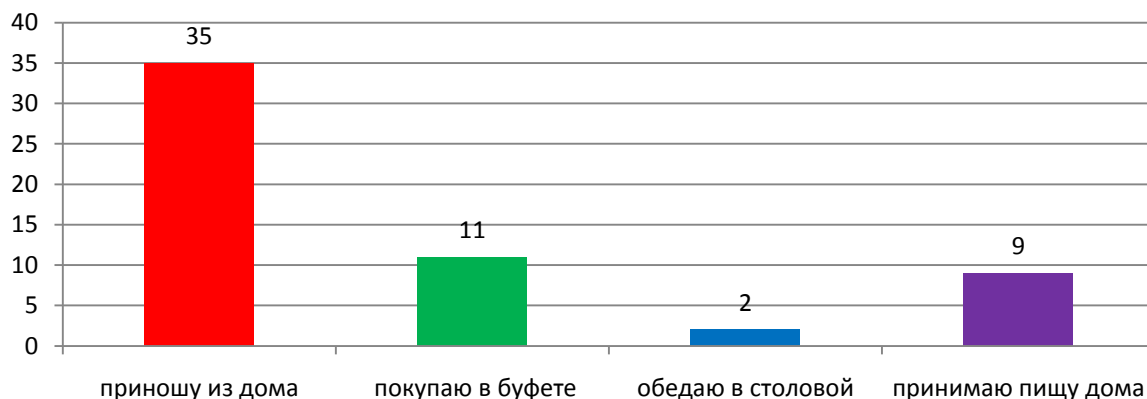


Диаграмма 6. Организация питания

44 человека либо приносят пищу из дома, либо обедают дома. Услугами общественного питания пользуются всего 13 человек.

Мы знаем, что важно не только сколько раз принимать пищу, но и качественный состав. Мы интересовались, какие продукты наши респонденты предпочитают употреблять на работе.

какую пищу предпочитаете для обеда в рабочие дни

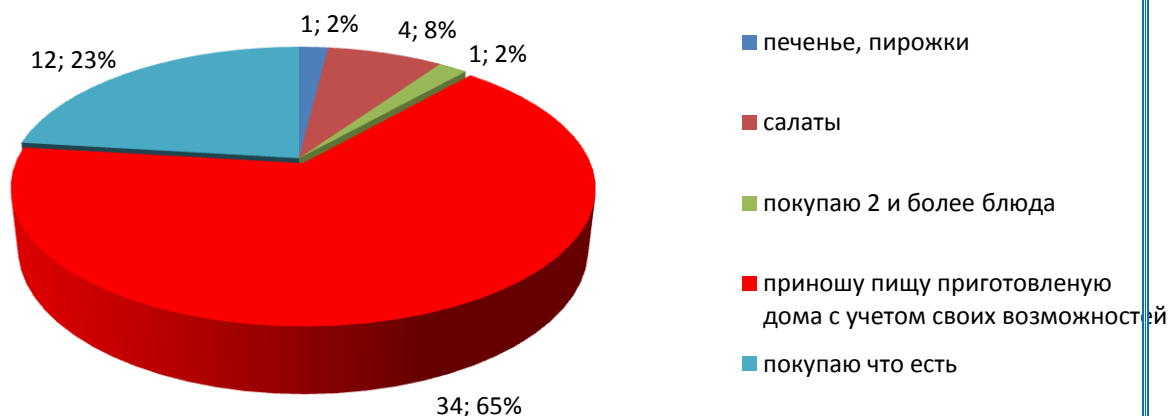


Диаграмма 7. Какие продукты предпочитаете употреблять на работе

34 человека (65%) приносят пищу из дома. 13 человек (25%) приобретают пищу в буфете, не заботясь о ее качественном составе.

Питание тесно связано с заболеваниями органов пищеварения. Мы поинтересовались, имеют ли наши респонденты такие проблемы. Результаты отражены на диаграмме 8.

наличие заболеваний ЖКТ

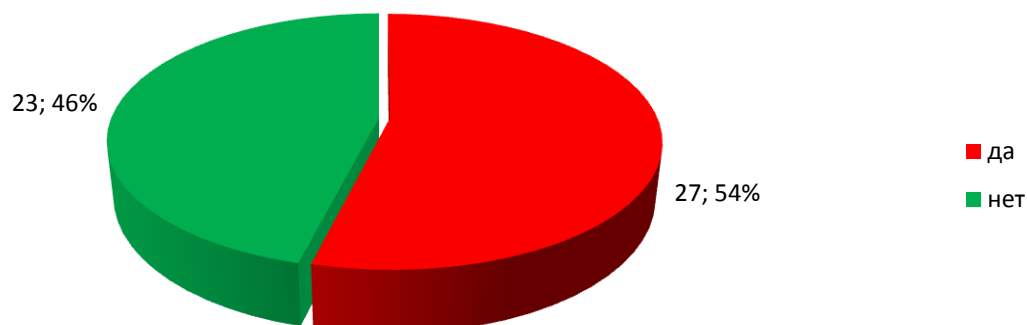


Диаграмма 8. Заболевания органов пищеварения

По данным анкетирования 27 человек (54%) имеют заболевания ЖКТ.

Среди наших респондентов 12 человек страдают хроническим холециститом, 13 - хроническим гастритом, 1 – колитом, 1 – язвенной болезнью желудка.

Все наши опрошенные знают о здоровом питании и дают рекомендации по питанию своим пациентам. Но сами не всегда могут организовать свое питание на работе.

вы придерживаетесь правил здорового питания

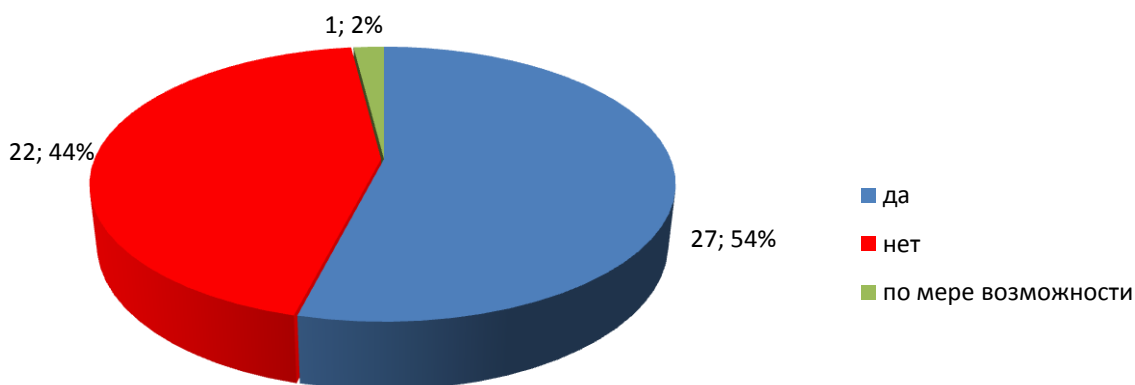


Диаграмма 9. Придерживаетесь ли вы правил здорового питания

22 человека (44%) знают, что их питание организовано не правильно, но не пытаются даже изменить свое поведение.

Основными причинами считают отсутствие комнат для приема пищи и отдыха (сестринских), нет буфетов и столовых, невозможно выделить перерыв для приема пищи из-за интенсивной работы, однообразное меню в буфетах, финансовые затруднения.

Наши респонденты высказали пожелания администрации лечебных учреждений по организации питания в лечебных учреждениях:

Организовать столовую для персонала областной больницы или организовать питание по типу туберкулезного стационара (столовая готовит как для больных, так и для персонала по доступным ценам)

Выводы:

После анкетирования 50 средних медицинских работников лечебных учреждений ЕАО, мы выяснили, что наибольшие проблемы с организацией питания испытывают респонденты, работающие посменно или имеющие суточные дежурства. Медицинские сестры, работающие в поликлинике, в основном, обедают дома.

Для организации полноценного питания большая часть респондентов готовит пищу дома и приносит ее на работу. Роль буфета сводится к покупке сладостей, пирожков. Полноценно питаться продуктами, приобретенными в буфете, не удастся.

Сложность работы, психоэмоциональные нагрузки и нарушения в режиме питания приводят к развитию заболеваний. Среди опрошенных 54 % страдают различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В большинстве лечебно-профилактических учреждениях созданы минимальные условия для приема пищи среднему медицинскому персоналу. В основном работники решают свои проблемы самостоятельно. С целью улучшения ситуации возможно обращение к администрации и профсоюзным организациям с целью исправления данной ситуации. Оздоровление работников положительно скажется на их трудоспособности и качестве работы.

Организация питания военнослужащих

*Хайдутдинова Ульяна, студентка группы 22 ЛД
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»*

*Научные руководители: Гефен Лариса Ивановна,
Болдырева Татьяна Леонидовна, Лоншакова Ольга Алексеевна*

Довольствие войск - важнейшая социальная функция государства, вследствие чего в ее изучении и реализации принимают участие различные отрасли промышленности, научные коллективы, органы управления и т.п.

Известно, что солдатская еда во все времена и у всех народов изысканностью не отличалась. Мало того, бывало и так, что еда добывалась самим солдатом. Так было веками в Италии, Франции, Швеции, России. Первым стал выдавать провиант (муку и крупу) и денежный «приварок» на мясо, соль и овощи Петр I. Средняя калорийность суточного рациона Русской Армии во времена царствования императора Петра I составляла около 3100 ккал. без учета калорийности пива (Прил.№1).

Если есть продукты – нужен человек для того, чтобы готовил на всех и не отвлекал от исполнения воинского долга. Появились солдатские повара. В русской армии нормы пищевого довольствия превосходили германские или французские.

Спустя десятилетия, с сентября 1941 года советский солдат получал такой дневной паек: хлеб — 900 г, крупа — 140 г, мясо — 150, рыба — 100, 500 г картофеля, 170 г капусты. Кроме того, солдатам полагались чай, сахар, морковь, свекла, лук, зелень, огурцы, перец, лавровый лист и т.п. В те времена на армии не экономили – нельзя было оставить голодными защитников Отечества.

В современной России ситуация с питанием солдат и офицеров в армии снова трансформируется.. Времена перестроечной разрухи миновали, и российская армия уже не голодает. Даже в Комитете солдатских матерей отмечают, что жалобы на голод новобранцев исчезли несколько лет назад. Пожалуй, впервые в истории русских войск, кормить солдата будут вольнонаемные гражданские компании.

После проведенной реформы, в том числе в сфере питания, российские военнослужащие получили меню, сочетающее лучшие мировые тенденции с домашними традициями. По своим качествам армейское питание в России не уступает зарубежным вооруженным силам. Кстати, из рациона солдата-срочника пропала пресловутая перловка,

с начала 2013 года ее заменили на более питательные и полезные каши, а сам военнослужащий больше не ходит в наряд по кухне. После реформы 2011 года питание солдат передано профессиональным гражданским организациям, отобранным по итогам конкурсов. Такой шаг сразу отразился на качестве блюд, которые стали вкусней и разнообразней. Последнего удалось достичь, в том числе благодаря введению элементов "шведского стола". В меню "шведского стола", как правило, входят несколько вариантов холодных и горячих закусок, холодные и горячие мясные и рыбные блюда, несколько гарниров, разнообразные супы, десерты. Окончательный перевод воинских частей на организацию питания личного состава с элементами «шведского стола» завершился 1 декабря 2013 г.

Питание военнослужащих, проходящих военную службу по призыву и приравненных к ним военнослужащих других подразделений и служб, в мирное время и в полевых условиях осуществляется по норме, утвержденной постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2007 г. № 946 "О продовольственном обеспечении военнослужащих и некоторых других категорий лиц, а также об обеспечении кормами (продуктами) штатных животных воинских частей и организаций в мирное время" с изменениями и дополнениями от: 8 декабря 2008 г., 20 августа 2009 г., 8 октября 2012 г., 15 октября 2014 г., 19 марта 2015 г. (Прил. №2).

Постановление Правительства России № 946, безусловно, отражает растущие экономические возможности нашего государства.

Основные принципы организации рационального питания военнослужащих:

- Суточный рацион по калорийности должен соответствовать энергозатратам организма.
- Пищевые вещества должны поступать в количествах, соответствующих физиологическим потребностям и в соответствующих пропорциях.
- Химический состав пищи должен соответствовать ферментным системам организма и обеспечивать максимальное усвоение пищевых ингредиентов.
- Пищевой рацион должен быть правильно распределён в течение суток.
- Питание должно быть безвредным и безопасным.

В полевых условиях, так же как и при казарменном размещении войск, питание должно быть, как правило, *трехразовым*. По приемам пищи энергетическая ценность суточного рациона распределяется следующим образом: на завтрак - 30-35%, на обед - 40-45%, на ужин - 20-30%.

При невозможности по условиям обстановки организовать трехразовое питание с разрешения командира части личный состав обеспечивается горячей пищей не реже *двух* раз в сутки (в завтрак и ужин) с выдачей за счет суточной нормы довольствия *промежуточного* питания. Для промежуточного питания военнослужащим на руки выдаются хлеб, мясные, мясорастительные консервы и сахар. Могут выдаваться и другие нескоропортящиеся, готовые к употреблению продукты (сало-шпиг, полукопченая колбаса). В этом случае энергетическая ценность суточного рациона по приемам пищи распределяется следующим образом: на завтрак - 40%, на ужин - 35%, промежуточное питание - 25%. На каждый прием пищи и для заполнения фляг готовится кипяток.

При разработке режима питания и составления раскладки продуктов необходимо соблюдать следующие основные принципы:

- промежутки между приемами пищи не должны превышать 7 ч;
- мясо, рыбу, бобовые и другие продукты, богатые белками, следует распределять на все приемы пищи, при этом целесообразно чередовать приготовление мясных и рыбных блюд на завтрак и ужин;
- ежедневно на обед планируется приготовление холодных закусок;
- в весенне-летний период шире практиковать приготовление блюд из квашеных и соленых овощей, не подвергая их термической обработке;

- замену одних продуктов другими проводить с учетом их биологической и пищевой ценности, обращая особое внимание на обоснованность замены свежих продуктов консервированными и концентрированными, овощей - крупой и т.п.

Запрещается:

- повторять одни и те же блюда более 2-3 раз в неделю, а блюда из одинаковых продуктов - в течение дня;
- использовать соленую сельдь для приготовления отдельного рыбного блюда;
- готовить котлеты и другие изделия из фарша в теплый период года, а макароны по-флотски - в течение всего года;
- использовать сырое и пастеризованное фляжное молоко в натуральном виде без предварительного кипячения;
- использовать простоквашу-самоквас в качестве напитка или для приготовления из него творога.

По существу, впервые в истории Вооруженных Сил нормы продовольственных пайков приведены в соответствие с требованиями физиологических нормативов и отвечают концепции сбалансированного и рационального питания. По сравнению с ранее действующими нормами в них предусматривается достаточно выраженное увеличение доли белка в пищевом составе за счет белков животного происхождения: мяса, масла коровьего, рыбы, колбас, сыра сычужного твердого, куриных яиц.

Важное физиологическое значение в питании военнослужащих отводится полиненасыщенным жирным кислотам, которые входят в состав клеточных мембран и структурных элементов тканей, обеспечивают нормальный рост, эластичность сосудов и обмен веществ. Увеличена доля соков, что восполняет дефицит организма в минеральных веществах и фруктозе. Доведение норм соков в общевойсковом и морском пайках до 100 миллилитров обеспечивает их выдачу ежедневно в качестве 3-го блюда или по 200 миллилитров через день.

За счет уменьшения выдачи хлеба из смеси муки ржаной и пшеничной 1-го сорта на 50 г в нормы общевойскового и морского пайков теперь вводится мука пшеничная 1-го сорта - 50 г и дрожжи - 0,5 г для организации выпечки мелкоштучных хлебобулочных изделий. При этом в пайках снижается доля углеводов, что соответствует физиологическим нормативам.

Появился теперь на столах военнослужащих и натуральный растворимый кофе за счет некоторого уменьшения нормы чая, что позволяет расширить ассортимент третьих блюд (в том числе для приготовления кофе с молоком), ускорить процесс приготовления и раздачи кофе воинскому коллективу большой численности, одновременно питающемуся в столовой воинской части. Кофе, как известно, обладает тонизирующими свойствами и улучшает состояние организма.

Кроме того, важно отметить включение в лечебный паек специализированных продуктов питания, а также предусмотренные дополнительной выдачи биологически ценных пищевых продуктов (мяса, рыбы, масла коровьего и т.д.) для определенных контингентов военнослужащих, в том числе имеющих признаки недостаточного или пониженного питания с дефицитом массы тела, а также ростом свыше 190 см.

Таким образом, по энергетической ценности (калорийности) и пищевой ценности, включая содержание белков, жиров, углеводов, минеральных веществ, микроэлементов, пищевых волокон и витаминов, принятые нормы продовольственных пайков претерпели существенные изменения и стали соответствовать современным требованиям оптимального питания населения Российской Федерации.

Энергетическая ценность общевойскового пайка составляет 4.374 кКал, что на 185 кКал больше предшествующей нормы. В большинстве армий мира суточный рацион солдата составляет не более 3700 ккал. Примечательно и то, что калорийность достигнута за счет оптимального соотношения между белками, жирами и углеводами.

Известно, что наибольшее значение в питании человека имеют белки, являющиеся основой жизнедеятельности любого организма. Учитывая это, в норме общевойскового пайка на 15 г увеличена белковая составляющая, из которых 13 г составляют белки животного происхождения.

Доля энергетической ценности белков в норме общевойскового пайка равна 580 кКал, что составляет 13,3% при оптимальной суточной энергетической потребности организма человека в белке 11-14%.

Жиры, также как и белки, относятся к основным пищевым веществам, которые организм человека использует как энергетический материал. Доля их энергетической ценности в норме общевойскового пайка теперь равна 1.269 кКал, что составляет 29% при оптимальной суточной энергетической потребности организма человека в жирах 28—35% от энергетической ценности.

Энергия углеводов расходуется в процессе мышечной деятельности и для поддержания жизнедеятельности внутренних органов и всех функций организма. Их энергетическая ценность в новом пайке теперь составляет 2.532 кКал, за счет которых покрывается 57,9% затраченной энергии при оптимальной суточной энергетической потребности 50—60%.

Таким образом, пищевая ценность и калорийность нового общевойскового пайка достаточно высокого уровня для поддержания физической и психоэмоциональной нагрузки, свойственных армейскому образу жизни.

Следует констатировать, что система питания в российской армии всё ещё находится в режиме подхода к оптимальным вариантам. Очевидно, что лишние калории, а потому и лишний вес солдата – совершенно ни к чему. Если сравнивать рационы по числу калорий с другими армиями мира, то российский, действительно, в лидерах. К примеру, в США и Германии, где интенсивность армейской подготовки солдат не ниже российской, решили несколько сократить энергетическую ценность рациона, подведя её к верхней планке в 3800-3900 ккал.

Отметим, что в ежедневный рацион военнослужащего входят:

250 г мяса,
150 мл молока,
10 г сычужного твердого сыра,
1 яйцо,
сливочное и растительное масло вместо "животных жиров" (сало и тушеночный жир),
растворимый кофе,
750 г хлеба,
600 г картофеля и 300 г овощей,
120 г рыбы,
120 г круп,
40 г макаронных изделий,
30 г сливочного и 20 г растительного масла,
100 граммов сока.

Тем, кто проходит службу на Крайнем Севере, положено еще и дополнительное питание:

+ 50 граммов рыбных консервов,
+ 50 граммов мяса,
+ 40 граммов печени,
+ 50 граммов сгущенки.

Разнообразие пищи обеспечивается специями, томатной пастой (6 г), киселем или сухофруктами (20 г).

По заключению Главного управления научно-исследовательского института питания Российской академии медицинских наук, эти нормы соответствуют принципам

сбалансированного питания, что позволяет улучшить качество жизни и боевой учебы военнослужащих и существенно снизить риск развития различного рода заболеваний.

Цель исследования: проанализировать характер питания и удовлетворенность питанием солдат срочной службы.

Задачи:

1. Изучить особенности организации и характера питания солдат срочной службы.
2. Выявить удовлетворительность питания военнослужащих.
3. Наметить рекомендации по улучшению питания военнослужащих в воинской части.

Объект: организация питания военнослужащих.

Предмет обследования: организация питания военнослужащих на примере воинской части «N», расположенной в ЕАО.

Гипотеза: солдаты срочной службы воинской части «N» удовлетворены организацией и характером питания.

Материалы и методы.

Исследование проведено методом анонимного анкетирования солдат – срочной службы воинской части «N» ЕАО.

В работе приняли участие студенты 22 ЛД группы.

Было проанализировано 40 респондентов.

В структуру оригинально разработанных анкет для военнослужащих (Прил. №3) было включено 37 вопросов, основными из которых являются:

- общие сведения
- срок службы
- организация питания
- характеристика ассортимента питания
- пищевые предпочтения
- рекомендации военнослужащих по организации питания в части.

Результаты и обсуждения:

Проведено анкетирование у 40 респондентов – солдат срочной службы одной из военных частей Еврейской автономной области.

Возраст респондентов колебался от 18 до 20 лет и более.

В процессе работы был рассчитан индекс массы тела: у 2-х респондентов был выявлен дефицит массы тела (5%), избыточный вес у 14 военнослужащих (35%). Индекс массы тела рассчитывался, исходя из нормативов, утвержденных в Вооруженных силах РФ. Нормальными показателями ИМТ считаются 19,5-22,9.

8 военнослужащих из 14, что составило 57,1%, имеющих повышенный ИМТ, отметили, что во время службы похудели; у двоих из 14 (14,3%) вес не изменился, и 4 человека поправились (28,6%).

В целом среди всех 40 респондентов 50% поправились, 35% (14 человек) похудели, и у 15% (6 человек) вес не изменился.

Среди военнослужащих с избыточным весом только 2 человека (14,3%) оценили свою физическую нагрузку в армии, как большую, остальные – как умеренную. Респонденты в целом также оценили физическую нагрузку как умеренную 60% (24 человека); как недостаточную 35% (14 человек) и как большую – двое (5%).

До прохождения службы принимали пищу 2 раза в день – 4 человека (10%), 3-4 раза в день – 10 человек (25%); 5-6 раз в день – 10 человек (25%); более 6 раз в день – 16 человек (40%).

До службы в армии боли в области желудка, изжогу после еды испытывали 4 человека (10%), которые питались 2 раза в день, то есть с большим перерывом между приемами пищи. Подобные симптомы в настоящее время имеются у 8 военнослужащих (20%), причем у 4-х

симптомы наблюдались и до службы в армии, а у 4-х военнослужащих – появились в период службы (10%). Данные военнослужащие прослужили от 6 до 11 месяцев.

Шестеро из респондентов, имеющих симптомы заболевания ЖКТ, задумывались о соблюдении диеты, но не соблюдали ее.

Свой аппетит как «нормальный», «хороший» и «отличный» оценили подавляющее большинство анкетированных.

В питании у 8 респондентов (20%) в период службы появились новые продукты: такие как камбала, свинина, перловка, гороховая каша.

Самыми любимыми блюдами в столовой являются пельмени и картофель по 20% (8 человек), сливочное масло у 6 человек (15%), молочная каша у 4 человек (10%) и гречка с котлетой, капуста с рыбой, бигус по 2 человека (5%). 6 человек не имеют любимых блюд в столовой (15%).

Нелюбимыми блюдами являются: рис у 7 человек (17,5%), перловка – 7 человек (17,5%), капуста у 8 человек (20%), рыба, сало, свинина, бигус, супы по 2 человека (по 5%). Один респондент отметил, что не любит «все, потому что надоело и поэтому невкусно». У 6 респондентов нет нелюбимых блюд (15%).

Соблюдение принципов рационального питания считают удовлетворительным большинство респондентов.

Качество работы столовой по 5-ти балльной системе большинство отметили как удовлетворительное и хорошее.

В оценку качества работы столовой входили показатели: общая атмосфера, отношение сотрудников, чистота, интерьер и сервировка стола; внешний вид, вкус, запах и кулинарная обработка блюд; размер порций.

Большинство военнослужащих недолго стоят в очереди при раздаче блюд, преимущественно от 2 до 5 минут. Психологическую обстановку, в основном, респонденты оценили, как комфортную. Время для приема пищи большинству респондентов достаточно – 85% (34 человека). В столовой отмечают недостаток мыла, салфеток – 18 человек (45%); наличие жирных ложек – 24 человека (60%).

Военнослужащие испытывают чувство голода в любое время суток – 12 человек (30%); ночью – 8 человек (20%); вечером – 10 человек (25%); днем – 6 человек из 40 (15%); не испытывают чувство голода – 4 человека (10%). При этом у 85% нет возможности перекусить, когда они этого хотят. Доступность воды выше, нет возможности попить, когда хочешь, только у 8 человек (20%).

По результатам анкетирования, обязательным для хорошего самочувствия военнослужащие считают употребление молока, сока, мяса, кефира и йогурта, хлеба и булочек, фруктов, сыра, картофеля, колбасы.

Вкусным приготовление пищи в столовой считают 4 человека (10% респондентов), такое же количество респондентов считают пищу невкусной.

80% (32 человека) отмечают, что бывает по-разному: иногда вкусно, иногда – нет.

За время службы в армии 20% (8 человек) привыкли к режиму питания; двое стали «всеядными» (5%) и у 30 (75%) не изменилось ничего.

На вопрос «Что изменилось в твоём питании в худшую сторону?» четверо (10%) отметили «все»; «вкус пищи, однообразие, стал маленький выбор блюд» – по 2 человека (по 5%).

У 30 респондентов, что составило 75 %, в питании в худшую сторону не изменилось ничего.

Большинство респондентов покупает продукты в буфете – 60% (24 человека), а также в магазине – 32 человека (80%). Чаще военнослужащие покупают сок-воду; конфеты, шоколад и другие сладости; чай-кофе; выпечку; редко покупают фрукты, чипсы, сухарики, орешки, майонез. Никто не покупает хлеб, мясные и рыбные консервы, колбасу, сосиски.

Несмотря на то, что в процессе реформы Вооруженных сил с 2013 года в воинских частях в обязательном порядке должен быть организован «шведский стол» и рекомендована

организация чайных комнат, только 55% (22 человека) отметили их в части. Видимо, выбор блюд небольшой, поэтому не все военнослужащие отметили его наличие или они не знают, что подразумевается под термином «шведский стол».

Наши респонденты отмечают, что хотели бы есть хоть каждый день картошку, мясо – по 8 человек из 40; булочки и фрукты по 6 человек; сок – 4 человека; «то, что дают», сладкое, рыбу, курицу, манную кашу, молоко, яйца, «хоть что-нибудь», «еду».

Организаторам армейского питания респонденты желают увеличить в рационе питания военнослужащих фруктов, мясных блюд, мучного, овощей; сделать питание разнообразнее, не пересаливать пищу, вкуснее готовить; увеличить порции. Кроме того, есть пожелания чище мыть посуду и столы, красиво оформлять блюда, быть вежливее.

Заключения и выводы

В процессе исследовательской работы мы изучили исторические сведения о характере питания военнослужащих в России, нормативные документы по питанию военнослужащих в настоящее время, процессы реформирования в Вооруженных силах.

Проанализировав анкеты, мы выявили, что большинство солдат срочной службы имеют нормальный индекс массы тела, считают свою физическую нагрузку умеренной. Большинство респондентов отметили, что до службы в армии они питались нерегулярно с различной кратностью приема пищи от 2 раз до 8. В настоящее время все привыкли к режиму питания. У 20% респондентов появились в питании новые продукты. Большая часть анкетированных считает питание рациональным и организацию питания удовлетворительной. Но вместе с тем 90% военнослужащих испытывают чувство голода в разное время суток и не имеют возможности принять пищу дополнительно.

Большинство респондентов отмечают, что пища бывает однообразной и не всегда вкусной, с небольшим выбором блюд.

Многие военнослужащие преимущественно покупают в магазине и буфете сладости и сок.

Рекомендованная в процессе реформы организация шведского стола реализуется.

Военнослужащие выразили пожелания к организаторам армейского питания по расширению ассортимента блюд, увеличению порций, улучшению вкусовых качеств, эстетическому оформлению блюд, соблюдению санитарно-гигиенических норм в столовой. Важным и значимым для них является доброжелательное отношение персонала столовой.

Таким образом, поставленные задачи решены, цель достигнута.

Гипотеза «Солдаты срочной службы воинской части «N» удовлетворены организацией и характером питания» подтверждена.

Организация питания является важной составляющей боеспособности вооруженных сил, поэтому ей уделяется большое внимание на государственном уровне. Полноценное, сбалансированное питание в зависимости от поставленных задач в условиях повседневной службы, при постоянной готовности в полевых, боевых условиях является важным аспектом реформирования в Вооруженных силах.

Приложение 1

Чин	Порционов	Рационов
Генерал-фельдмаршал	200	200
Генерал-кригс-комисар*	180	100
Генерал фельдмаршал-лейтенант**	150	100
Генерал фельдцейгмейстер, Генерал от инфантерии, Генерал от кавалерии	100	80
Генерал-лейтенант	70	50
Генерал-майор	60	40
Бригадир	55	30
Оберштер-кригс-комисар	50	36
Генерал-квартирмейстер***	50	30
Полковник кавалерии (очевидно, чины ниже, начиная с этого можно полагать штаб-офицерскими)	50	22
Полковник пехоты	50	17
Генерал-аудитор***, Фельд-кригс-цалмейстер, Обер-комисар	26	18
Генерал-квартирмейстер-лейтенант***	26	17
Генерал-адъютант***, Генералс-адъютант***, Флигель-адъютант по их рангам против кавалерии, Вышний полевой священник, Обер-инженер	26	16
Генерал-аудитор-лейтенант	25	17
Подполковник кавалерии	25	15
Подполковник пехоты	25	11
Генерал-штаб-квартирмейстер***	24	16
Полевой почтмейстер с принадлежащими ему людьми	21	12
Генерал-вагенмейстер***	20	14
Примизэр-майор кавалерии	19	15
Примизэр-майор пехоты	19	11
Секунд-майор кавалерии	17	12
Секунд-майор пехоты	17	8
Фельд-медикус	16	10
Секретарь комисариата, секретарь генерал-фельдмаршала	16	5
Капитан драгунский (пожалуй, начиная с этого чина и ниже относятся к обер-офицерским чинам)	15	7
Капитан пехоты	15	5
Секретарь генерал-фельдмаршал-лейтенанта	14	4
Генерал-фискал***	13	8
Обер-квартирмейстер, обер-аудитор	12	8
Секретарь генеральский	12	3
Генерал-профос***	10	16
Капитан над вожами****, Генерал-гевалдигер***	10	8
Полевой аптекарь	10	6
Порутчик драгунский	9	6
Порутчик пехотный	9	4
Подпорутчик драгунский	7	5
Подпорутчик пехотный	7	3
Штаб-фуриер, Полевой куриер	6	2
Обер-фискал	5	6
Полковой квартирмейстер	5	5
Прапорщик драгунский	5	4
Прапорщик пехотный	5	3
Штаб-лекарь (очевидно чины, начиная с этого и ниже относятся к унтер-офицерским чинам)	4	4
В кавалерии- Полковой комисар, полковой адъютант	4	4
Полковой аудитор, Полковой поп, Полковой лекарь, Вахмистр драгунский	3	3
Писарь генерал-фельдмаршальский	3	2
Сержант пехотный*****	3	-
В кавалерии - Полковой обозный, Полковой провиантмейстер, Полковой фискал	2	3
В пехоте - Полковой обозный, Полковой фискал, Полковой профос, Полковой провиантмейстер	2	2
Полковой писарь, Аптекарский гезель	2	2
Фуриер драгунский	2	2
В кавалерии - Ротный писарь, ротный фельдшер	2	1

Писарь генеральский и бригадирский	2	1
В пехоте - Подпрапорщик, Каптенармус, Фуриер, Корпорал, Ротный писарь, Ротный фельдшер	2	-
В кавалерии - Ротный кузнец, ротный седельник (<i>очевидно чины, начиная с этого и ниже относятся к солдатам</i>)	1	1
Пфейфер, Флейщик, гобоист, солдат*****	1	

*То, что генерал-кригс-комиссар занимает вторую строчку в таблице не означает, что генерал обязательно должен получить сей чин до того, как получит чин генерал-фельдмаршала. Просто этим обозначена значимость его чина в армии.

** Довольно странный для современного читателя чин. А по сути дела все просто, если знать, что слово "лейтенант" в переводе с французского означает "помощник".

***Пусть читателя не смущает слово "генерал" в наименованиях чинов явно не генеральского уровня. В те времена оно также часто употреблялось в значении "главный".

**** Капитан над вожами это чин, означающие сегодня примерно должность начальника топографической службы.

***** Вероятнее всего пехотный сержант равен драгунскому вахмистру, но поскольку он не имеет лошади, то и рацион ему не положен.

***** Очевидно солдат пехоты получал лишь порцион, а солдат кавалерии наварняка для своей лошади и рацион.

Чины артиллерии получали порцион и рацион одинаковый с кавалерией.

И порцион и рацион для всех категорий военнослужащих были совершенно одинаковы. Разница в уровне питания заключалась в том, сколько порционов и рационов получал военнослужащий.

Один суточный порцион состоял из следующих продуктов:

*Хлеб - 2 фунта (819 грамм);

*Мясо -1 фунт (409,5 грамм);

*Вино (водка) - 2 чарки (246 миллилитров, а проще говоря, четвертинка водки);

*Пиво - 1 гарнец (3.27 литра).

Кроме того, на один порцион на месяц (28 дней) выдавалось:

*Различных круп -1.5 гарнца (4.905 литра, а весом, считая по гречневой крупе 6.13 кг.);

*Соль - 2 фунта (819 грамм).

Переведем все это в более привычные нам суточные нормы питания в привычных нам единицах измерения.

№№ п/п	Наименование продукта	Количество на сутки
1.	Хлеб	820 гр.
2.	Мясо	410 гр.
3.	Крупа разная	219гр.
4.	Соль	29 гр.
5.	Уксус	не лимитируется
6	Вино (водка)	0.246 литра
7	Пиво	3.27 литра

Приложение 2
Норма N 1
(общевоисковой паек)

Наименование продуктов	Количество (в граммах) на одного человека в сутки
Хлеб из смеси ржаной и пшеничной муки 1-го сорта	300
Хлеб белый из пшеничной муки 1-го сорта	350
Мука пшеничная 1-го сорта	50
Крупа разная, бобовые	120
Макаронные изделия высшего сорта	30
Мясо	250
Рыба потрошенная без головы	120
Масло растительное	30
Масло коровье	45
Молоко коровье (миллилитров)	150
Яйцо куриное (штук)	1
Сыр сычужный твердый	10
Сахар	65
Соль поваренная пищевая	20
Чай	1
Кофе натуральный растворимый	1,5
Лавровый лист	0,2
Перец	0,3
Горчичный порошок	0,5
Дрожжи хлебопекарные прессованные	0,5
Уксус	2
Томатная паста	6
Картофель и овощи свежие - всего	900
в том числе:	
картофель	600
капуста	120
свекла	30
морковь	40
лук	50
огурцы, помидоры, тыква, кабачки	60
Соки плодовые и ягодные (миллилитров)	100
Фрукты сушеные (изюм, курага, чернослив)	10
Поливитаминовый препарат (драже)*	1

Приложение 3

Анкета по питанию

1. Ваш возраст:
 - а) 18 лет
 - б) 19 лет
 - в) 20 лет и больше
2. Ваш рост:
3. Ваш вес:
4. Сколько месяцев вы служите в армии?
5. Охарактеризуйте физическую нагрузку в настоящее время
 - а) недостаточная
 - б) умеренная
 - в) большая
 - г) чрезмерная
6. Изменился ли ваш вес во время воинской службы?
 - а) не изменился
 - б) поправился
 - в) похудел
7. Были ли до службы в армии жалобы на боли в верхней половине живота, изжога после еды?
 - а) да
 - б) нет
8. Бывают ли подобные симптомы у тебя сейчас?
 - а) да
 - б) нет
9. Задумывались ли вы когда-нибудь о том, чтобы соблюдать диету?
 - а) да
 - б) нет
10. Если ты ответил «да», то укажи причину?
11. Сколько раз в день вы принимали пищу до службы в армии?
12. Как вы думаете, каков у вас аппетит?
13. Напишите свое самое любимое блюдо в столовой
14. А теперь – самое нелюбимое блюдо в столовой
15. Появились ли в вашем питании в армии новые продукты, которые вы раньше не пробовали?

16. Если в предыдущем вопросе вы ответили «да», напишите, пожалуйста, какие именно?

17. Поставьте оценку по пятибалльной системе соблюдения принципов организации рационального питания в части (1 балл – очень плохо ... 5 баллов – отлично)

	1	2	3	4	5
Сбалансированность рациона					
Режим питания					
Разнообразие блюд в меню					
Учет индивидуальных особенностей солдат					

18. Оцените по пятибалльной системе качество работы столовой (1 балл – очень плохо ... 5 баллов – отлично)

	1	2	3	4	5
Общая атмосфера					
Сотрудники					
Интерьер					
Чистота					
Сервировка стола					
Внешний вид блюд					
Вкус и запах блюд					
Кулинарная обработка пищи					
Размер порции					

19. Укажите, как долго вы стоите в очереди при раздаче блюд?

20. Случалось ли, что вам доставались грязные приборы или посуда?

21. Бывают ли за столом ссоры, конфликты, выяснение отношений между военнослужащими?

- а) да
- б) нет

22. Происходят ли во время еды воспитательные беседы?

- а) да
- б) нет

23. Были ли проблемы с отсутствием салфеток, бумажных полотенец или мыла в столовой?

- а) да
- б) нет

24. Достаточно ли вам времени для приема пищи?

- а) да
- б) нет

25. Всегда ли вы можете попить воды, когда этого хочешь?

- а) да
- б) нет

26. Всегда ли вы можете перекусить, когда хочешь?

- а) да
- б) нет

27. В какое время суток вам сильнее всего хочется есть?

28. Какие продукты являются обязательными для вашего хорошего самочувствия?

- а) каши
- б) хлеб и булочки
- в) макароны и спагетти
- г) картофель
- д) овощи
- е) фрукты
- ж) молоко
- з) кефир или йогурт
- и) сыр
- к) яйца
- л) рыба
- м) мясо
- н) колбаса
- о) сок
- п) кондитерские изделия
- р) затрудняюсь ответить
- с) другое:

29. Напишите, что изменилось в вашем питании во время службы в лучшую сторону?

30. Напишите, что изменилось в вашем питании во время службы в худшую сторону?

31. Вкусно ли готовят в вашей столовой?

- а) еда вкусная и хорошего качества
- б) кормят невкусно и плохо приготовленной пищей
- в) бывает по-разному: иногда вкусно, иногда нет

32. Часто ли покупаете продукты в буфете?

- а) да
- б) нет

33. Есть ли возможность покупать продукты в магазине?

- а) да
- б) нет

34. Что ты чаще покупаешь в буфете/магазине?

- а) сок/вода
- б) выпечка
- в) конфеты, шоколад и другие сладости
- г) чипсы, сухарики, орешки
- д) рыбные/мясные консервы
- е) хлеб
- ж) колбаса, сосиски
- з) масло, майонез

- и) молоко, ряженка, кефир
- к) сыр
- л) чай, кофе
- м) фрукты
- н) другое:

35. Организован ли у вас в части «шведский» стол с возможностью выбора блюд?

- а) да
- б) нет

36. Что вы хотели бы есть хоть каждый день?

37. Отметьте свои пожелания к организаторам питания:

- а) чище мыть посуду и столы
- б) меньше мучного
- в) больше мучного
- г) больше овощей
- д) больше фруктов
- е) больше мясных блюд
- ж) больше рыбных блюд
- з) сделать питание разнообразнее
- и) улучшить качество супов
- к) не пересаливать
- л) вкуснее готовить
- м) красиво оформлять блюда
- н) побольше порции
- о) быть с нами вежливее
- п) затрудняюсь ответить
- р) другое: