

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

**Материалы Студенческой научно-исследовательской
конференции**

**«Роль среднего медработника
в диагностике, лечении и профилактике
различных заболеваний»**

30 мая 2019 г.

г. Биробиджан

Материалы Студенческой научно - исследовательской конференции «Роль среднего медработника в диагностике, лечении и профилактике различных заболеваний» ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж», 2019.- 138 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 «Роль среднего медработника в диагностике, лечении и профилактике различных заболеваний», проведенной 30 мая 2019 года в ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

ДОНОРСТВО: ЗА И ПРОТИВ.....	Стр. 5
<i>Колдина Ольга Валерьевна, студентка 20 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Вторушина Лариса Борисовна</i>	
ПИТАНИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	15
<i>Варчук Алина Юрьевна, студентка 13 ЛД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Солдатенко Ирина Валентиновна</i>	
РОЛЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	20
<i>Языкова Дарья Александровна, студентка 30 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Духовникова Евгения Андреевна</i>	
ПРОБЛЕМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ.....	37
<i>Анисимов Руслан Сергеевич, студент 21 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Гольцова Наталья Владимировна</i>	
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В НАБЛЮДЕНИИ ЗА ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ.....	42
<i>Гареева Ольга Айратовна, Иващенко Василина Германовна – студентки 30 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Верецагина Олеся Николаевна, Чурикова Светлана Владимировна, Курганова Александра Борисовна – студентки 41 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Усынина Агата, Кондакова Елизавета, Мартынова Екатерина, Солдаткина Юлия – студентки 31 СД группы КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» Научные руководители: Березань Елена Вильевна (ОГПОБУ БМК), Андреева Нина Викторовна (КГБПОУ ХГМК)</i>	
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ.....	60
<i>Музыка Кира Владимировна, Сывульская Надежда Андреевна - студентки 42 ЛД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Калинина Ольга Владимировна</i>	
ОБРАЩЕНИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ В ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ СТАЦИОНАРНОГО ТИПА.....	74
<i>Нестерчук Марина Сергеевна, студентка 12 ЛД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Клейман Наталья Викторовна</i>	

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА).....	82
<i>Сучкова Ольга Александровна, студентка 42 ЛД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Андреев Андрей Пантелеевич</i>	
ПРОЛЕЖНИ. ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ В ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ СТАЦИОНАРНОГО ТИПА.....	99
<i>Гайнутдинов Данила Александрович, студент 23 ЛД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель: Кучумова Людмила Юрьевна</i>	
ПРАВОВАЯ КУЛЬТУРА СТУДЕНТОВ ОГПОБУ «БИРОБИДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»	107
<i>Зуева Дарья Александровна, студентка 12 ЛД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель Мищенко Наталья Владимировна</i>	
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА: СОСТОЯНИЕ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ О ПРОБЛЕМЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ И СОТРУДНИКОВ ОГПОБУ «БИРОБИДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ».....	116
<i>Казакова Диана Вадимовна, Касумова Сабина Шадар Кызы - студентки 22 ЛД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научные руководители: Болдырева Татьяна Леонидовна, Гефен Лариса Ивановна, Лоншакова Ольга Алексеевна</i>	

ДОНОРСТВО: ЗА И ПРОТИВ

*Колдина Ольга Валерьевна, студентка 20 СД группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Вторушина Лариса Борисовна*

В донорской крови хоть раз в жизни нуждается каждый третий житель планеты. Ежегодно переливание крови получают 1,5 миллиона россиян. Кровь и ее компоненты нужны при тяжелых травмах, во время сложной операции или при родах.

Чаще всего сдавать кровь идут люди, в окружении которых произошла какая-то трагедия. Они становятся донорами для конкретного человека. Либо слышат о несчастье в СМИ и, чувствуя, что могут помочь, идут и действительно помогают.

После таких ситуаций, если человек не чувствует никаких неприятных ощущений от кроводачи, он принимает решение стать постоянным донором.

Несмотря на то, что мы живем в XXI веке, заменить донорскую кровь пока ничто не может. Только те люди, которые об этом думают, осознают, обычно и становятся постоянными «поставщиками» крови.

Данная учебно-исследовательская работа показывает отношение к проблеме донорства студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Цель: изучить отношение студентов медицинского колледжа к проблеме донорства и определить степень информированности студентов в данном вопросе.

Задачи:

1. Отследить историю развития донорства;
2. Рассмотреть систему донорства в России;
3. Ознакомиться с вопросом донорства в других странах;
4. Проанализировать анкеты, составленные по вопросам данной темы;
5. Сделать выводы по изученному материалу;

Гипотеза: Мы считаем, что студенты медицинского колледжа имеют недостаточно информации по вопросу донорства, но, в большинстве своем, положительно относятся к донорству.

Донорство крови и ее компонентов – это исключительно добровольная сдача крови человеком, а также различные мероприятия, которые направлены на обеспечение и организацию безопасности заготовки взятого материала.

Кровь транспортирует к органам и системам необходимые элементы, без которых они просто не смогут функционировать. Кровь – это сама жизнь.

В процессе изучения литературы, учебных пособий и интернет-источников мы рассмотрели следующие вопросы:

История переливания

Историю переливания крови в медицине условно разделяют на шесть основных этапов.

Первый этап - от глубокой древности до начала XVII века.

Второй этап - XVII - начало XX века (в 1628 году известный английский врач У. Гарвей открыл закон кровообращения).

Третий этап - исход XX века. В 1900 году венский бактериолог К. Ландштейнер, лауреат Нобелевской премии, сделал открытие о том, что кровь разных людей разделяется по признаку групповой принадлежности (система групп крови АВ0). Ландштейнер открыл три группы крови; в 1907 году Лански и в 1910 году Масс - выделили IV группу.

Четвертый этап. В 1926 году в Москве был открыт первый в мире Институт переливания крови (под руководством профессора А.А. Богданова), В 1930 году по инициативе В.Н. Шамова открывается второй институт переливания крови в г. Харькове.

В 1931 году в г. Москве была создана Станция переливания крови, на базе которой впервые в мире был разработан способ консервирования сыворотки и плазмы крови, а также метод заготовки сухой плазмы.

Пятый период. В нашей стране в период Великой Отечественной войны действующая армия получила свыше 1,7 млн. литров консервированной крови, которая была применена для 7 млн. трансфузий. Была создана многочисленная армия доноров-патриотов, достигающая 5,5 млн. человек.

Шестой период. Послевоенные годы можно назвать периодом расцвета безвозмездного донорства, с вовлечением преимущественно организованных коллективов людей. В то время было сформулировано и опубликовано "Положение по комплектованию донорских кадров", в котором подробно излагались принципы и методы пропаганды донорства среди населения. В ноябре 1955 года издано распоряжение, определяющее права и льготы доноров.

Требования к донору.

Физически донором может быть человек, которому исполнилось 18 лет и который здоров. Существуют абсолютные и относительные противопоказания. К абсолютным противопоказаниям относится ряд заболеваний (независимо от давности, излечения или не излечения) - гепатит, ВИЧ, венерические, онкологические заболевания и т. д. Относительные противопоказания временны.

До сдачи крови не допускаются люди, вес которых меньше 50 кг.

Между заборами крови и плазмы должно пройти определенное время.

Согласно Трудовому кодексу (ст. 186) донорам полагается два дня отдыха - непосредственно в день сдачи крови и еще один можно присоединить к отпуску или выходным на выбор.

Существует безвозмездное и платное донорство.

Почетным донорам, кроме того, полагается ежегодная денежная выплата. Также почетные доноры имеют право на ежегодный оплачиваемый отпуск в удобное для них время года и первоочередное приобретение по месту работы или учебы льготных путевок на санаторно-курортное лечение.

Доноры крови и ее компонентов проходят обследование перед дачей крови.

Донором может стать не любой желающий, есть ряд условий, они включают перечень перенесенных операций, имеющихся заболеваний, вес и возраст человека, и некоторые другие.

Нельзя быть донором, если наблюдаются заболевания, внесенные в закрепленный законодательно список.

Ученые выяснили, что люди, которые регулярно сдают кровь, страдают от инфарктов, ишемической болезни сердца в десятки раз реже, чем те, кто кровь не сдает.

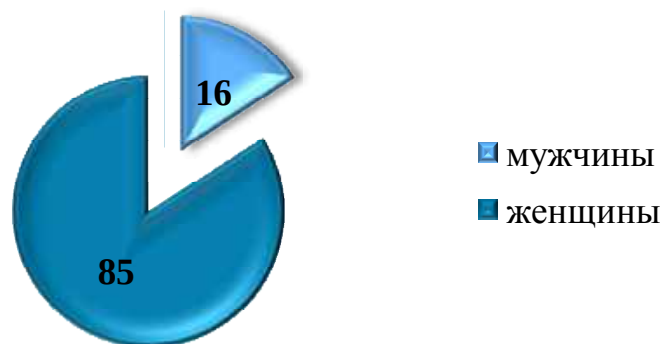
Сдача крови полезна для профилактики всех "болезней накопления" - атеросклероза, подагры, нарушений пищеварения, деятельности поджелудочной железы, печени, основного обмена.

Отношение студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» к донорству

Для того чтобы выяснить каково же отношение студентов медицинского колледжа, мы провели опрос среди студентов «Биробиджанского медицинского колледжа». Студентам предложили анкету состоящую из 11 вопросов .

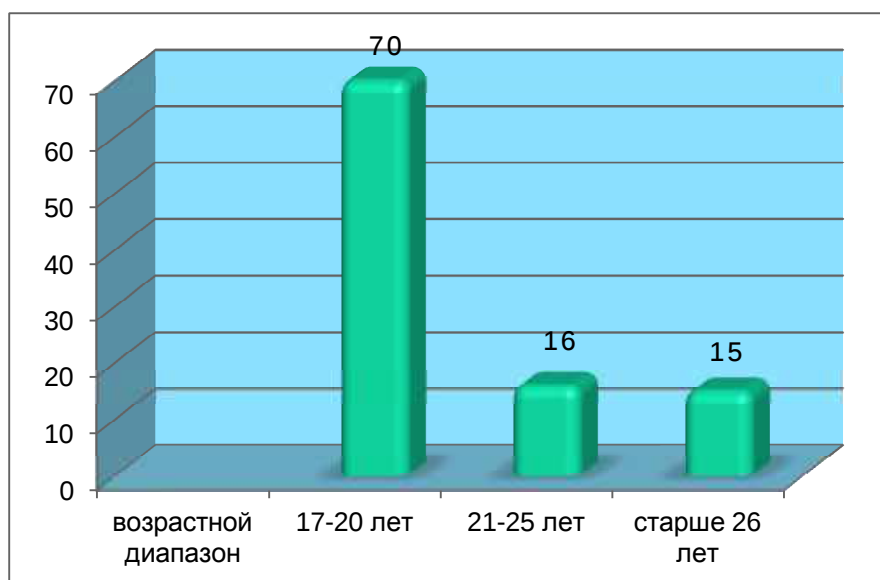
В опросе участвовали 7 групп 2-3 курсов колледжа, общее число опрошенных – 101 человек, из них: мужчины – 16, женщины – 85 человек данные отображены на диаграмме №1.

Диаграмма 1



Следует отметить, что возрастной диапазон участников, прошедших анкетирование, был достаточно широк. Данные представлены на следующей диаграмме.

Диаграмма 2



Как видно из диаграммы, основной возрастной категорией все же остаются молодые люди от 17 до 20 лет, но в колледже обучаются и лица более старшего возраста, их мнение и ответы повлияли на итоговую картину нашего исследования.

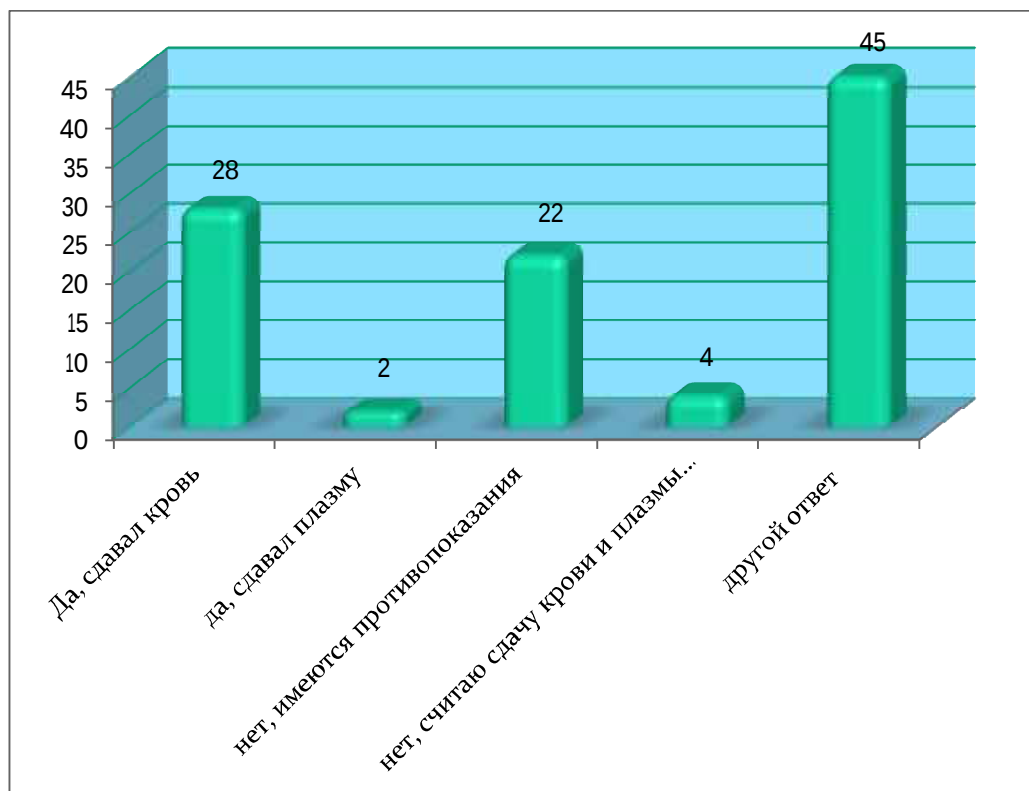
Одним из первых вопросов, на который отвечали респонденты, был вопрос об отношении самих участников к понятию донорства; считают ли они данный вид помощи полезным или же их отношение негативно. Конечно, как и в любом вопросе, мнений было много, но очень порадовал тот факт, что, в целом, отношение большинства к донорской помощи было положительным. Это наглядно видно на Диаграмме 3 «Отношение к донорству».

Диаграмма 3



Конечно, как и в любом исследовании, возникает вопрос, а как на практике обстоят дела, соотносится ли понимание пользы данного вида помощи другим людям с реальным осуществлением этого понятия? И нами был задан вопрос, логически вытекающий из предыдущего: а сами Вы были ли донором?

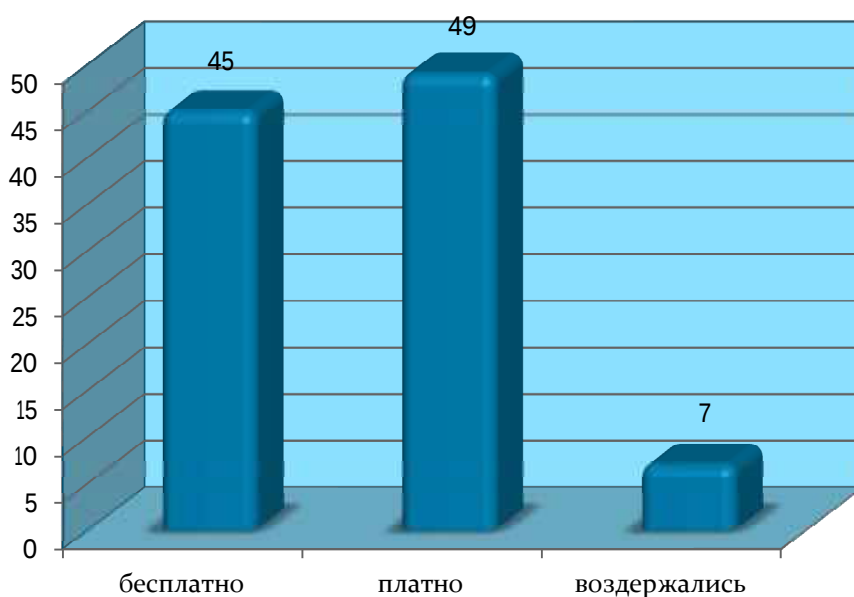
Диаграмма 4



На диаграмме видно, что только 30 участников сдавали кровь или плазму. 22 человека не были донорами по причине медицинских противопоказаний. Остальные позиции, а это 49 принимавших участие в опросе, показывают отрицательный ответ по различным причинам; колонка «другой ответ» включала различные вариации ответа «нет» - будь то просто «нет» или «не приходилось», были и ответы «не считаю нужным». Можно сделать вывод, что, не смотря на положительное отношение к самому институту донорства, на практике быть донорами хотят быть лишь половина! Возможно, этому есть объяснение, и мы попытались выяснить, какое!

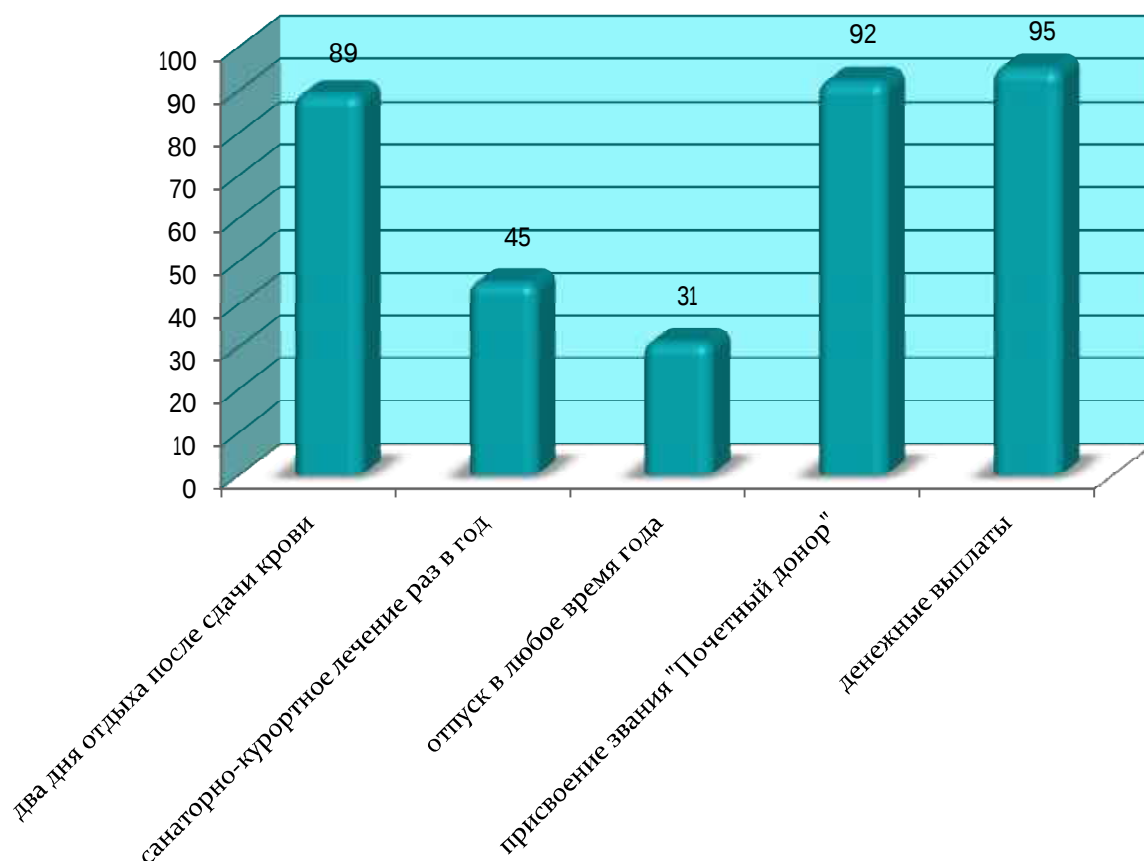
Респондентам задали вопрос, который больше связан с материальной составляющей этого процесса: как Вы считаете, донором нужно быть на безвозмездной основе или же Вы хотели бы получать за это вознаграждение? Отношение к этому вопросу отражено на диаграмме 5 «Вы считаете, что донором нужно быть...»

Диаграмма5



Далее, в следующем пункте анкетирования, нами был задан вопрос: знаете ли Вы, какие есть льготы у доноров? Респондентам была дана возможность показать уровень осведомленности в этой области и возможность для нас отследить, что же является наиболее важным для участников, что может смотивировать людей на дачу крови для помощи другим людям, а, возможно, и себе. Ответы были очень разнообразны, нами были отобраны наиболее популярные. Их мы отобразили на диаграмме 6 «Какие льготы есть у доноров?».

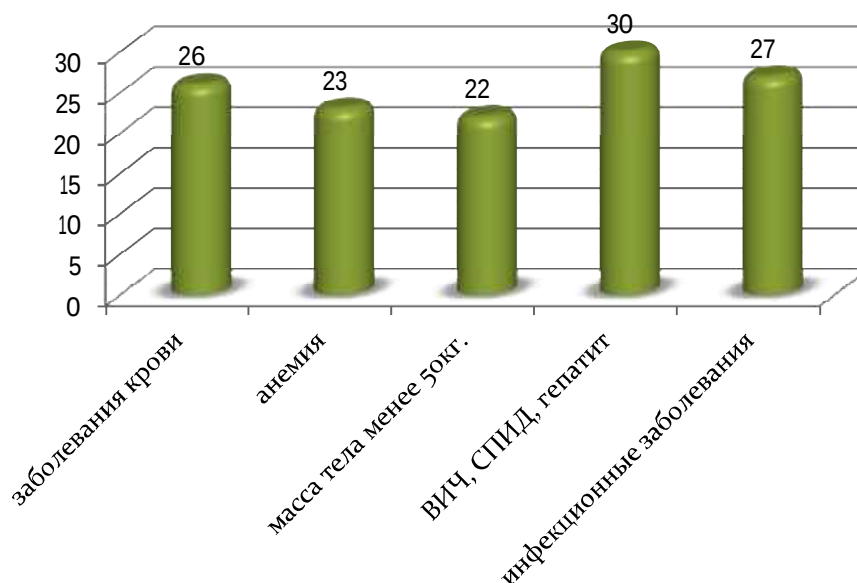
Диаграмма 6



Хочется отметить, что одним из популярных ответов был «присвоение звания «Почетный донор». Это показывает, что для многих важным является тот факт, что их помощь признают и отмечают.

Но просто одного желания пойти и сдать кровь недостаточно, ведь не каждому человеку по состоянию его здоровья можно пожертвовать свою кровь другому и не от каждого можно влить кровь – то есть, существуют определенные требования к донору, есть определенные противопоказания, которые закреплены законодательно. Вот мы и спросили наших участников, тем более они студенты медицинского колледжа, а знают ли они о противопоказаниях к донорству? Студенты давали следующие ответы: пониженное АД – 2, онкологические заболевания – 3, острая кровопотеря – 1, оперативные вмешательства – 6, вредные привычки – 6, заболевания сердца – 6, тяжелые заболевания печени – 1, туберкулез – 2, беременность – 4. Самые популярные и наиболее часто указываемые противопоказания нами были вынесены в отдельную группу и показаны на диаграмме 7 «Какие противопоказания есть к донорству?»

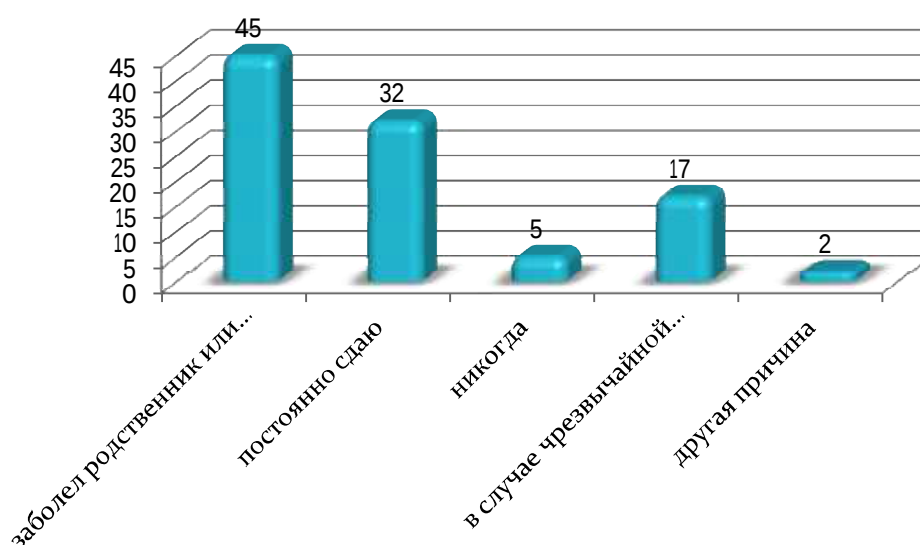
Диаграмма 7



Вот такие знания противопоказаний к донорству показали наши участники. Нельзя сказать, что это полный список, но, в целом, студенты имеют представление о специфике процесса и последствиях дачи крови всеми гражданами, без учета состояния их здоровья.

Следующее, что нам было интересно узнать, что же может сподвигнуть стать донором, дать свою кровь для спасения жизни другого человека? Мы задали вопрос «В каком случае Вы готовы сдать кровь?». Данные по этому пункту можно увидеть на диаграмме 8.

Диаграмма 8



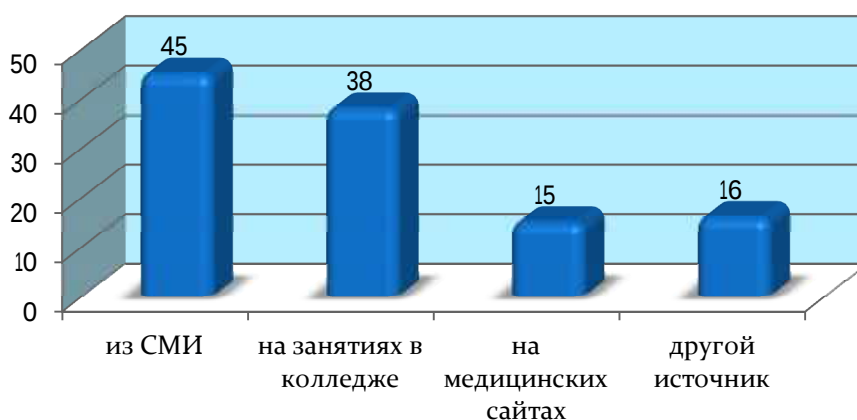
Мы можем заметить, что вариант ответа «Постоянно сдаю» несколько разнится с ответами на ранее заданный вопрос 4 «Были ли Вы донором» - там положительных ответов

было 30, тогда как в данном пункте их 32. Можно лишь предположить, что было следствием спешки и невнимательности при ответе на вопросы анкеты.

В итоге видно, что ради спасения жизни близких и нуждающихся в помощи на данный момент посторонних людей, подавляющая часть принявших участие в опросе готовы пойти на дачу крови.

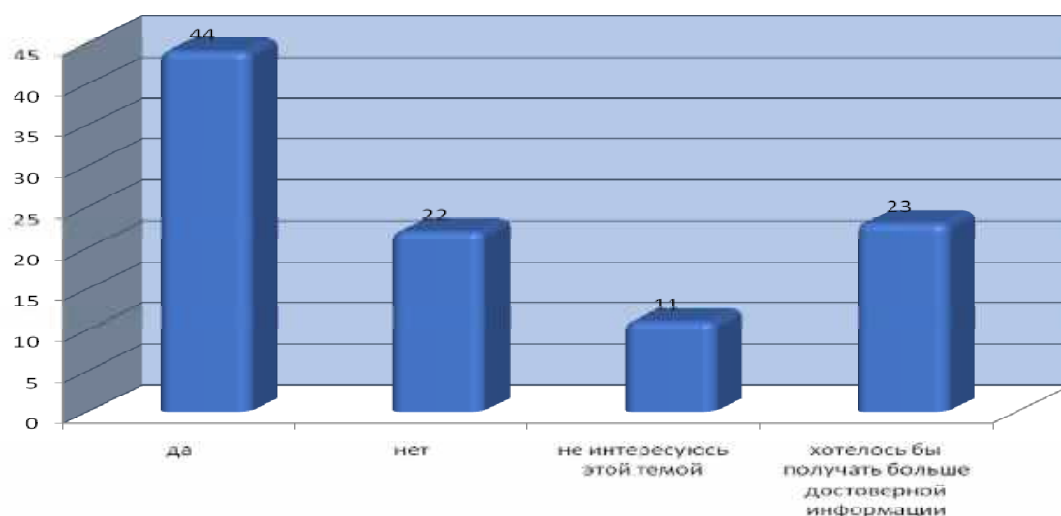
Нам было интересно, где получают информацию студенты нашего колледжа о донорстве и всех вопросах, связанных с данной темой? По этому пункту мы имели следующие результаты. Диаграмма 9 «Вы получаете информацию о донорстве...»

Диаграмма 9



«Достаточно ли информации о донорстве Вы имеете?» было десятым вопросом нашего опросника.

Диаграмма 10

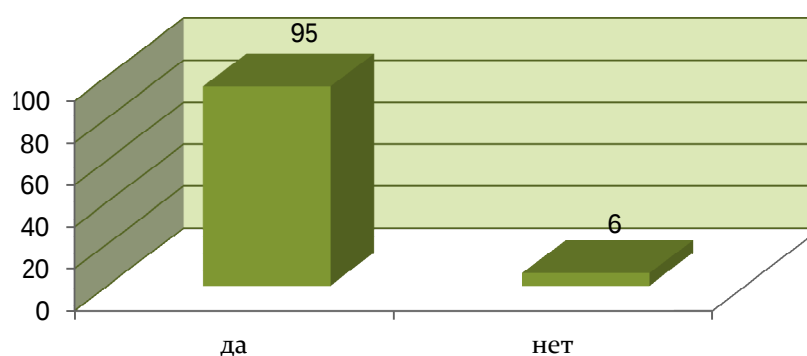


Судя по диаграмме, у реципиентов есть желание узнать больше, многие признают, что имеющейся у них информации недостаточно. Возможно, это призыв к действию и нам

следует расширить кругозор по этой теме не только студентов медицинских заведений, но и всех слоев населения.

И завершил наш опросный лист вопрос о местонахождении в нашем населенном пункте Станции переливания крови. Практически все респонденты осведомлены и точно знают, где она находится. Всего 6 человек ответили, что они не знают, где находится Станция переливания крови.

Диаграмма 11



В начале нашей исследовательской работы была выдвинута гипотеза: Мы считаем, что студенты медицинского колледжа имеют недостаточно информации по вопросу донорства, но, в большинстве своем, положительно относятся к донорству.

После анализа изученного материала и обработки данных проведенного опроса, можно заявить, что гипотеза доказана. С целью повышения информированности наших студентов составлен план лекций, согласованы посещения станции переливания крови и работа с волонтерами.

Список источников:

1. Приказ №265N от 26 апреля 2013 года «О случаях возможности замены бесплатного питания доноров крови и ее компонентов денежной компенсацией и порядка установления ее размера» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://lawer.jofo.me/826518.html> <https://meduniver.com/Medical/Xirurgia/272.html>
2. Барыкина Н. В., Зарянская В. Г. Сестринское дело в хирургии. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2012. – С.78-92
3. Баурова Л. В., Демидова Е. Р. Теория и практика сестринского дела в хирургии: учебное пособие. Спб.: Издательство «Лань», 2016. – С. 53-73
4. Дмитриева З. В., Теплова А. И. Сестринский уход в хирургии: учебник. Спб.: СпецЛит, 2016. – С. 75-83

ПИТАНИЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

*Варчук Алина Юрьевна, студентка 13 ЛД группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Солдатенко Ирина Валентиновна*

Цель исследовательской работы:

Изучить принципы лечебного питания при сахарном диабете.

Задачи исследовательской работы:

- подобрать и изучить литературу, интернет ресурсы по теме исследования;
- обосновать актуальность темы, поставить цель и определить задачи, объект, предмет, выдвинуть гипотезу;
- исследовать организацию питания больных сахарным диабетом в ОГБУЗ «Областная больница»;
- сделать вывод о достижении цели и заключение по материалам работы.
- Объект исследования: диетическое питание при сахарном диабете
- Предмет исследования: организация питания больных сахарным диабетом в ОГБУЗ « Областная больница»
- Гипотеза: в ОГБУЗ «Областная больница» больные сахарным диабетом соблюдают, назначенную врачом диету.

Согласно данным статистики, с каждым годом количество больных сахарным диабетом стремительно растет. Каждые 10 лет их количество увеличивается практически в 2 раза. Уже сейчас этот диагноз имеют 406 млн. человек, к 2030 году цифра возрастет до 511 миллионов. Количество зарегистрированных больных в РФ – более 4.3 млн. человек. Это 2,8% всего населения страны. Однако, реальная цифра гораздо больше, примерно, 10 – 12 млн. человек.

Сахарный диабет является заболеванием, при котором огромное значение имеет питание.

При легкой форме диабета с помощью одной лишь коррекции питания можно нормализовать состояние пациента.

При средней и тяжелой степени, без диетического питания лечение вообще невозможно.

- Заболевания ССС: (Атеросклероз сосудов, ИБС, инфаркт миокарда)
- Диабетическая ретинопатия (снижение зрения)
- Нефропатия
- Синдром диабетической стопы

Сахарный диабет – это эндокринное заболевание, которое напрямую связано с одним из важнейших гормонов организма – инсулином Питание при диабете- это, по сути, обычное здоровое питание, только используемое уже не для профилактики, а для лечения. В действительности, такое питание подходит каждому человеку, который заботится о собственном здоровье.

Задачи:

1. Похудение и поддержание здорового веса
2. Контроль уровня сахара в крови при помощи питания

Рацион:

В питании больного, качество пищи важнее ее количества

Основа диеты:

- Полезные углеводы, которыми богаты фрукты, овощи, цельнозерновые, бобовые
- Продукты, богатые пищевыми волокнами
- Рыба. При диабете рекомендуется есть рыбные блюда не менее 2 раз в неделю
- Полезные жиры(авокадо, грецкие орехи) – способствуют снижению уровня холестерина

Диета должна быть физиологически грамотной

-частые (не менее 4-5 раз) и регулярные приемы пищи

-разнообразие диеты

-для больных диабетом с избыточным весом, чтобы усилить чувство насыщения, нужно включать в диету овощи

-для улучшения функции печени, которая значительно страдает при диабете, нужно вводить в диету продукты, содержащие липотропные факторы

Пока, СД неизлечим, но улучшить качество жизни больных, сделать так, чтобы они могли полноценно жить, была разработана специальная диета, которая содержит все необходимые питательные вещества.

Диета под номером 9 разработана руководителем группы ученых Института питания Певзнером М.И.

Каждая медицинская методика советского диетолога нацелена на избавление от определенных заболеваний при помощи разработанного диетического питания.

Диета Певзнера стол № 9 направлена на лечение диабета, а также на его профилактику.

Цель диеты:

- Нормализация белкового, водно-солевого и углеводного обмена
- Предупреждение нарушений жирового обмена
- Контроль допустимого уровня глюкозы в крови

Химический состав диеты:

белки — 80-90 г (55 % животные),

жиры — 70-80 г (30 % растительные),

углеводы — 300-350 г,

поваренная соль — 3-9 г,

свободная жидкость — 1,5 л.

Суточный каллораж диеты — 2200-2400 ккал.

Режим питания: 5-6 раз в день с равномерным распределением углеводов

Рекомендуется:

- Блюда из рыбы, преимущественно нежирной
- Блюда и гарниры из овощей, в варенном, сыром и запеченном виде
- Блюда и гарниры из круп, бобовых
- Блюда из яиц
- Неострые соусы на овощном отваре

Исключить:

- Шоколад, кондитерские изделия, варенье, мороженое и другие сладости
- Острые, пряные и копченые закуски
- Перец, горчицу
- Алкоголь
- Жирные сорта мяса, утку, гуся
- Икру
- Рис, манную крупу

Хлебная единица

При сахарном диабете требуется в первую очередь диетическое лечение. Количество энергии в пище должно равняться потерям энергии больного, сбалансированное поступление белков, жиров, углеводов.

Расчет питания проводится в хлебных единицах.

1 хлебная единица = 12 г глюкозы. В 25 г черного хлеба (обычный кусок толщиной примерно 1 см) как раз содержится это количество углеводов.

В сутки в организм должно поступать 18-24 хлебных единиц, которые распределяются так:

завтрак 9-10 ед.,

второй завтрак и полдник по 1-2 ед.,

обед 6-7 ед.,

ужин 3-4 ед.

Система ХЕ позволяет достаточно быстро находить заменители тем или иным продуктам под руководством врача эндокринолога, делая питание более разнообразным и насыщенным

Роль медицинской сестры в профилактике осложнений сахарного диабета

Целью, которой придерживаются при профилактике диабета, является улучшение качества жизни и ее продолжительности, а также профилактика осложнений сахарного диабета. Болезнью страдает большое количество человек, поэтому при лечебных учреждениях создаются специальные школы диабетиков. Профессиональные медицинские сестры учат больных, как правильно питаться при заболевании, какие существуют диабетические диеты, рассказывают о возможности лечения и предупреждения осложнений сахарного диабета.

На занятиях медсестры обучают людей с сахарным диабетом, как правильно пользоваться глюкометрами для анализа уровня сахара в крови, как делать инсулиновые инъекции под кожу. Они объясняют важность таблиц хлебных единиц и списка запрещенных продуктов с высоким гликемическим индексом. В обязанности работников входит забота о больных, устранение проблем, предотвращение развития осложнений сахарного диабета

Исследовательская часть работы проводилась на базе ОГБУЗ «Областная больница»

Была разработана анкета и проведено анкетирование в травматологическом, ЛОР, урологическом, неврологическом отделениях.

В анкетировании приняли участие 12 респондентов, в возрасте 30-67 лет

При опросе старших сестер отделений раздатчиц пищи, было выяснено, что во всех отделениях ОГБУЗ «Областная больница» на лечении находятся больные, имеющие сахарный диабет

На первый вопрос анкеты: «Сколько лет Вы болеете сахарным диабетом» была выявлена продолжительность заболевания

От 1 до 5 лет болеют 25 % респондентов

От 5 до 10 лет болеют 58% респондентов

10 и более болеют 17 % респондентов

На вопрос: «Какой у Вас тип сахарного диабета?»

17% респондентов имеют 1 тип (2 человека)

83% 2 тип (10 человек)

Самым распространенным является диабет 2 типа, развивающийся чаще у взрослых старше 40 лет и у пожилых. Особенно увеличивается количество больных после 65 лет.

Сахарный диабет 1 типа.

Эта форма диабета чаще встречается в молодом возрасте и у детей, особенностью у которых является внезапное начало с острыми метаболическими нарушениями

На вопрос: «Контролируете ли Вы свой вес?» большинство респондентов (75%) ответили, что контролируют. У большинства больных диабетом уменьшение веса даже на несколько килограммов значительно стабилизирует уровень сахара в крови и улучшает общее самочувствие.

На вопрос анкеты: «Знаете ли Вы, сколько раз в день нужно принимать пищу?» 100% респондентов ответили, что питаться нужно 5-6 раз в день, дробно.

На вопрос анкеты: «Сколько раз в день Вы принимаете пищу?» 50% респондентов ответило, что употребляют пищу 5-6 раз, 17% 4-5 раз, 33% - 4 и менее. При сахарном диабете рекомендуются частые (не менее 4-5 раз) и регулярные приемы пищи;

На вопрос: «Знаете ли Вы, что такое хлебная единица?» большинство респондентов(58%) ответили, что знают

На вопрос анкеты: « Ведете ли Вы подсчет ХЕ?» большинство респондентов(58%) ответили, что не ведут подсчет совсем,25%,что ведут подсчет самостоятельно, у 17%- подсчет ведет диетолог

На вопрос анкеты: «Какая номерная диета Вам назначена врачом в больнице?», 100% респондентов, страдающих диабетом 1 и 2 типа, ответили - диетический стол №9.

На вопрос анкеты: «Соблюдаете ли Вы диету, назначенную врачом в стационаре?» 100% респондентов ответили, что соблюдают.

На вопрос анкеты – «Соблюдаете ли Вы диету, назначенную врачом дома?» 92% респондентов ответили, что соблюдают

На последний вопрос анкеты: «Устраивает ли Вас меню, составленное в стационаре?» 58% респондентов меню устраивает, 25%- устраивает, но не полностью,17% не устраивает совсем.

РОЛЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Языкова Дарья Александровна, студентка 30 СД группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Духовникова Евгения Андреевна*

В современной медицине основным методом создания активного приобретенного иммунитета является вакцинация, которая применяется уже более двухсот лет. С помощью вакцинации во всем мире было искоренено такое опасное заболевание, как оспа, а в России – корь, дифтерия, полиомиелит.

Сегодня вопрос о том, нужны ли профилактические прививки, вызывает живой интерес общественности. Это закономерно и правильно - в современном демократическом обществе каждый родитель имеет право принимать решение относительно здоровья своего ребенка. Беда лишь в том, что для принятия решения нужно располагать необходимой информацией, которая у родителей есть далеко не всегда. А с вопросом иммунизации ситуация обстоит еще хуже в связи с развернувшейся в СМИ массовой антивакцинальной кампанией.

Для принятия решения о том, необходима ли иммунизация, родители должны представлять, о чем идет речь.

Цель исследования: изучить роль вакцинопрофилактики у детей дошкольного и школьного возраста.

Задачи:

1. Изучить теоретический аспект по данной теме.
2. Рассмотреть роль вакцинопрофилактики в предупреждении распространения инфекционных заболеваний у детей дошкольного и школьного возраста.
3. Изучить и проанализировать статистику количества привитых и не привитых детей, причины отказа от иммунизации в ОГБУЗ «Детская Областная больница».
4. Провести исследование и анализ, методом анкетирования, информированности о роли вакцинопрофилактики у родителей, имеющих детей дошкольного и школьного возраста на базе ОГБУЗ «Детская Областная больница» города Биробиджан.
5. Разработать памятку и буклет по данной теме.

Объект исследования: вакцинопрофилактика у детей дошкольного и школьного возраста.

Предмет исследования: уровень информированности родителей о роли вакцинопрофилактики у детей дошкольного и школьного возраста.

Гипотеза: мы предположили, что родители, имеющие детей дошкольного и школьного возраста недостаточно информированы о роли вакцинопрофилактики.

Вакцинопрофилактика – применение вакцин в целях предупреждения развития инфекционных заболеваний в коллективе и у отдельных индивидуумов путем создания активного специфического иммунитета.

Вакцина – это медицинский препарат, содержащий убитые или ослабленные возбудители различных заболеваний либо синтезированные белки патогенных микроорганизмов. В медицине существуют типы вакцин такие как – живые (ослабленные), убитые (инактивированные), компонентные (синтетические) вакцины.

Живые (ослабленные) вакцины состоят из жизнеспособных микроорганизмов – возбудителей тех или иных инфекционных болезней человека, их преимущество – сохранение полного антигенного набора патогенов, благодаря чему достигается наиболее длительное состояние невосприимчивости по сравнению с использованием вакцин других типов.

Недостатком живых вакцин является возврат патогенности, остаточная вирулентность, неполная инаktivация, часто содержат микроорганизмы – загрязнители, они требуют специальных условий хранения и, как правило, парентерального введения.

Например: вакцина для профилактики краснухи (живая аттенуированная) (рудивакс), вакцина для профилактики кори (рувакс), вакцина для профилактики полиомиелита (полио сзбин веро), вакцина для профилактики туберкулеза (БЦЖ), живая аттенуированная вакцина для профилактики эпидемического паротита (имовакс орейон).

Убитые (инактивированные) вакцины состоят из нежизнеспособных микроорганизмов. Для приготовления таких вакцин патогенные микроорганизмы убивают либо термической обработкой, либо воздействием различных химических агентов.

Положительные стороны: корпускулярные убитые вакцины легче дозировать, проще очищать, они длительно хранятся и менее чувствительны к температурным колебаниям; возможно, их применение не только для профилактики, но и для лечения.

Отрицательные стороны: вакцина может содержать 99% балласта и поэтому ректогенна, нередко содержит агент, используемый для инаktivации микробных клеток, штамм сразу не приживляется, поэтому вакцинация проводится в 2 или 3 приема, требуются частые ревакцинации.

Например: коклюшная вакцина для профилактики дифтерии, коклюша, полиомиелита, столбняка, вакцина для профилактики бешенства, и другие.

Компонентные вакцины – синтезированные из аминокислот пептидные фрагменты, соответствующие аминокислотной последовательности тех структур вирусного белка, которые распознаются иммунной системой и вызывают иммунный ответ.

Положительные стороны синтетической вакцины – то, что у синтетических пептидов нет недостатков, характерных для живых вакцин, они обладают высокой степенью стандартности, также они слабореактогенны и безопасны.

Отрицательными сторонами являются синтетические вакцины менее эффективны по сравнению с традиционными, так как дают меньшую иммуногенность. Однако сочетание использования одного из двух иммуногенных белков в составе синтетической вакцины обеспечивает формирование иммунологической памяти.

Например, экспериментальные синтетические вакцины получены против дифтерии, холеры, стрептококковой инфекции, гепатита В, клещевого энцефалита.

Целью вакцинации является создание специфической невосприимчивости к инфекционному заболеванию путем имитации естественного инфекционного процесса с благоприятным исходом.

Вакцинация предупреждает развитие опасных заболеваний, угрожающих жизни и здоровью. После введения в организм вакцины формируется активный искусственный иммунитет: в организме происходит изменение свойств клеток, уничтожающих микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности

Иммунитет – система биологической защиты внутренней среды многоклеточного организма от генетически чужеродных веществ экзогенной и эндогенной природы.

Классификация иммунитета:

1. Видовой иммунитет (врожденный) – генетически закрепленная невосприимчивость, присущая каждому виду.

2. Приобретённый иммунитет, который формируется в течение жизни индивидуума и не передается по наследству; он может быть – естественным, искусственным, активным, пассивным.

а) Естественный иммунитет включает врожденный иммунитет и приобретенный активный (после перенесенного заболевания), а также пассивный иммунитет при передаче антител ребенку от матери.

б) Искусственно приобретённый иммунитет развивается в результате вакцинации, серопротекции (введение сыворотки) и других манипуляций.

в) Активно приобретенный иммунитет развивается после иммунизации ослабленных или убитыми микроорганизмами либо их антигенами. Сохраняется в течение 5-10 лет у привитых против кори, столбняка, полиомиелита или в течение нескольких месяцев у

привитых против гриппа, брюшного тифа. При своевременной ревакцинации он может сохраняться всю жизнь.

г) Пассивно приобретенный иммунитет развивается при введении в организм готовых антител в виде сывороток.

Иммунизация населения ведет к уменьшению заболеваемости и детской смертности, увеличению длительности жизни людей, обеспечивая долголетие и уничтожение ряда инфекций, которые были настоящим бедствием.

Вакцинопрофилактика у детей с рождения и до 18 лет проводится в детской поликлинике.

Детская поликлиника – медицинское учреждение, ориентированное на оказание помощи и профилактику заболеваний у детей до 18 лет.

Основными задачами детской поликлиники является проведение санитарно-противоэпидемиологические работы (проведение прививок, своевременное выявление инфекционных заболеваний, проведение работы с контактами), профилактических работ (патронаж, профосмотры, диспансеризация, формирование ЗОЖ), направления детей в санатории, стационары, освоение и внедрение новых современных форм и методов работы, методик лечебно-диагностического процесса и т.д.

В структуру детской поликлиники входят - кабинеты участковых педиатров, кабинет здорового ребенка, прививочный кабинет, процедурный кабинет, кабинеты врачей специалистов, кабинеты функциональной диагностики, лаборатория, и т.д.

Руководитель лечебно-профилактического учреждения утверждает порядок организации и проведения вакцинопрофилактики в детской поликлинике, назначает должностных лиц, ответственных за прививочную работу, выдачу сертификатов о профилактических прививках, получение, хранение и использование медицинских иммунобиологических препаратов, соблюдение «холодовой» цепи, сбор, временное хранение и утилизацию медицинских отходов, возникающих при иммунизации, утверждает положение о выездной прививочной бригаде.

Основным мероприятием по предупреждению инфекционных заболеваний у детей является вакцинопрофилактика. Врач-педиатр вместе с медицинской сестрой осуществляет прививочную работу на педиатрическом участке.

Вся работа по иммунопрофилактике населения, как правило, возлагается на прививочный кабинет.

Основное оснащение прививочного кабинета, это: медицинские документы (например, журнал регистрации выполненных прививок), холодильник для хранения вакцин,

шкаф для медикаментов, противошоковая, аварийная аптечки и многое другое, что необходимо для проведения иммунизации.

Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники по иммунопрофилактике осуществляют в соответствии с нормативными правовыми актами (утвержден Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004), нормативными и методическими документами при наличии лицензии на данный вид деятельности. Для получения лицензии на работу по иммунопрофилактике должны быть получены санитарно-эпидемиологические заключения в установленном порядке.

У медсестры прививочного кабинета также есть свои обязанности, которые она должна выполнять, а именно проведение профилактических прививок; проведение иммунизации с обеспечением всех правил асептики и антисептики; оказание первичной медицинской помощи в случае развития немедленных реакций на прививку; проведение мероприятий по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима; проводит информационно-разъяснительную работу с населением по иммунопрофилактике.

Профилактическая прививка проводится при письменном добровольном информированном согласии родителей (или опекуна) вакцинируемого ребенка на ее проведение.

Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на получение полной или объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях, а также на выбор оказания медицинской помощи при возникновении поствакцинальных осложнений бесплатно.

Перед проведением профилактической прививки проводят сбор анамнеза путем изучения медицинских документов, опрос лица подлежащего иммунизации, или его родителей (опекунов), осмотр врача, при необходимости - медицинское обследование, непосредственно перед прививкой - термометрия.

Имеются противопоказания к проведению профилактических прививок, к ним относятся - масса ребенка при рождении менее 2000 г, тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды (гентамицин, канамицин и др.), анафилактическая реакция на белок куриного яйца и другие.

Поствакцинальные осложнения, основные из них:

1. анафилактический шок, который развивается в течение суток после введения вакцины;
2. аллергические реакции;
3. судороги

4. температуры тела – менее 38,5 С;
5. крик ребенка не менее 3 часов подряд;
6. внезапная смерть.

Отсутствие или отказ от профилактических прививок может не только вызвать развитие инфекционного заболевания, но и быть причиной ряда неблагоприятных событий в жизни гражданина, такие как запрет, на выезд из страны, пребывание в которых требует конкретных профилактических прививок, временный отказ в приеме в образовательные организации и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий, отказ в приеме на работу или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными заболеваниями.

Вакцинацию детей и подростков осуществляется на основании Национального календаря профилактических прививок [1]. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 252н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям. (Приложение А)

Российский Национальный календарь профилактических прививок отличается от графиков вакцинации других стран. Эти различия заключаются в иных сроках начала вакцинации (для некоторых вакцин), а также в отсутствии в нем новых вакцин, уже получивших широкое распространение в мире (против гепатита А, ротавирусной, менингококковой инфекции, ветряной оспы и вируса папилломы человека).

Национальный календарь включает: профилактические прививки против гепатита В, туберкулеза, кори, краснухи, полиомиелита, АКДС, эпидемического паротита, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции и гриппа; прививки по эпидемическим показаниям, которые проводят при угрозе возникновения инфекционных болезней; сроки проведения вакцинации.

Профилактические прививки и прививки по эпидемическим показаниям, включенные в Национальный календарь, проводятся бесплатно после предварительного медицинского обследования, все сделанные прививки вносятся в сертификат прививок.

В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок вакцинопрофилактика у детей с рождения и до 14 лет проводится против ряда опасных инфекционных заболеваний.

Туберкулез – инфекция, передаваемая воздушно-капельным путем, это не только заболевание легких, но и поражение всех органов человека – костей, почек, мозга и мозговых

оболочек, кожи, глаз и других органов, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза.

Новорожденный ребенок в первые дни жизни получает прививку против туберкулеза. В Национальном календаре прививок имеет название, вакцина БЦЖ. Прививка необходима для защиты новорожденного от опасного инфекционного заболевания, и его профилактики. Данная вакцина не способна защитить ребенка от инфицирования микобактериями, но облегчает течение инфекции.

Гепатит В – инфекционное заболевание печени, вызываемое одноименным вирусом, характеризующееся тяжелым воспалительным поражением печени.

Болезнь имеет различные формы – от носительства вируса до острой печеночной недостаточности, цирроза печени и раком печени.

Вакцина от гепатита В защищает малышей сразу после рождения, при отсутствии противопоказаний, вакцинацию проводят первые жизни ребенка.

АКДС - адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, состоит из взвеси убитых коклюшных микробов и очищенных дифтерийного и столбнячного анатоксинов.

Это прививка против серьезных заболеваний, которые особенно опасны для детей дошкольного возраста.

Вакцина от полиомиелита содержит убитый или сильно ослабленный вирус-возбудитель заболевания. После введения препарата в организм, вирус начинается размножаться, способствуя выработке антител.

Полиомиелит представляет собой тяжелое заболевание, которое вызывается вирусом из группы энтеровирусов. Он передается от больного человека или здорового носителя вируса оральным или воздушно-капельным путем, и чаще всего поражает детей в возрасте до пяти лет, воздействуя на спинной мозг и нервные клетки. Осложнения заболевания приводят к гибели части нервных клеток и параличу групп мышц.

Гемофильная инфекция - целый комплекс серьезных болезней, возбудителем которых выступает гемофильная палочка, палочка Пфейффера. Этот микроорганизм легко передается при кашле или чихании больного, через общие бытовые предметы (например, игрушки, посуду и т.д.)

В России зарегистрирована (разрешена к использованию) зарубежная вакцина АКТ – ХИБ (конъюгированная вакцина для профилактики инфекции, вызываемой *Haemophilus Influeniae b*) . Она содержит не весь микроб, а лишь его отдельные составляющие - участки клеточной стенки. Легко переносится и не вызывает осложнений у детей.

Приорикс – комбинированная живая аттенуированная (ослабленная) вакцина, в состав которой входит (ослабленные) вакцинные штаммы вируса кори паротита и краснухи, предназначенная для профилактики кори, краснухи и эпидемического паротита. Вакцина Приорикс применяется для профилактики не только трех инфекций одновременно, но и для профилактики одного или двух из трех заболеваний.

Корь - острое инфекционное вирусное заболевание, которое характеризуется высокой температурой и выраженной интоксикацией, воспалением слизистых оболочек полости рта и верхних дыхательных путей, конъюнктивитом и характерной пятнисто-папулезной сыпью кожных покровов.

Краснуха - острое инфекционное заболевание, которое характеризуется появлением мелкой розовой пятнистой или папулезной сыпи на коже и увеличением лимфатических узлов.

Эпидемический паротит - острое инфекционное заболевание, с негнойным поражением железистых органов (слюнные железы, поджелудочная железа, семенники) и ЦНС, вызванное парамиксовирусом.

Грипп - это острое вирусное заболевание, проявляющаяся лихорадкой, интоксикацией и поражением эпителиальной выстилки верхних дыхательных путей, которое может поражать верхние и нижние дыхательные пути, сопровождается выраженной интоксикацией и может приводить к серьезным осложнениям Грипп входит в группу острых респираторных вирусных инфекций – ОРВИ.

В настоящее время на территории Российской Федерации для профилактики гриппа активно применяются следующие виды противогриппозных «неживых» вакцин, которые состоят из расщепленных клеток вируса — Сплит - вакцины (Гриппол) и поверхностного белка вируса — субъединичная (Гриппол Плюс, Агриппол).

Прививка против пневмококковой инфекции – профилактика заболеваний от пневмококковой инфекции и осложнений от них. Пневмококковая конъюгированная вакцина Превенар 13, и Пневмо 23 не содержит самих бактерий, поэтому безопасна для каждого ребенка; не содержит консервантов (ртутьсодержащих соединений), формальдегида, желатина, антибиотиков, белков дрожжей и куриных яиц.

Иммунопрофилактика детей дошкольного и школьного возраста является важнейшей функцией в борьбе с инфекционными заболеваниями детей от рождения до 14 лет. По мнению экспертов здравоохранения, всеобщая иммунизация в соответствующем возрасте – лучший способ предотвращения многих инфекционных заболеваний. Благодаря целенаправленной работе по иммунопрофилактике в России удалось добиться отсутствия заболеваемости по ряду управляемых инфекций. Мировой и отечественный опыт борьбы с

инфекционными заболеваниями показывает, что именно вакцинопрофилактика является наиболее доступным средством индивидуальной и массовой профилактики, особенно детей.

Исследование и анализ роли вакцинопрофилактики у детей дошкольного и школьного возраста на базе ОГБУЗ «Детская областная больница»

Задачей проведения исследования являлось изучение количества привитых, не привитых детей за 2017 год и причин, по которым не проводилась вакцинация.

Для решения поставленной задачи был проведен статистический анализ данных количества детей дошкольного и школьного возраста, привитых в соответствии с национальным календарем профилактических прививок в ОГБУЗ «Детская Областная больница» за 2017 год.

Таблица 1

Вакцинация детей дошкольного и школьного возраста
в ОГБУЗ «Детская Областная больница» за 2017 г.

Инфекция	План	Итого
Коклюш	1100	1113
Дифтерия	1100	1139
Столбняк	1100	1139
Полиомиелит	1100	1586
Инактивированная полиомиелитная вакцина	1100	1580
Оральная вакцина против полиомиелита	1100	883
Корь	1050	1065
Паротит	1100	1073
Краснуха	1100	1160
Туберкулез	250	210
Вирусный гепатит В	1100	2003
Превенар 13 (пневмококковая инфекция)	3516	3523
Гемофильная инфекция	400	526
Грипп	8100	17457

Из данной таблицы видно, что большинство привитых детей были вакцинированы в соответствии с планом профилактических прививок.

В ходе исследования наблюдаются разные показатели вакцинации детей против коклюша, дифтерии и столбняка – это единая вакцина АКДС. Это объясняется тем, что ослабленные дети, имеющие сильные поствакцинальные реакции (например, реакция на АКДС высокая температура), вакцинируются бескоклюшной АДС.

Также видны расхождения в данных привитых против кори, краснухи и эпидемического паротита, это связано с несколькими причинами, во-первых, в г.

Биробиджан на постоянное проживание вместе с родителями приезжают дети со средней Азии привитые ранее от одного из заболеваний, во-вторых, отсутствие в поликлинике на момент иммунопрофилактики вакцины против краснухи или эпидемического паротита, в такие случаи прививают только против кори или наоборот.

Таблица 2

Непривитые дети за 2017 год

Медицинский отвод	Отказ	Неявка
199	454	35

Из таблицы видно, что большое количество не привитых детей из-за отказов родителей от вакцинации, указывая следующие причины отказа: религия, не верят в эффективность вакцин. В категорию не привитых детей по медицинскому отводу чаще попадают дети, стоящие на учете у врача-невролога, имеющие онкологические заболевания. Неявка на вакцинацию, как правило, приходится на неблагополучные семьи.

В результате исследования можно сделать вывод, увеличивается количество вакцинируемых детей, а число «отказников» снижается. Прослеживается заметное перевыполнение плана по вакцинопрофилактики детского населения за 2017 год в ОГБУЗ «Детская Областная больница».

Для подтверждения или опровержения данной гипотезы мною был проведено анкетирование 70 родителей в ОГБУЗ «Детская Областная больница», имеющих различное отношение к необходимости проведения активной вакцинопрофилактики.

Критериями включения в исследование были:

- респонденты, имеющие детей;
- согласие на участие в исследовании;
- способность адекватно отвечать на поставленные вопросы.

Отбор опрашиваемых проводился случайным методом. Каждому участнику опроса были предложены 10 вопросов анонимной анкеты (Приложение Б).

Из 70 респондентов оказались: 15 мужчин – 21 %, 55 женщины – 79 %. (Рисунок 1)



Рисунок 1. Респонденты

На вопрос: «Есть ли у Вас дети?» ответы распределились следующим образом: «0 -7 лет» - 57 % (40 человек); «7-14 лет» - 43 % (30 человек). Из данных исследования можно заметить, что большинство респондентов имеют детей в возрасте до 7 лет. (Рисунок 2)

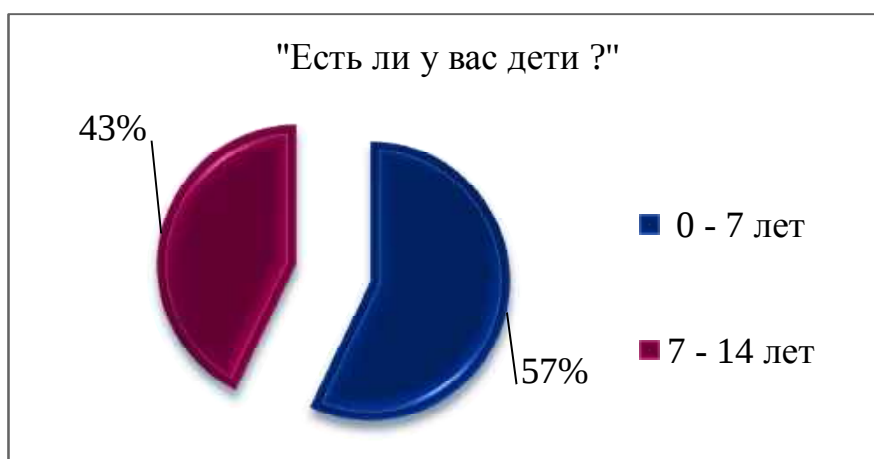


Рисунок 2. Есть ли у Вас дети?

Когда респондентам был задан вопрос: «Осведомлены ли Вы о том, какие инфекционные болезни встречаются в городе, регионе, стране?», 1% (1 человек) ответил, «Да, считаю это важным»; 81% (56 человек) ответили, что знают, но не о всех; 18% (19 человек) нет мне это не нужно. После подсчета данных анкетирования видно, что большинство респондентов осведомлены не о всех инфекционных заболеваниях, встречающихся в городе, регионе, стране. (Рисунок 3)



Рисунок 3. Осведомлены ли Вы о том, какие инфекционные болезни встречаются в городе, регионе, стране?

Когда опрашиваемых спросили - «Знаете ли Вы, какие заболевания могут развиваться у Вашего ребенка, если не поставить прививку?», то выяснилось, что 24% (17 человек) да, я хорошо осведомлен (а); 63% (44 человека) ответили, что нет, но мне интересно; оставшиеся 13% (9 человек) ответили что мне это не интересно. Таким образом, результаты опроса показывают, что больше половины опрашиваемых плохо осведомлены о заболеваниях, которые могут развиваться у детей при отсутствии вакцинации. (Рисунок 4)

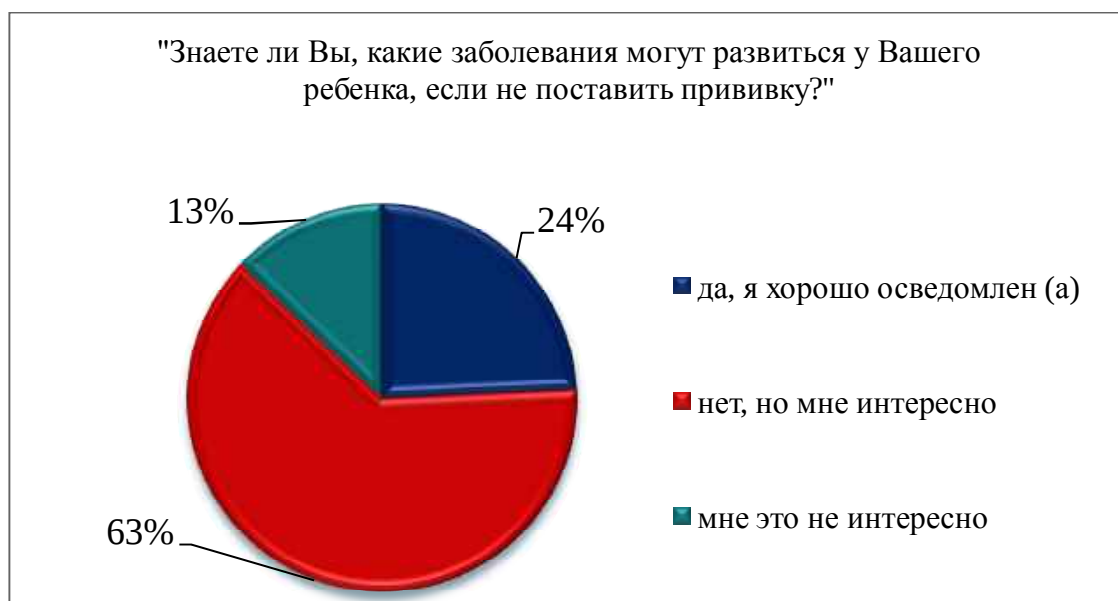


Рисунок 4. Знаете ли Вы, какие заболевания могут развиваться у Вашего ребенка, если не поставить прививку?

Также был поставлен вопрос: «Прививаете ли Вы своего ребенка от инфекционных заболеваний?». Ответы респондентов расположились следующим образом: да, проводятся только обязательные прививки – 19% (13 человек); не все, только от опасных заболеваний – 11% (8 человек); я не прививаю своего ребенка – 54% (38 человек); не знаю, какие прививки проводятся, за этим следит врач и медицинская сестра – 16% (11 человек). Из данных исследования можно сделать вывод, что большинство родителей не прививают своих детей. (Рисунок 5)



Рисунок 5. Прививаете ли вы Своего ребенка от инфекционных заболеваний

Респондентов, которые ответили на предыдущий вопрос: «не прививаю своего ребенка», мы попросили указать причину, ответы распределились следующим образом: «после вакцинации тяжелые побочные реакции» - 35% (12 человек); «в средствах массовой информации много примеров отрицательного влияния вакцины на организм ребенка» - 5% (15 человек); «лучше переболеть» - 9% (3 человека); «не верю в эффективность вакцин» - 41% (14 человек). Из данных исследования можно заметить, что большинство респондентов не верят в эффективность вакцин. (Рисунок 6)

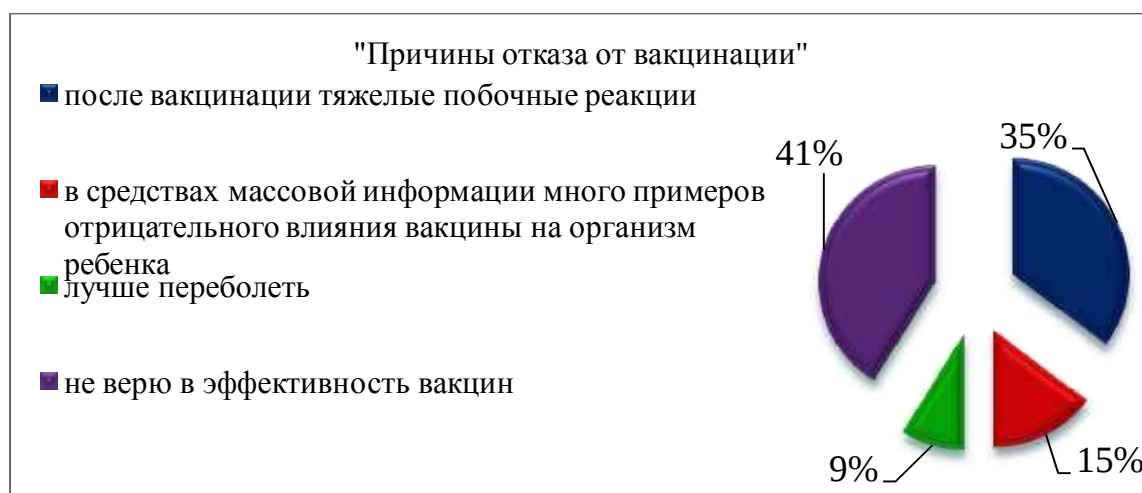


Рисунок 6. Причины отказа от вакцинации

При вопросе: «Если бы Вы знали о возможности дополнительной вакцинации, то от каких инфекций привили бы ребенка?»: 17% опрошиваемых (12 человек) ответили «против гемофильной инфекции»; 10% (7 человек) ответили «ветряной оспы»; 6% (4 человека) «менингококковой инфекции»; 11% (18 человек) «вирусный гепатит А», 16% (11 человек) «клещевого энцефалита»; 16% (11 человек) «пневмококковой инфекции», 24% (17 человек) «пневмококковой инфекции»; и 24% (17 человек) против рака шейки матки. Это говорит о том, что большинство респондентов готовы сделать вакцинацию своим детям против рака шейки матки и пневмококковой инфекции, считая эти заболевания опаснее других. (Рисунок 7)



Рисунок 7. Если бы Вы знали о возможности дополнительной вакцинации, то от каких инфекций привили бы ребенка?

Когда респондентам задали вопрос: «Из каких источников Вы получаете сведения о прививках?» ответы расположились следующим образом: 23% (16 человек) опрошиваемых ответили «от медицинских работников (врачи, медицинские сестры)»; 26% (18 человек) «из средств массовой информации»; 30% (21 человек) «из распространенной продукции в поликлинике (листовки, буклеты, памятки)»; остальные 21% (15 человек) ответили «от знакомых и родственников». Исходя из результатов опроса, можно предположить, что всю информацию о вакцинопрофилактике респонденты получают из распространённой продукции в поликлинике, например, рекламные листовки, буклеты и многое другое. (Рисунок 8)



Рисунок 8. Из каких источников Вы получаете сведения о прививках?

На вопрос: «Где проводятся прививки Вашему ребенку?» ответы распределились следующим образом: «в поликлинике» - 53% (37 человек); «в детских учреждениях (детский сад, школа)» - 43% (30 человек); «в частных клиниках крупных городов» - 4% (3 человека). Большинство респондентов прививают своих детей в детской поликлинике. (Рисунок 9)



Рисунок 9. Где проводятся прививки Вашему ребенку?

Также перед респондентами был поставлен вопрос: «Перед проведением прививки врач-педиатр:...». Ответы расположились следующим образом: «подробно рассказывает о заболевании, от которого прививается ребенок, о составе вакцины» - 23% (16 человек); «называет только название вакцины и говорит от какой болезни она предохраняет» - 19% (13 человек); «ничего не рассказывает, ссылаясь на план профилактических прививок» - 58% (41 человек). По данным исследования можно сказать, что большинство врачей – педиатров не проводят беседу о вакцинопрофилактике, ссылаясь на план профилактических прививок. (Рисунок 10)

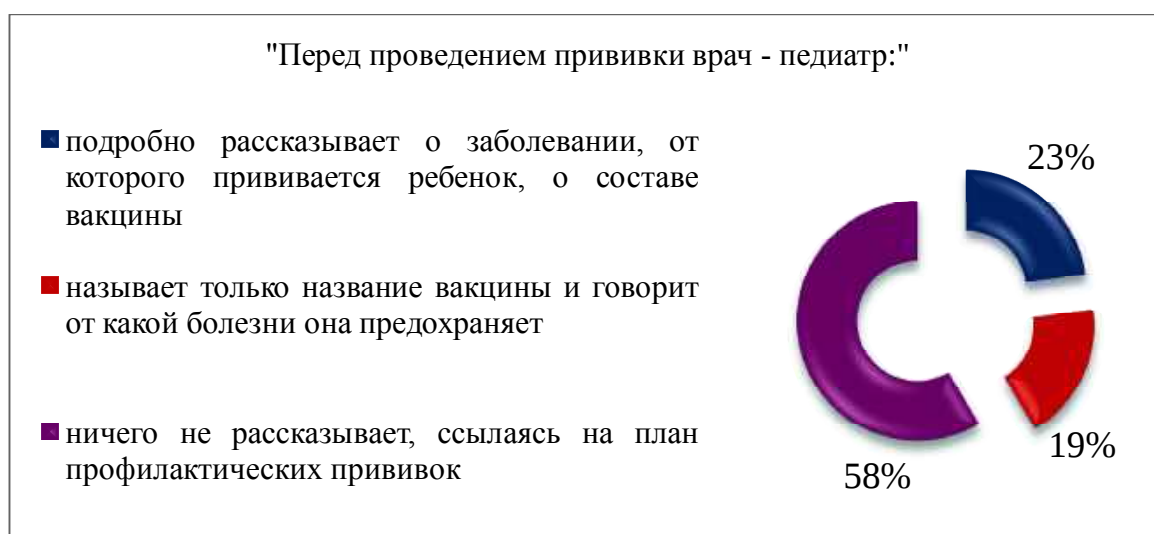


Рисунок 10. Перед проведением прививки врач-педиатр...

Последним вопросом в анкете был: «Перед введением вакцины Вашему ребенку, медицинская сестра прививочного кабинета...». Ответы распределились следующим образом: «подробно рассказывает о вакцине и заболевании от которого прививается ребенок» - 17 % (12 человек); «называет только название» - 28% (20 человек), «молча смотрит допуск к вакцинации» - 26 % (18 человек), «предупреждает о поствакцинальной реакции на прививку» - 29% (20 человек). По данным исследования можно сказать, что медицинская сестра прививочного кабинета не информирует родителей о роли вакцинации. (Рисунок 11)

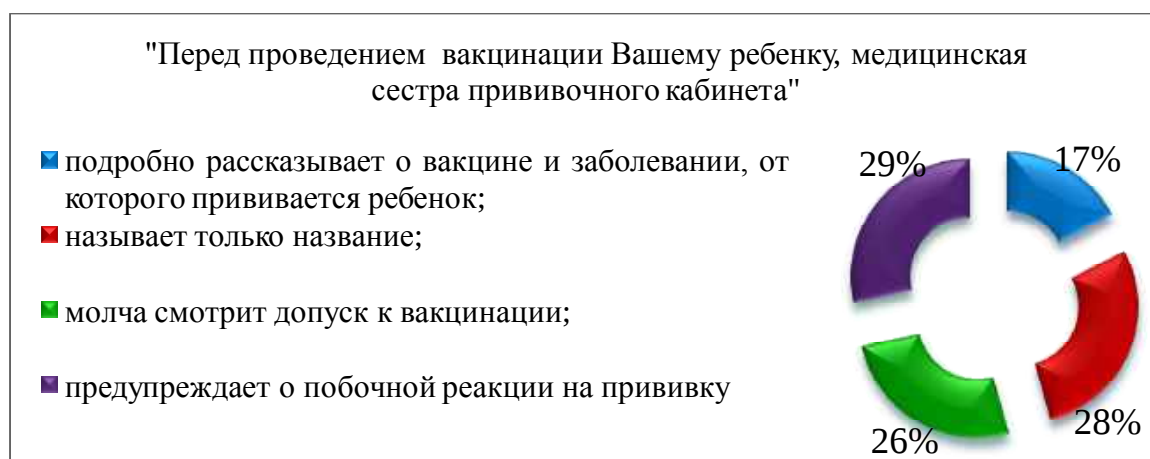


Рисунок 11. Перед введением вакцины Вашему ребенку, медицинская сестра прививочного кабинета

Исходя из моего исследования, можно сказать, что большинство родителей не прививают своих детей, не зная о последствиях, которые их могут ожидать, если не прививать своего ребенка. Результаты данного анкетирования еще раз подтверждают, что большинство родителей отказавшиеся от прививок не информированы о значимой роли вакцинации и сугубо верят недостоверной информации из СМИ, слухам, касающиеся прививок и осложнений после них. Для того чтобы был значительный эффект от вакцинации, необходимо добиваться 100% охвата профилактическими прививками всех детей начиная с их рождения. Проводить разъяснительные работы с родителями о необходимости проведение профилактических прививок. В идеальном случае вакцинопрофилактика должна являться неотъемлемой частью комплекса мероприятий по охране здоровья ребенка, поддержанная государством с финансовой, материально-технической, научной и законодательной стороны.

С целью информирования родителей о значимой роли вакцинопрофилактики в детском возрасте, мною были разработаны, буклет на тему: «Вакцинация – лучшая защита» и памятка «Что нужно знать о прививках?».

Поставленная цель достигнута, гипотеза полностью доказана.

Список источников:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 252н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.
2. "МУ 3.3.1889-04. 3.3. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Порядок проведения профилактических прививок. Методические указания" (утв. Главным

государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004) Приказ «О Национальном календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям». МЗ РФ от 27.06.2001 № 229

3. Проведение профилактических мероприятий / С. И. Двойников [и др.] – Москва: изд. Группа «ГЭОТАР – МЕДИА», 2017. – 434 с.

4. Кара В. Вакцина - это что такое? Виды и типы вакцин / В. Кара [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.syl.ru/article/293603/vaktsina---eto-chto-takoe-vidyi-i-tipyi-vaktsin>

5. Наседкина А. К. Какие бывают осложнения после прививок? / А. Наседкина [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.tiensmed.ru/news/privivoslojnenia-z1f.html>

ПРОБЛЕМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

*Анисимов Руслан Сергеевич, студент 21 «СД» группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Гольцова Наталья Владимировна*

Зависимость от информационных технологий и от Интернета является одной из важнейших проблем современности среди молодежи, да и общества в целом. В связи с тем, что люди активно используют технологии, связанные с Интернетом, возникает и большое количество различных вредных факторов, отрицательно влияющих на организм.

В 2019 году планируется выход 11 международной классификации болезней. В ней впервые Интернет – зависимость и зависимость от онлайн игр обозначат, как отдельное психическое заболевание. В связи с этим, данная проблема является актуальной.

Целью исследования является – выявление проблемы зависимости от Интернета и различных информационных технологий среди молодежи.

Исходя из цели, были поставлены задачи:

- 1) Определить актуальность проблемы Интернет – зависимости.
- 2) Изучить причины зависимости и клинические проявления зависимости от информационных технологий.
- 3) Провести тестирование среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» на выявление Интернет – зависимости и предрасположенности к ней.
- 4) Разработать общие рекомендации студентам при работе с различными информационными технологиями.

Объект исследования – информационные технологии и молодежь.

Предмет исследования является – зависимость от Интернета и различных информационных технологий среди молодежи.

Гипотеза: Мы предположили, что большая часть студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» имеют предпосылки к зависимости от Интернета и информационных технологий.

Интернет – зависимость – психическое расстройство: навязчивое желание подключиться к Интернету, и болезненная неспособность вовремя отключиться от него.

Поведенчески Интернет – зависимость проявляется в том, что люди настолько предпочитают жизнь в Интернете, что фактически начинают отказываться от своей «реальной» жизни, проводя до 18 часов в день в виртуальной реальности.

С возрастом популярности Интернета проявились и негативные аспекты его применения.

Если сравнить Интернет – зависимость с другими видами зависимости, то можно увидеть одно свойство: время, которое необходимо для установки Интернет – зависимости существенно меньше, чем для других зависимостей, которые могут требовать несколько лет.

Основные причины интернет – зависимости:

- Возможность получения в сети социальной поддержки.
- Создать собственный образ.
- Возможность получения быстрого удовольствия и сексуального удовлетворения.
- Различные проблемы в семье.
- Неуверенность в себе, комплексы, стеснение в реальном общении.
- Нехватка внимания от близких.

Основное влияние на организм:

- В результате сохранения неподвижного положения тела длительное время происходит застой крови, что в свою очередь приводит к необратимому расширению сосудов.
- Гиподинамия.
- Длительное перенапряжения глаз, в результате чего могут появиться проблемы со зрением.
- Длительная работа на клавиатуре приводит к перенапряжению суставов кисти и мышц предплечья.
- При переработке большого количества информации за компьютером нередко развивается умственная отсталость и нарушение внимания.

- Длительная работа за компьютером может привести к хроническому стрессу.
- Неправильное питание.

Клиническая картина зависимости от информационных технологий проявляется следующими признаками:

- Ощущение эйфории в процессе пребывания в сети. При невозможности выхода в Интернет наблюдается уныние и апатия.
- Зависимого невозможно отвлечь от монитора и мотивировать его для выхода на улицу.
- Человек не общается с реальным миром, не посещает друзей и родственников.
- Зависимый регулярно проверяет свою почту в сети, обновляет страницу на социальных порталах, посещает аккаунт сайта знакомств и т.д.
- Теряется ощущение времени. Человек не замечает, как пролетает время в сети, он может зайти в Интернет всего на несколько минут по делу, а выйти через несколько часов.
- Во время пребывания в сети, человек забывает о профессиональной деятельности, домашних обязанностях, встречах и обещаниях.
- Пользователь тратит денежные средства на увлечения в сети, пытаясь скрыть это от своих близких.
- На физиологическом уровне ощущается боль в глазах, суставах, нарушение сна и питания.
- На психологическом уровне проявляется агрессия, тревога, уныние, вызванные негативными новостями.
- Близкие люди жалуются на безответственность зависимого и отстраненность от реальности. Сам зависимый не способен заметить свою увлеченность. [5]

Некоторые заболевания, которые могут возникать из-за длительного пользования различными гаджетами:

Номофобия – страх остаться без мобильного телефона.

Синдром фантомного звонка.

У человека появляются слуховые и моторные галлюцинации, ему кажется, что телефон в кармане звонит или вибрирует, хотя ничего не самом деле не происходит.

Киберболезнь, или «цифровая морская болезнь».

Данный недуг появляется из – за злоупотребления использованием смартфонов и планшетных компьютеров. Больных действительно «укачивает» от использования телефона

– это поясняется визуальными эффектами интерфейса и расстройством вестибулярного аппарата.

«Эффект Google».

Страдающие от «эффекта Google» уверены, что знания им не нужны, поскольку любая информация находится на расстоянии клика. При этом заболеванию подвержены даже те, кто не разделяет подобного убеждения – мозг просто отказывается запоминать информацию, независимо от человеческой воли.

Онлайн игромания.

Зависимость от онлайн – игр, которая славится своей большой деструктивностью. Нередки случаи, когда игра затягивает человека в виртуальный мир, в результате чего он теряет работу, семью, а порой и жизнь.

Киберхондрия.

Больные киберхондрией считают, что у них есть заболевание, о котором они вычитали в Интернете, и, как правило, не одно.

Профилактика зависимости от информационных технологий в целом не отличается от профилактики других видов зависимостей. Наиболее важный фактор – эмоциональная обстановка в окружении и коллективная поддержка.

Первичная профилактика данной зависимости будет направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих определенное влияние, а также на повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов. Первичная профилактика может широко проводиться среди студентов.

Информационные мероприятия первичной профилактики:

- информирование о вреде пользования различными гаджетами для здоровья
- информирование о правилах работы и пользования различными ИТ
- телефон доверия
- работа со специалистами и профессиональными психотерапевтами

Задачей вторичной профилактики зависимости от информационных технологий является – раннее выявление нервно – психических нарушений и работа с «группой риска», то есть с людьми, имеющими выраженную склонность к формированию данной зависимости.

Третичная профилактика зависимости от информационных технологий будет направлена непосредственно на лечение нервно – психического отклонения. Третичная профилактика также должна быть направлена на предупреждение рецидивов у лиц с уже сформированным девиантным поведением.

В практической части работы проводилось исследование на базе ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» среди студентов 1 – 3 курсов сестринского отделения с целью выявления проблемы зависимости от Интернета и различных информационных технологий.

Количество респондентов, принявших участие в тестировании составило 30 человек.

Методом исследования являлся – тест, разработанный профессором Питсбургского университета в Брэтфорде – Кимберли Янг. Тест модифицирован и переведён для русского языка Лоскутовой В.А.

Проведя тестирования и проанализировав результаты, можно утверждать, что среди большинства респондентов лишь 13% имеют проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом и им следует обратить на это внимание, у 87% респондентов нет проблем с использованием Интернета, ни у кого, среди тестируемых, не было выявлено Интернет – зависимости.

Теперь мы проанализируем ответы на самые показательные вопросы теста, которые помогут нам с подтверждением, или опровержением нашей гипотезы.

Отвечая на вопрос «Часто ли, вы замечаете, что проводите в сети больше времени, чем намеревались?», мы видим, что 53% респондентов не могут контролировать время, проведенное в Интернете.

Отвечая на вопрос «Часто ли, вы пренебрегаете домашними делами, чтобы провести больше времени в сети?», 6% респондентов пренебрегают домашними делами, чтобы провести время в сети, тем самым они способствуют развитию зависимости от Интернета.

Отвечая на вопрос «Часто ли страдают ваши успехи в учёбе или работе, так как Вы слишком много времени проводите в сети?», 13% респондентов отмечают, что у них из – за слишком большого времяпровождения в сети страдают успехи в учебе или работе.

Отвечая на вопрос «Часто ли Вы ощущаете, что жизнь без Интернета скучна, пуста и безрадостна?», 37% респондентов ощущают жизнь без Интернета скучной, пустой и безрадостной.

Ответы респондентов на вопрос «Часто ли вы ругаетесь, кричите или иным образом выражаете свою досаду, когда кто – то пытается отвлечь Вас от пребывания в сети?» дали следующие результаты: всего лишь 4% респондентов остро реагирует на попытку отвлечения его от пребывания в сети

Отвечая на вопрос «Часто ли Вы пренебрегаете сном, засиживаясь в Интернете допоздна?», мы можем заметить, что 30% респондентов, ответили – да.

Отвечая на вопрос «Часто ли Вы говорите себе «еще минутку», находясь онлайн?», мы можем заметить, что 47% респондентам сложно отказать себе в излишнем времяпровождении в Интернете, говоря себе каждый раз находясь в сети «еще минутку».

Отвечая на вопрос «Часто ли Вы терпите поражение в попытках сократить время, проводимое в сети?», 26% респондентов признали это за собой.

Отвечая на вопрос «Часто ли Вы пытаетесь скрыть количество времени, проводимое вами в сети?», мы можем заметить, что лишь 13% респондентов скрывают время, которое они проводят в сети.

Ответ респондентов на вопрос «Часто ли Вы выбираете провести время в Интернете, вместо того, чтобы выбраться куда – либо с друзьями?», только 6% респондентов, вероятнее всего, предпочтут провести время в Интернете, а не встречи с друзьями.

По результатам проведенного исследования, были выявлены предпосылки формирования интернет – зависимости среди студентов, такие как:

- неумение управлять времяпровождением в сети;
- неправильно выставленные предпочтения;
- слабоволие;
- низкая культура здоровья.

Данные предпосылки были выявлены лишь у 13% респондентов. Таким образом наша гипотеза о том, что большая часть студентов БМК склонна к формированию Интернет – зависимости – не подтвердилась.

В ходе исследования были разработаны памятка и буклет с рекомендациями для студентов по профилактике Интернет – зависимости, что имеет практическую значимость.

Цель достигнута, задачи исследования решены, гипотеза опровергнута

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В НАБЛЮДЕНИИ ЗА ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ

*Гареева Ольга Айратовна,
Иващенко Василина Германовна – студентки 30 СД группы
Верецагина Олеся Николаевна, Чурикова Светлана Владимировна,
Курганова Александра Борисовна – студентки 41 СД группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Усынина Агата, Кондакова Елизавета, Мартынова Екатерина,
Солдаткина Юлия – студентки 31 СД группы
КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
Научные руководители: Березань Елена Вильевна (ОГПОБУ БМК),
Андреева Нина Викторовна (КГБПОУ ХГМК)*

Учебно-исследовательская работа студентов посвящена роли медицинской сестры первичного звена здравоохранения в профилактической направленности педиатрической службы. Показаны основные аспекты диспансеризации беременных женщин и здоровых детей в работе участковой медицинской сестры, дан сравнительный анализ этой деятельности на примере анализа амбулаторных карт детской поликлиники №17 города Хабаровска и поликлиники детской областной больницы г. Биробиджана. Данная работа проведена студентами творческой группы при кабинете педиатрии и сестринского дела в педиатрии. Доклад по данному исследованию представлен на студенческую научно-практическую конференцию «Современные аспекты деятельности среднего медицинского персонала».

Трансформация общественных отношений в современной России затронула все отрасли социальной сферы, в том числе и систему здравоохранения. Основным направлением ее развития, осуществляемым в рамках национального проекта «Здоровье», является повышение приоритетности развития первичной медико-санитарной помощи, направленной на профилактику заболеваний, укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения.

Первичная медико-санитарная помощь — совокупность медико-социальных и санитарно-гигиенических мероприятий, осуществляемых на первичном уровне контакта отдельных лиц, семьи и групп населения со службами здравоохранения.

Охрана здоровья детей относится к числу приоритетных задач Правительства России. В силу сложившихся экономических показателей и социальных условий, сохраняются неблагоприятные тенденции в динамике ряда показателей состояния здоровья детей, число здоровых детей, т.е. отнесенные к первой группе здоровья, неуклонно снижается, растет контингент детей с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития с разной степенью компенсации.

Всемирная организация здравоохранения рассматривает сестринский персонал, как реальный потенциал для удовлетворения растущей потребности населения в доступной медицинской помощи. Медицинские сестры составляют самую многочисленную категорию работников здравоохранения, играют важную роль в реформе здравоохранения.

Сестринский персонал, работая в различных лечебно-профилактических и др. учреждениях, выполняет различные функции, которые требуют от каждого из них понимания факторов, влияющих на здоровье, причин болезней, способов их лечения и реабилитации, а также экологических, социальных и политических условий, в которых осуществляется медицинская помощь и функционирует система здравоохранения.

Деятельность сестринского персонала характеризуется большим разнообразием и включает как проведение высокотехнологичных клинических вмешательств, так и оказание широкого спектра услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи. Значительны также и колебания в степени самостоятельности медсестер при оказании медицинской помощи, принятии решений и выборе тактики действий. Особая роль сестринского персонала в условиях первичной медико-санитарной помощи заключается в использовании современных технологий профилактики, в том числе по формированию медицинской активности населения.

Потребность быть здоровым является основной жизненной потребностью человека. Реализация национального проекта в здравоохранении предполагает возрождение диспансеризации. Основной формой профилактической работы медицинского персонала детских амбулаторно-поликлинических учреждений является диспансеризация здоровых детей.

Характеристика исследования

Студенты творческой группы при кабинетах сестринское дело в педиатрии выполнили исследовательскую работу «Роль участковой медицинской сестры в усилении профилактической направленности педиатрической службы».

Цели исследования:

➤ изучить роль участковой медицинской сестры в усилении профилактической направленности педиатрической службы детских поликлиник г. Хабаровска и г. Биробиджана.

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой исследования были поставлены следующие задачи:

➤ провести сравнительный анализ состояния дел по профилактическому направлению работы на педиатрических участках, на которых постоянно работают участковые медсестры и участках, на которых данный вид работы наряду со своими обязанностями выполняет участковый врач и временно частично выполняющие сестринские обязанности медицинские сестры с других участков;

➤ проанализировать роль участковой медсестры в профилактической направленности амбулаторной педиатрии;

➤ определить пути улучшения работы по профилактике на педиатрическом участке.

В соответствии с целью и задачами объектом исследования является деятельность участковой медицинской сестры в усилении профилактической направленности педиатрической службы, предметом исследования – роль участковой медицинской сестры

КГБУЗ «Детская городская поликлиника №17» МЗ Хабаровского края в усилении профилактической направленности педиатрической службы и медицинские сестры ОГБУЗ «Детская областная больница» г. Биробиджана.

Для достижения цели и реализации задач исследования был использован комплекс методов исследования:

- изучение и научно-теоретический анализ литературы по исследуемой проблеме;
- праксиметрический метод (изучение документов);
- статистические методы (методы измерения и обработки экспериментальных данных, их системный анализ, графическая интерпретация);
- синтез и обобщение, способствующие подведению промежуточных и общих итогов исследования.

Гипотеза исследования состоит в том, что организация профилактических мероприятий при диспансеризации здоровых детей грудного возраста в значительной степени возлагается на медицинских сестер амбулаторно-поликлинической службы и ее эффективность целиком и полностью зависит от знаний медицинской сестры, ее активном взаимодействии с родителями детей и наличии постоянно работающего среднего медицинского персонала.

Исследование проходило в несколько этапов.

Первый этап – подготовительный.

Включал:

- Организацию творческих групп студентов.
- Изучение и анализ медицинской литературы, изучение теоретического и практического уровней разработанности данной проблемы. Полученный материал позволил сформулировать рабочую гипотезу, определить цель, задачи, объект и предмет исследования.

Второй этап – сбор практико-ориентированного материала по проблеме исследования, включающий

- Сравнительный анализ индивидуальных карт развития ребенка в 2-х группах исследования:

1. индивидуальные карты детей двух участков, на которых работают на протяжении ряда лет постоянные участковые медицинские сестры;
2. индивидуальные карты детей двух участков, на которых отсутствуют постоянно работающие медицинские сестры, их роль наряду с выполнением своих обязанностей выполняет участковый врач и временно частично выполняющие сестринские обязанности медицинские сестры с других участков.

Таблица 1

Количество обследованных индивидуальных карт детей (ф. 112/у)

	1 группа постоянно работающие медсестра	2 группа временно работающие медсестра	Всего
Хабаровск	78	74	152
Биробиджан	85	79	164

➤ Сравнительный анализ годового отчета по этим же группам исследования.

Анализ проводился в КГБУЗ «Детская городская поликлиника №17» МЗ Хабаровского края и поликлинике ОГБУЗ ДООБ г. Биробиджана, включал такие показатели, как охват дородовыми патронажами беременных, проживающих на территории обслуживания данными участками, процент естественного вскармливания, выполнение плана прививок, кратность патронажей грудных детей.

Третий этап – систематизация полученных данных; анализ результатов исследования и их оформление в виде графиков и диаграмм.

Состояние профилактической работы участковой медсестры по антенатальной охране плода

Проведение профилактических мероприятий, направленных на охрану здоровья ребенка, начинается задолго до его рождения. Антенатальная охрана плода заключается в организации наиболее рационального наблюдения за беременной женщиной, направленного на выявление и предупреждение факторов повышенного риска для нормального развития плода (антенатальный риск) и здоровья новорожденного.

Основная задача детских поликлиник в антенатальной охране плода – проведение дородовых патронажей, участие в занятиях с беременными в очной школе материнства.

Патронаж (франц. «patronage» - покровительство) — форма работы лечебно-профилактических учреждений, основными целями которой являются проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий, внедрение правил личной гигиены и улучшение санитарно-гигиенических условий в быту.

Дородовый патронаж осуществляется медицинской сестрой к беременным женщинам до родов 2 раза:

1. после взятия беременной женщины на учет в женской консультации и передачи сведений в детскую поликлинику (в течение 10 дней после получения сведений о ней из женской консультации);
2. на 31-32 неделе беременности.

Целями дородовых патронажей являются:

1. установление контакта детской поликлиники с будущей матерью: знакомство с ней, материальными, санитарно-гигиеническими условиями и образом жизни семьи, состоянием здоровья беременной и членов семьи;
2. осуществление пренатальной диагностики факторов риска для плода (антенатальный риск), направленность риска;
3. сбор и оценка генеалогического анамнеза;
4. оценка социального анамнеза;
5. прогнозирование лактации;
6. планирование мероприятий по профилактике антенатальной патологии у ребенка и гипогалактии;
7. оказание консультативной помощи по организации уголка новорожденного, по приобретению белья и предметов ухода за ребенком.

Для знакомства с участковым врачом медицинская сестра приглашает беременную в детскую поликлинику на профилактический прием в комнату здорового ребенка, где имеются наглядные пособия. На базе комнаты здорового ребенка проводятся занятия школы материнства, где, используя наглядные пособия, можно подготовить женщину к уходу за новорожденным. Особый акцент делается на пропаганду естественного вскармливания, прогноз и профилактику гипогалактии.

В процессе сравнительного анализа индивидуальных карт ребенка было выявлено, что проведение мероприятий по антенатальной охране плода значительно отличается в 2-х обследованных группах, что видно в таблице № 2 и диаграмме № 1 и 2.

Таблица 2

Охват дородовыми патронажами беременных в группах наблюдения
г. Хабаровска и г. Биробиджана

Показатели	1 группа		2 группа	
	Хабаровск	Биробиджан	Хабаровск	Биробиджан
Всего обследованных карт	78	85	74	79
Охват дородовым патронажем в абсолютных цифрах	73	80	50	64
Охват дородовым патронажем в относительных цифрах	93%	94%	68%	81%

Диаграмма № 1. Охват дородовыми патронажами беременных в группах наблюдения
г. Хабаровска и г. Биробиджана

1 группа обследования

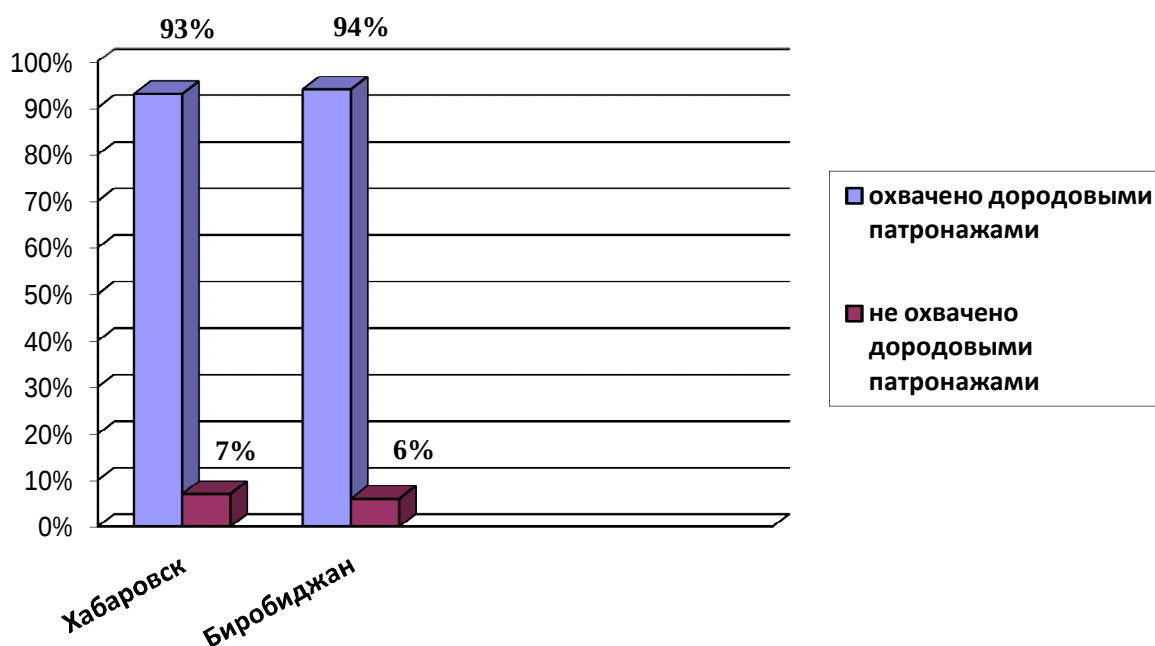
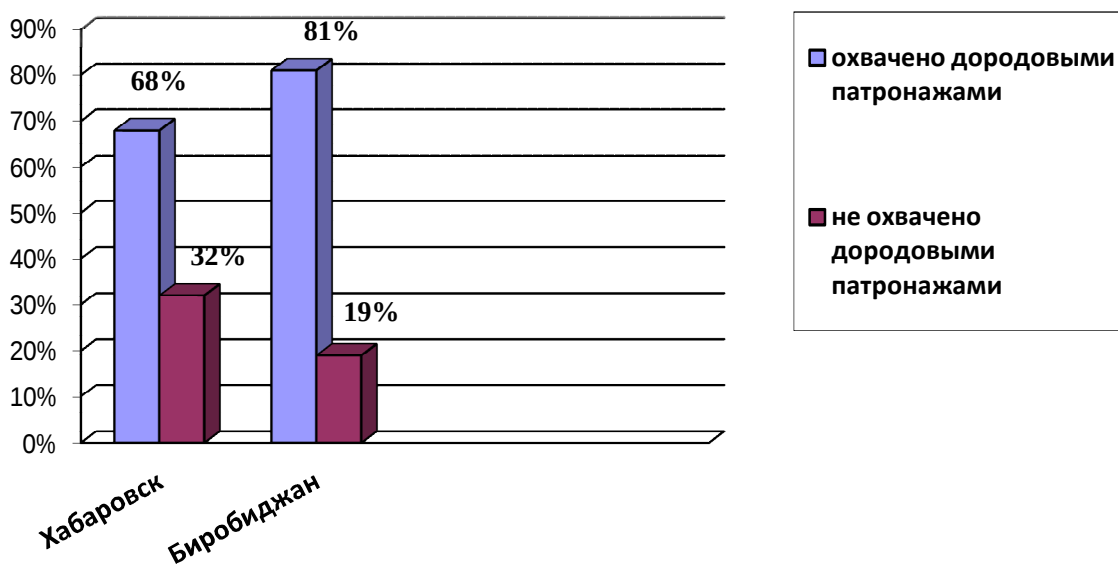


Диаграмма № 2. Охват дородовыми патронажами беременных в группах наблюдения
г. Хабаровска и г. Биробиджана

2 группа обследования



Анализ полученных данных позволил увидеть роль медицинской сестры педиатрического участка в антенатальной охране плода. В 1 группе обследования было охвачено антенатальной профилактикой соответственно 93% беременных женщин в г. Хабаровске и 94% в г. Биробиджане, которым был проведен весь комплекс вышеперечисленных мероприятий данного направления. По 5 человек из этой группы не были охвачены дородовыми патронажами по объективным причинам, не зависящим от медицинской сестры: 3 человека проживали во время беременности не на территории обслуживания данных участков, 2 человека не обращались в женскую консультацию по беременности, а, следовательно, и не были переданы в детскую поликлинику. Во 2 группе наблюдения, где отсутствуют постоянные медицинские сестры, соответственно только 68% беременных женщин были охвачены антенатальной охраной плода в г. Хабаровске и 81% в г. Биробиджане, причины отсутствия наблюдения за остальными 32% женщин установить не удалось в г. Хабаровске и 19% в г. Биробиджане.

Показатели г. Биробиджана немного выше таковых г. Хабаровска по причине того, что на всех участках г. Биробиджана имеются постоянные медицинские сестры. Их отсутствие объясняется отпуском, по болезни или учебой на ФПК.

Состояние профилактической работы участковой медсестры по диспансеризации здоровых детей первого года жизни

Диспансеризация – активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья различных контингентов населения с целью профилактики, раннего выявления заболеваний, своевременного проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

В проведении широкого комплекса оздоровительных мероприятий, направленных на предупреждение патологии у детей, снижение заболеваемости, детской смертности, заключается огромная социальная значимость профилактической деятельности медицинской сестры. Диспансерный метод обслуживания состоит в осуществлении комплекса мер, обеспечивающих развитие и воспитание здорового ребенка и включающих:

Медицинские сестры обследованных поликлиник осуществляют динамический контроль за состоянием здоровья ребенка путем проведения дифференцированных тематических патронажей и на фиксированных приемах.

При каждом посещении семьи наряду с осмотром ребенка и оценкой его здоровья медсестра контролирует выполнение матерью рекомендаций по вскармливанию, режиму, уходу и дает разъяснения по состоянию здоровья ребенка.

На первом году жизни медицинская сестра ознакомит родителей с основными вопросами по воспитанию ребенка:

- действующими законодательными актами в области охраны здоровья и прав женщин и детей;
- режимом дня и питания кормящей матери;
- режимом дня и его значением в воспитании детей первого года жизни;
- правилами физического воспитания и закаливания детей первого года жизни;
- особенностями нервно-психического развития детей раннего возраста;
- профилактикой анемии и рахита;
- рациональным питанием детей раннего возраста;
- профилактикой гипогалактии;
- преимуществами естественного вскармливания;
- профилактикой желудочно-кишечных заболеваний;
- профилактикой инфекционных заболеваний;
- иммунопрофилактикой у детей первого года жизни;
- особенностями предупреждения травматизма и несчастных случаев у детей раннего возраста;
- особенностями воспитания гигиенических навыков у детей.

Проводит контроль за режимом ребенка в семье и своевременно его изменять в соответствии с возрастом, контролирует режим дня и питание кормящей матери, проводит профилактику гипогалактии, обеспечивает правильную методику проведения грудного, смешанного и искусственного вскармливаний.

Обучает родителей методике массажа и гимнастики, методам закаливания.

Нацеливает родителей на своевременное обращение за медицинской помощью при появлении даже небольших отклонений в состоянии здоровья ребенка.

Совместно с семьей проводит профилактику анемии, рахита, гипотрофии, ОРВИ и других заболеваний.

Патронаж грудного ребенка осуществляется медицинской сестрой

- с 1 месяца до 6 месяцев 2 раза в месяц,
- с 6 месяцев до 12 месяцев - 1 раз в месяц.

Вышеперечисленная информация получена с помощью анкетирования медицинских сестер поликлиник г. Хабаровска и г. Биробиджана (на исследуемых участках).

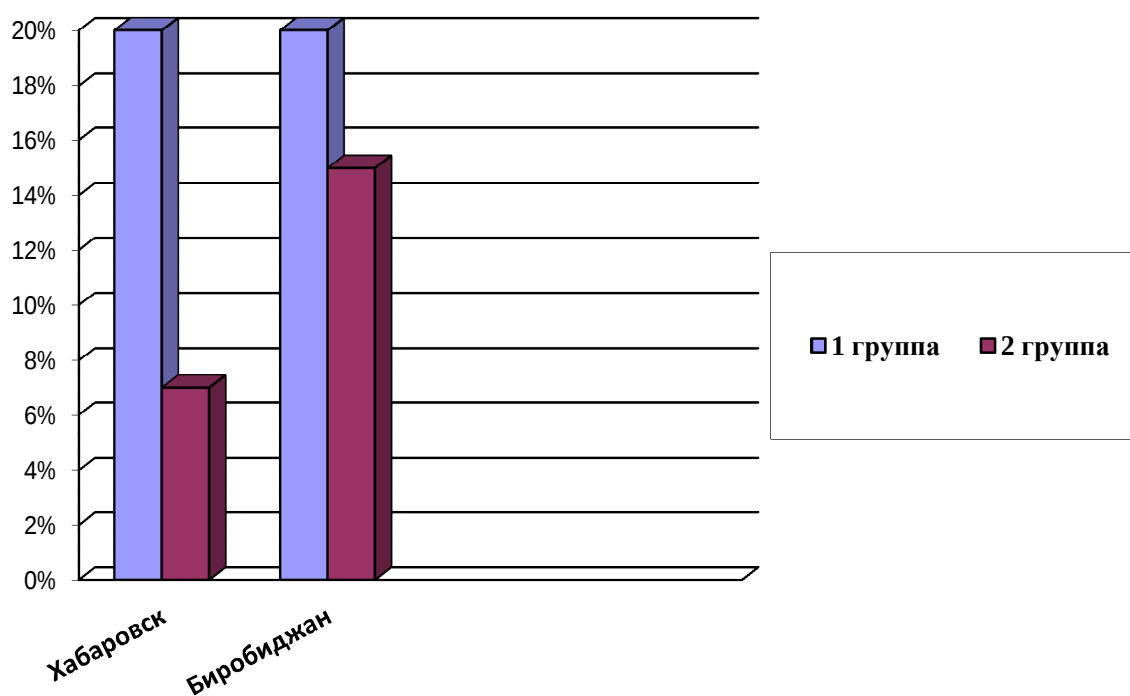
Анализ индивидуальных карт детей и годовых отчетов позволил определить разницу индивидуального наблюдения за детьми первого года жизни в 2- группах наблюдения: оказалось, что кратность наблюдения за детьми грудного возраста в домашних условиях, т.е. кратность активных патронажей существенно отличается в 2-х группах наблюдения, что наглядно видно в таблице № 3 и диаграмме № 3.

Таблица 3

Кратность сестринских патронажей детей грудного возраста в группах наблюдения
г. Хабаровска и г. Биробиджана

Показатели	1 группа		2 группа	
	Хабаровск	Биробиджан	Хабаровск	Биробиджан
Всего обследованных карт	78	85	74	79
Средняя кратность патронажей на 1 ребенка в течение 1 года жизни	20	20	7	15

Диаграмма № 3. Кратность сестринских патронажей детей грудного возраста в группах наблюдения г. Хабаровска и г. Биробиджана



Средняя кратность патронажей на 1 ребенка в течение 1 года жизни в 1 группе наблюдения составила 20 посещений к одному ребенку (что соответствует нормам), в то время, как этот же показатель во 2 группе составил всего 7 посещений, что в 2.5 раза меньше, чем в первой группе (по г. Хабаровску) и 15 по г. Биробиджану.

Состояние профилактической работы участковой медсестры по поддержке естественного вскармливания.

Грудное вскармливание – наиболее важная составляющая часть заботы о ребенке. Недаром именно этот способ кормления малыша всегда назывался естественным.

Питание занимает исключительное место в жизни человека. С пищей организм получает необходимые вещества, которые обеспечивают восполнение энергетических затрат организма, его основной обмен. С пищей человек получает пластический материал для построения тканей. Особенно это необходимо растущему организму, каким является ребенок. Рациональное питание обеспечивает правильное физическое и психическое развитие ребенка, хорошую сопротивляемость к инфекции и воздействиям окружающей среды.

Медицинские работники должны уметь помочь матерям преодолеть все сложности, возникающие при кормлении грудью.

Нами было проанализировано вскармливание 152 детей по данным индивидуальных карт развития этих детей в г. Хабаровске и 164 карты в г. Биробиджане. Выявленные данные представлены в таблице № 4 и диаграмме № 4 и 5.

Таблица 4

Характер вскармливания детей грудного возраста в группах наблюдения
г. Хабаровска и г. Биробиджана

Показатели	1 группа		2 группа	
	Хабаровск	Биробиджан	Хабаровск	Биробиджан
Всего обследованных карт	78	85	74	79
Количество детей на естественном вскармливании	53 (68%)	52 (61%)	32 (43%)	40 (51%)
Количество детей на искусственном вскармливании	25 (32%)	33 (39%)	42 (57%)	39 (49%)

Диаграмма № 4. Характер вскармливания детей грудного возраста в группах наблюдения г. Хабаровска и г. Биробиджана

1 группа обследования

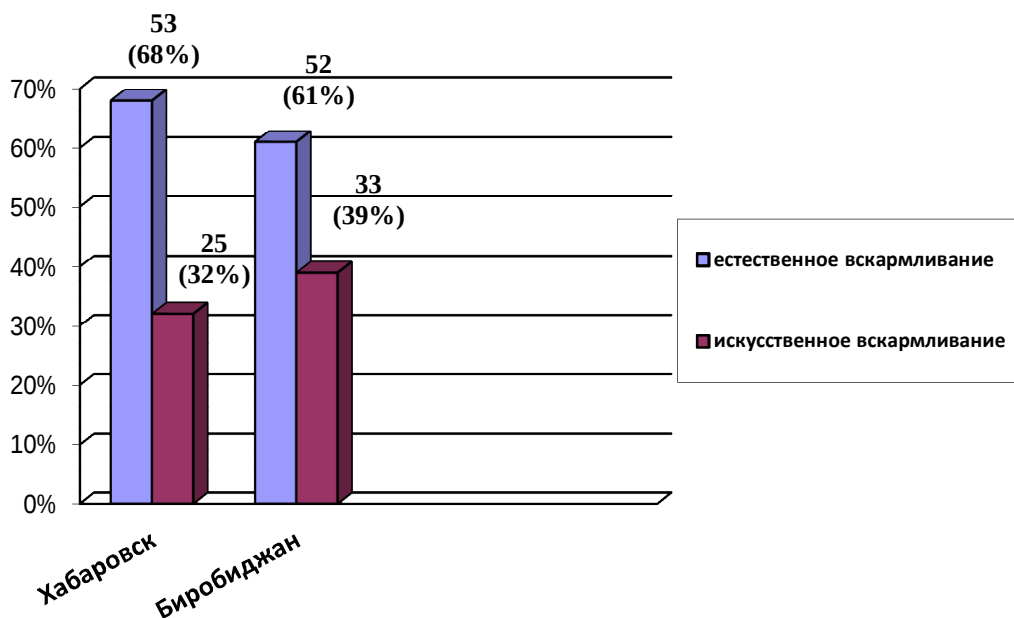
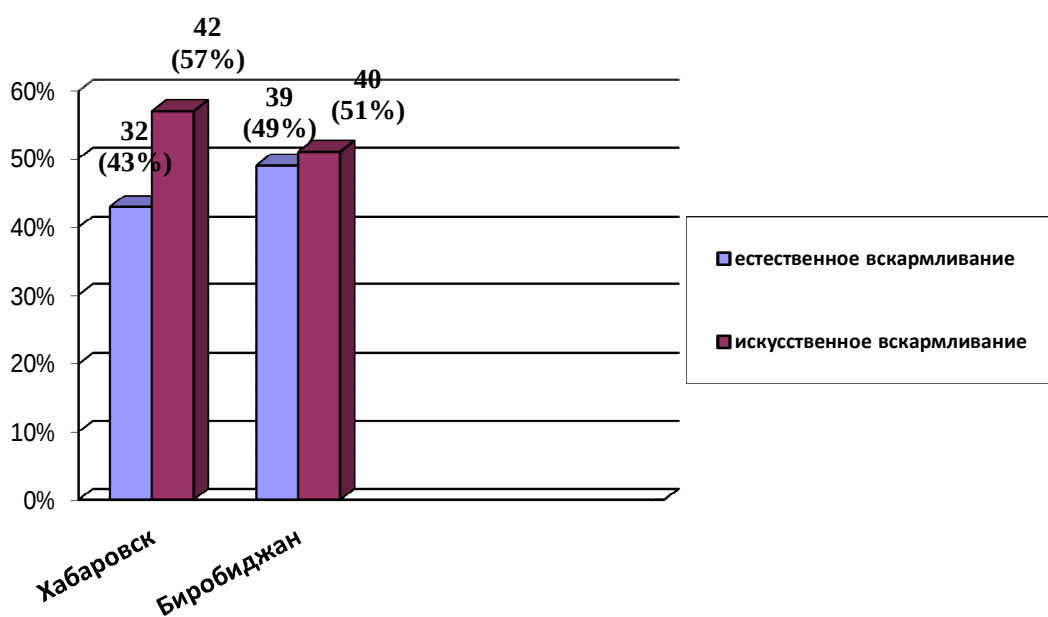


Диаграмма № 5. Характер вскармливания детей грудного возраста в группах наблюдения г. Хабаровска и г. Биробиджана

2 группа обследования



Полученные данные наглядно демонстрируют роль участковой медицинской сестры в вопросах поддержки естественного вскармливания. Там, где работают медицинские сестры, осуществляют постоянное методическое наблюдение за детьми, осуществляя покровительство, т.е. патронажи и процент естественного вскармливания выше по сравнению с группой детей, за которыми не установлено такое же наблюдение, соответственно 68% и 43% в г. Хабаровске и 61% и 51% в г. Биробиджане. Изменить ситуацию могли бы медицинские сестры, обладающие знаниями тех процессов, которые происходят в организме женщины при кормлении грудью, и умеющие применить эти знания для пропаганды грудного вскармливания и действенной помощи кормящим матерям. И тогда грудное вскармливание станет правилом, а питание искусственными смесями – редким исключением.

Консультируя маму, медсестра не только рассказывает, как определить правильность прикладывания к груди, но и смотрит каким образом осуществляется кормление. Медсестра-консультант осматривает мать и ребенка, оценивает правильность кормления, помогает матери исправить допущенные ошибки и убеждает ее в возможности продолжения естественного вскармливания. Нередко говорит с членами семьи, советует, как ослабить стресс, беспокойство. Введение прикорма с 4-6 месяцев жизни не требует прекращения кормления грудью. В возрасте 1 года и старше 0,5 л грудного молока в сутки (после пробуждения, перед сном, ночью) – это гарантия правильного психического, умственного развития малыша. Такой ребенок будет спокойным, доброжелательным, защищенным: он знает, что его любят.

Успех матерей в кормлении грудью в известной степени зависит от отношения к нему окружающих. Там, где к грудному вскармливанию относятся как к нормальному явлению, большинство матерей с успехом кормят грудью. Там же, где бытует мнение, что кормление грудью – вещь старомодная, сложная, влекущая за собой неприятности и осложнения, вероятность отказа матерей от кормления грудью значительно выше.

Необходимо оказывать поддержку грудному вскармливанию и убеждать людей в его большой ценности.

И в заключении хотелось бы еще раз отметить, что медсестры имеют прекрасный шанс изменить сложившуюся ситуацию к лучшему. Именно в наших с вами руках будущее грудного вскармливания и будущее здоровье наших детей!

Пользуйтесь любой возможностью разъяснять отдельным людям, персоналу медицинских учреждений преимущества грудного вскармливания! И постепенно идея о том, что грудное вскармливание является единственным ценным способом кормления детей, станет широко распространенной.

Состояние работы участковой медсестры по вакцинопрофилактике

План проведения прививок фиксируется в специальном одноименном журнале на месяц, на основании, которого участковая медицинская сестра ведет прививочную работу на участке. Ведется строгий учет детей, получивших медицинские отводы, строго выдерживаются их сроки. Ежемесячно участковая медицинская сестра отчитывается о выполнении плана прививок старшей медицинской сестре, зав. поликлиникой, а они в Роспотребнадзор. Охват детей участка профилактическими прививками является важным показателем качественной работы участковой медицинской сестры.

Одна из сторон проблемы вакцинопрофилактики — подготовка ребенка к проведению прививки. Согласно стандартам сестринской деятельности, медицинская сестра планирует вакцинацию, дает советы по питанию, режиму до и после вакцинации. Таким образом, сестринский процесс предусматривает подготовку ребенка к предстоящей вакцинации во избежание поствакцинальных осложнений.

Учитывая чрезвычайную актуальность рассматриваемого вопроса, связанного с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, нам было, прежде всего, интересно выявить зависимость выполнения плана профилактических прививок от деятельности участковой медицинской сестры. Полученные данные представлены в таблице № 5 и диаграммах № 6-9.

Таблица 5

Выполнение плана профилактических прививок в группах наблюдения
по данным отчета г. Хабаровска и г. Биробиджана (в %)

Показатели	1 группа		2 группа	
	Хабаровск	Биробиджан	Хабаровск	Биробиджан
Процент выполнения плана	86%	82%	68%	67%
Не привиты	14%	18%	32%	33%
Не привиты в связи с медотводами	14%	16%	15%	20%
Не привиты в связи с неявкой на прививку	0%	2%	17%	13%

Диаграмма № 6. Процент выполнения плана профилактических прививок в группах наблюдения г. Хабаровска и г. Биробиджана

1 группа обследования

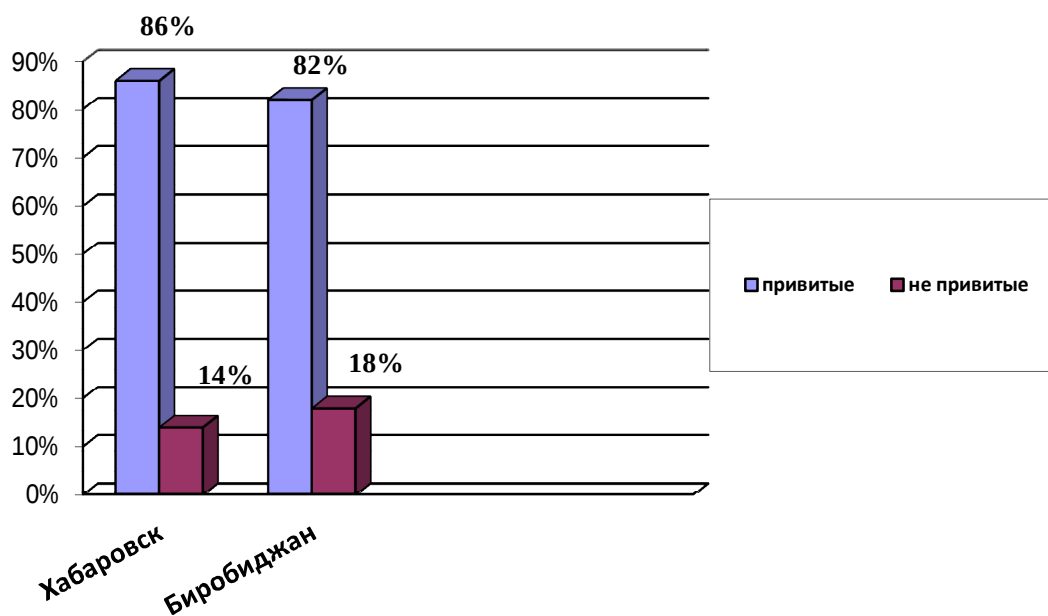


Диаграмма № 7. Процент выполнения плана профилактических прививок в группах наблюдения г. Хабаровска и г. Биробиджана

2 группа обследования

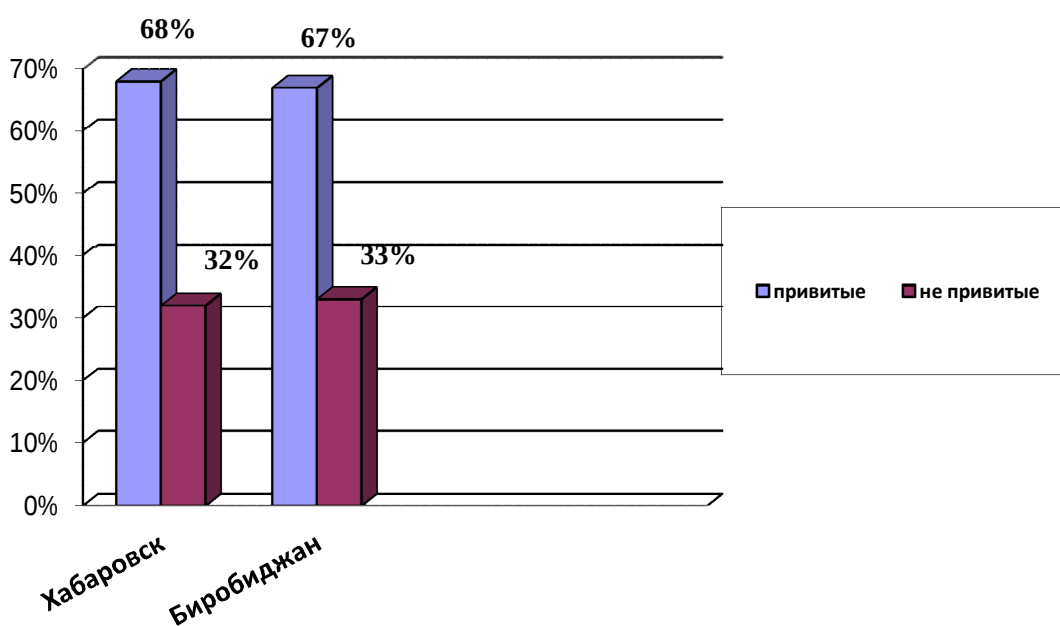


Диаграмма № 8. Причины невыполнения плана профилактических прививок в группах наблюдения г. Хабаровска и г. Биробиджана (в %)

1 группа обследования

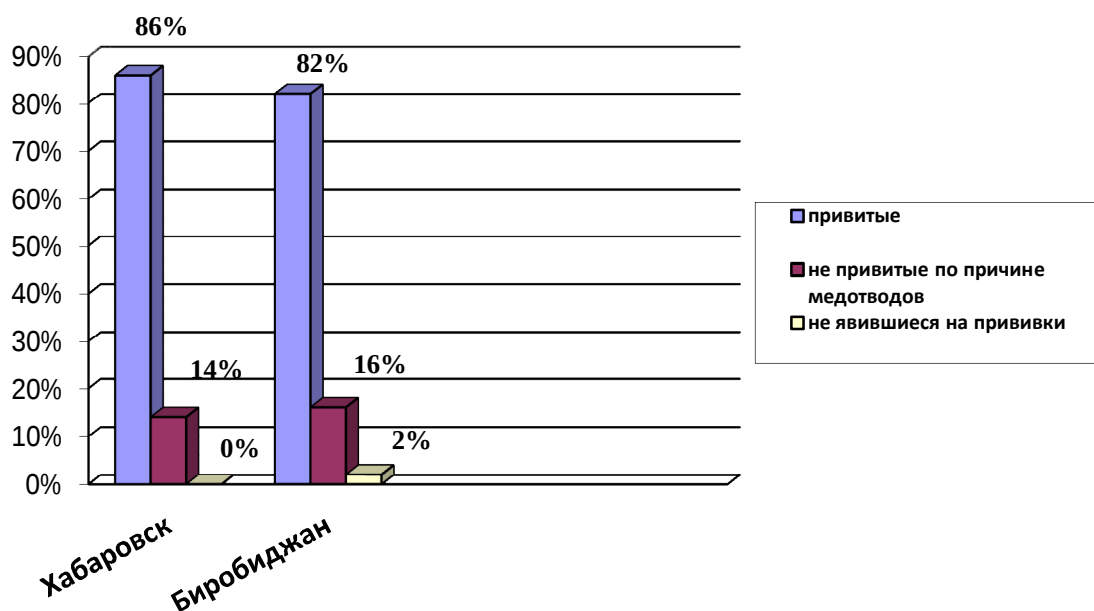
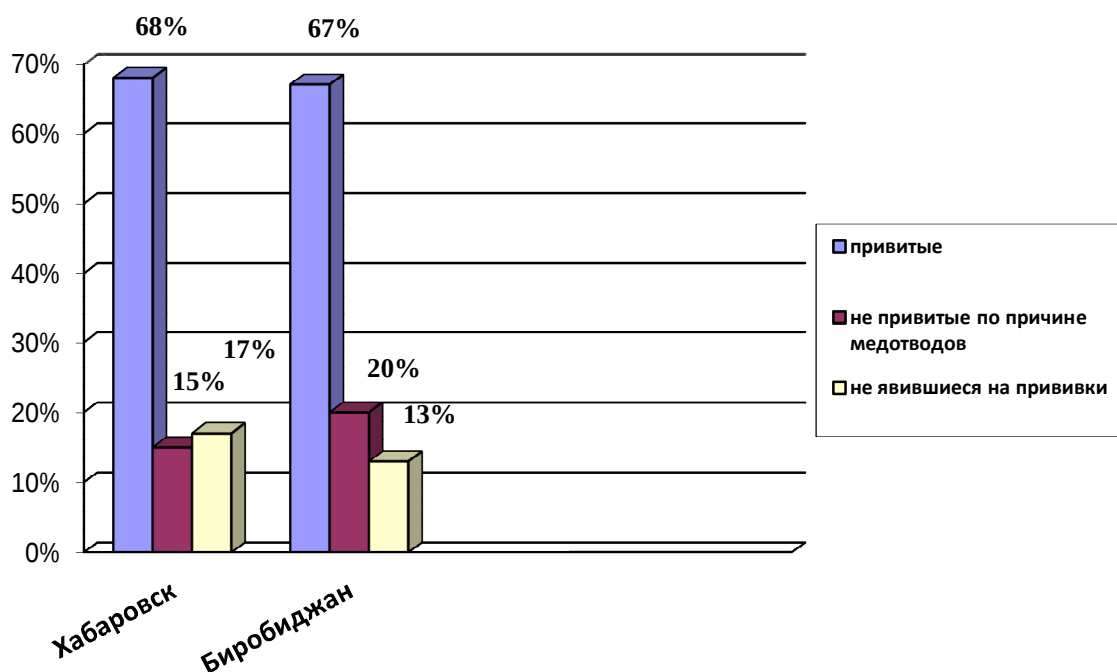


Диаграмма № 9. Причины невыполнения плана профилактических прививок в группах наблюдения г. Хабаровска и г. Биробиджана (в %)

2 группа обследования



Полученные данные продемонстрировали еще раз, что одним из основных разделов работы участковой медицинской сестры является профилактическая, в основе которой стоит вакцинопрофилактика.

Основными принципами иммунопрофилактики являются доступность, бесплатность, информированность, добровольность в одних и обязательность — в других случаях, предусмотренных законами РФ. Профилактические прививки проводятся с согласия граждан после получения ими от медицинского работника полной и объективной информации, о возможных осложнениях при их проведении, а также последствиях отсутствия прививок.

Каждая мать должна четко понимать, какую ответственность она берет на себя, отказывая своему ребенку в прививке, нарушая его право быть защищенным от инфекционных болезней. Каждая медицинская сестра обязана осознавать, что повышение санитарной грамотности населения — важнейший элемент ее деятельности, она должна грамотно объяснить населению необходимость профилактических мероприятий, в том числе в области иммунологии и своевременно пригласить ребенка на профилактическую прививку.

Выводы

Материал исследовательской работы позволяет сделать ряд выводов:

1. В системе непрерывного медицинского наблюдения ведущая и координирующая роль принадлежит участковой бригаде, состоящей из участкового педиатра и медицинской сестры. Только их совместная содружественная деятельность способна в полной мере обеспечить своевременность, комплексность и необходимый объем профилактической, лечебной и реабилитационной работы.

2. В результате изучения литературных и интернет источников мы выяснили, что роль медицинской сестры детской поликлиники в наблюдении за здоровыми детьми включает проведение патронажей дородовых и послеродовых, диспансеризацию здоровых детей первого года жизни, поддержку естественного вскармливания, реализацию национального календаря прививок (проведение вакцинации)

3. Проведенное исследование подтвердило, что на участках детских поликлиник г. Хабаровска и г. Биробиджана все показатели деятельности медицинских сестер, работающих на постоянной основе выше, чем на участках при отсутствии постоянной медицинской сестры.

4. Данная УИРС осветила основную роль медицинской сестры первичного звена, цель исследования достигнута, гипотеза доказана.

Список источников:

1. Баранова А.А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с.
2. Двойникова С.И. Основы сестринского дела / под ред. С.И. Двойникова. - М., 2013. - 336 с.
3. Доскин В.А., Косенкова Т.В., Авдеева Т.Г., Шестакова В.Н., Никонорова Н.М., Федоров Г.Н., Григорьева В.Н. Поликлиническая педиатрия / В.А. Доскин, Т.В. Косенкова, Т.Г. Авдеева, В.Н. Шестакова, Н.М. Никонорова, Г.Н. Федоров, В.Н. Григорьева. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2016. - 503 с.
4. Ежова Н.В., Русакова Е.М., Кашеева Г.И. Учебник «Педиатрия». / Н.В. Ежова, Е.М. Русакова, Г.И. Кашеева - М.: Оникс, 2014 - 592с Стр. 410-428
5. Жданова Л.А., Нуждина Г.Н., Шишова А.В., Молькова Л.К., Прощина И.М., Мандров С.И., Бобошко И.Е., Салова М.Н., Рунова О.С. Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике: Учебное пособие для студентов / Л.А. Жданова, Г.Н. Нуждина, А.В. Шишова, Л.К. Молькова, И.М. Прощина, С.И. Мандров, И.Е. Бобошко, М.Н. Салова, О.С. Рунова. - Иваново, 2015. - 308 с.
6. Краснов М.В., Шарапова О.В., Краснов В.М. Профилактическая работа по охране здоровья детей раннего возраста: Пособие для врачей-педиатров / М.В. Краснов, О.В. Шарапова, В.М. Краснов. - М., 2014. - 252 с.
7. Коренчук З.А., Поддужная М.А., Шелудько В.С., Биктаев Ш.А. Организационные подходы по совершенствованию деятельности медицинских сестер лечебно-профилактических учреждений на уровне региона (методические рекомендации) / З.А. Коренчук, М.А. Поддужная, В.С. Шелудько, Ш. А. Биктаев. - Пермь, 2016. - 72с.
8. Лютикова О.К. Сестринское дело в педиатрии / О.К. Лютикова // II том – М.: АНМИ, 20015. – 399 с.
9. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: учебник / С.А. Мухина, И.И. Тарновская - М., 2017. - 368 с.
10. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2007 № 307 “О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни”.
11. Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 51н “Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям”.
12. Севостьянова Н.Г. Сестринское дело в педиатрии / Н.Г. Севостьянова // Часть I и II. – М.: АНМИ, 2014. – 603 с.

13. Тульчинская В.Д. Сестринская помощь детям./ В.Д. Тульчинская - «Феникс», Ростов-на-Дону. - 2015

14. Тюков Ю.А. и др. Методические рекомендации по оценке медицинской эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений / Ю. А. Тюков и др. - М., 2015. - 15 с.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

*Музыка Кира Владимировна, Сывульская Надежда Андреевна - студентки 42 ЛД группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Калинина Ольга Владимировна*

Цель работы:

Изучение влияния наследственности на развитие сахарного диабета.

Задачи:

1. Доказать, что сахарный диабет – наследственное заболевание.
2. Определить факторы риска к инсулиннезависимому сахарному диабету
3. Рассмотреть проблему инсулинозависимого сахарного диабета на генетическом уровне.
4. Изучить вопрос предрасположения к инсулинозависимому сахарному диабету.
5. Проанализировать анкеты, составленные по вопросам данной темы.
6. Сделать выводы по изученному материалу.

Распространенность сахарного диабета в России, в различных экономико – географических регионах страны при активном выявлении больных составляет для большинства районов 2,5 – 3,8% обследованной популяции (рис. 1). Как и в других странах мира и в России преобладает инсулиннезависимый сахарный диабет, который диагностирован у 80- 90% всех больных сахарным диабетом.

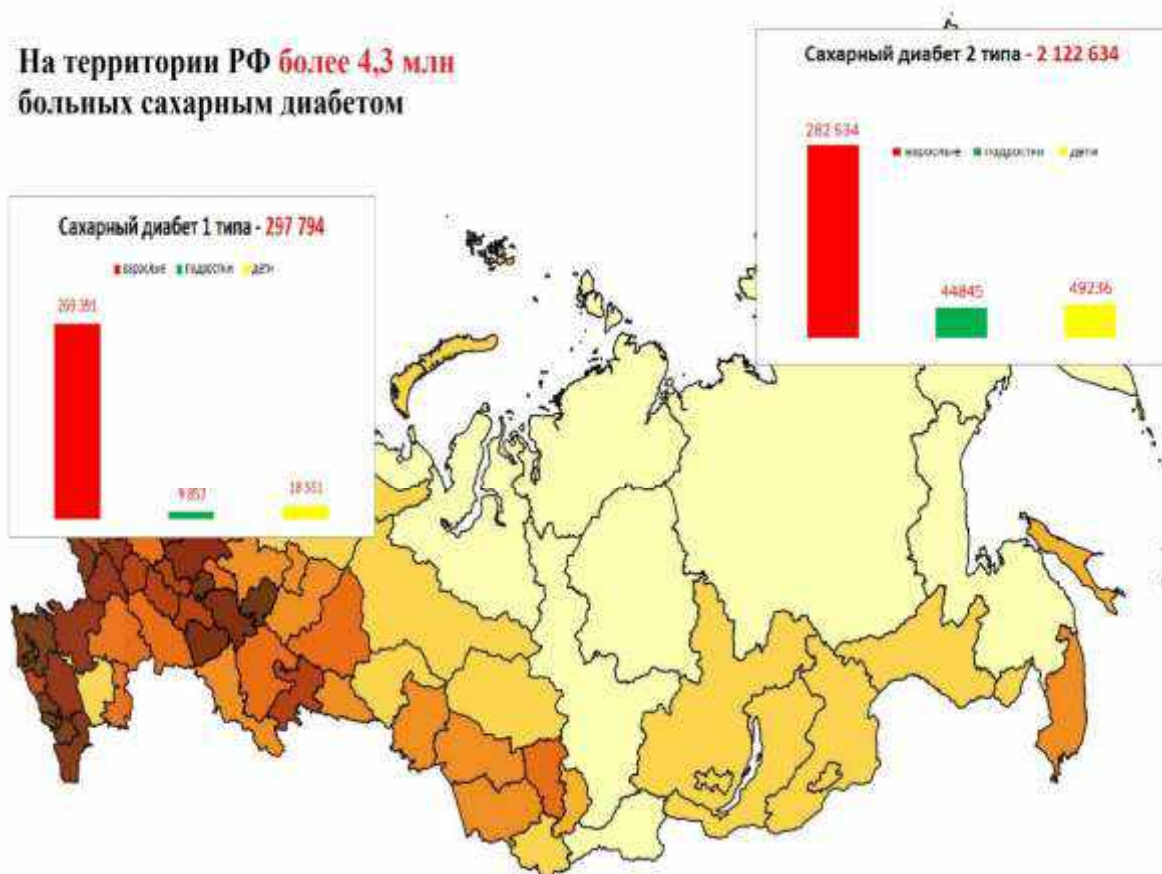


Рисунок 1. «Распространённость сахарного диабета у населения России»

Чем «старше» популяция, тем чаще регистрируется инсулиннезависимый сахарный диабет. Инсулинозависимым сахарным диабетом болеют 1 из каждых 500 и 1 из каждых 200 соответственно детей и подростков (рис. 2). Сравнение частоты заболевания среди определенных групп родственников пробандов с аналогичными «контрольными» группами позволило в семьях, отягощенных по сахарному диабету, выявить до 50%, а иногда и более пораженных индивидов. Эти данные указывают на наличие семейной предрасположенности к сахарному диабету[6].



Рисунок 2. «Подверженность сахарному диабету 1 типа среди взрослого и детского населения»

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, сахарный диабет является одним из наиболее распространенных и опасных болезней последнего времени. Количество заболевших постоянно растет. Заболевание связано оно с нарушением функций эндокринной системы. Причины представленного недуга объясняются недостаточным выработыванием или отсутствием гормона инсулина, а также если организм его попросту не усваивает [9].

В ходе работы, мы изучили и проанализировали материалы научно-публицистической литературы и выявили, что в настоящее время стало ошибочно представление о том, что сахарный диабет является гомогенным заболеванием.

Сахарный диабет - заболевание эндокринной системы, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью в организме инсулина - гормона поджелудочной железы, в результате чего развивается гипергликемия (стойкое увеличение содержания глюкозы в крови)[5].

Различают:

1. Генетически (наследственно) обусловленные
2. Не обусловленные генетически формы сахарного диабета.

В свою очередь генетически обусловленный сахарный диабет неоднороден.

С учетом патогенеза можно выделить:

1. Инсулинозависимый (I тип).
2. Инсулиннезависимый (тип II) диабет[3].

Накопленные данные позволили определить сахарный диабет как полигенным по своей природе заболевания, в этиологии и патогенезе которого участвуют как внутреннее (генетическое, иммунное), так и внешние (вирусные инфекции, интоксикации) факторы. Их сочетание и взаимодействие приводят к развитию патологии углеводного обмена.

Среди всех причин заболевания сахарным диабетом наследственная предрасположенность стоит на первом месте.

Существуют и другие факторы:

1. Ожирение,
2. Стресс,
3. Заболевания поджелудочной железы,
4. Прием в течение длительного времени лекарственных препаратов, влияющих на углеводный обмен (диуретики, кортикостероиды, пероральные стероидные контрацептивы)
5. Алкоголизм и другие [3].

Эти причины можно как-то предупредить и даже исключить, а с наследственностью бороться бессмысленно. По наследству передается не сама болезнь, а ее предрасположенность к поражению поджелудочной железы, что и приводит к образованию инсулинового дефицита или отсутствию его усваиваемости.

Наследственный риск проявления у человека сахарного диабета составляет 60-80% от всех факторов[8].

Так как инсулинозависимый сахарный диабет является полигенным заболеванием, в основе которого лежат по 2 мутантных диабетических гена в 6 хромосоме. Они связаны с HLA-системой (Д-локусом), определяющие индивидуальный, генетически обусловленный ответ организма и b-клеток на различные антигены, которые кодируются генами главного комплекса гистосовместимости, локализованными на этой хромосоме.

В зависимости от типа кодируемых белков и их роли в развитии иммунных реакций, гены главного комплекса гистосовместимости подразделяются на 3 класса:

Таблица 1

Гены I класса	Включают локусы A, B, C, которые кодируют антигены, присутствующие на всех ядродержащих клетках, их функция заключается прежде всего в защите от инфекции, особенно вирусной
Гены II класса	Расположены в D-области, которая включает локусы DP, DQ, DR. Гены этих локусов кодируют антигены, которые экспрессируются только на иммунокомпетентных клетках: моноцитах, Т-лимфоцитах, b-лимфоцитах
Гены III класса	Кодируют компоненты комплемента, фактора некроза опухоли и транспортеров, связанных с процессингом антигена

Установлено, что при инсулинозависимом сахарном диабете часто обнаруживаются антигены B8, B15, B18, D3, D4, DR3, DR4. Показано, что наличие у обследуемых HLA-антигенов B8 или B15 увеличивает риск заболеваемости сахарным диабетом в 2-3 раза, а при одновременном присутствии B8 и B15 - в 10 раз. У носителей гаплотипов D3/DR3 риск заболеваемости сахарным диабетом увеличивается в 3,7 раза, D4/DR4 - в 4,9, а D3/ DR4 - в 9,4 раза[11].

Отмечена более тесная связь инсулинозависимого сахарного диабета с HLA-антигенами локуса D, чем локуса B. Полагаем, что причастность к заболеванию HLA-антигенов локуса B является вторичной, а ассоциация с HLA-антигенами локуса D - первичной. Установлено, что более высокий риск развития инсулинозависимого сахарного диабета наблюдается при одновременном наличии антигенов DR3/DR4 по сравнению с присутствием только одного из этих антигенов.

Как уже указывалось, что существует как два гена, близлежащие к локусу D, которые определяют восприимчивость к развитию инсулинозависимого сахарного диабета: один ген связан с антигеном DR3, а другой - с DR4. Вместе с тем установлено, что 94 % больных инсулинозависимого сахарного диабета - носителей HLA-DR4 - имеют гаплотип, включающий фрагмент DQ[13].

Это свидетельствует о том, что только часть группы носителей HLA-DR4 (с фрагментом DQ) подвержена риску развития инсулинозависимого сахарного диабета. Наиболее высок риск развития инсулинозависимого сахарного диабета у членов семьи (в

первую очередь родные братья и сестры больного инсулинозависимого сахарного диабета), HLA которых идентична таковой больного инсулинозависимым сахарным диабетом [1].

Установлено, что наряду с HLA-антигенами локусов В и D, часто встречающимися при сахарном диабете I типа, имеются и HLA-антигены, обладающие протекторным действием, препятствующим возникновению сахарного диабета (HLA-B7, A3, D2, DR2). Отмечено, что у носителей HLA-B7 риск заболеть сахарным диабетом в 14,5 раз меньше, чем у лиц, у которых HLA-B7 отсутствует.

Сахарный диабет 1 типа передается через поколение – это значит, что у здоровых родителей может заболеть ребенок. Риск инсулинозависимого диабета у детей составляет 5-10%, у их родителей 2-5%. Мужская линия более подвержена заболеванию, чем женская. Очень сильная связь между однояйцевыми близнецами. Если у одного диабет, то у другого риск возрастает до 50% при инсулинозависимой форме и 70% при инсулиннезависимой[10].

Определяя наследственную зависимость заболевания, важно учитывать не только близких родственников, а всю родню: чем больше среди них больных, тем выше риск приобретения этого недуга. Становясь старше, у человека снижается риск приобретения сахарного диабета 1 типа[2].

В возникновении инсулинозависимого сахарного диабета отмечена сезонность: увеличение частоты заболеваемости в осенне-зимнее время (период наибольшей частоты вирусных инфекций) и уменьшение в летнее. Инсулинозависимый сахарный диабет развивается наиболее часто в критические периоды максимального роста, гормональной, иммунологической и других видов перестройки организма, которые соответствуют возрастным периодам жизни. Основной пик заболеваемости приходится на 11 лет, несколько меньшие пики - соответственно на 5-7 лет и 21-23 года[13].

Таким образом, можно сделать вывод, что существует 3 пути наследования инсулинозависимого сахарного диабета:

1. Предрасположенность к аутоиммунному поражению инсулярного аппарата поджелудочной железы;
2. Повышенная чувствительность b-клеток к вирусным антигенам;
3. Ослабление противовирусного иммунитета.

От родителей к малышу диабет передаётся не как заболевание, а как предрасположенность к нему. Ребёнок, родители которого болеют диабетом I типа, имеет меньшую вероятность заболеть, нежели тот, родители которого болеют диабетом II типа. Риск заболеть сахарным диабетом I типа увеличивается у ребёнка, у которого один или оба родителя больны или болеют сахарным диабетом. Число больных родственников определяет прогноз[12].

Например: при сахарном диабете риск развития в зависимости от числа больных родственников будет следующим:

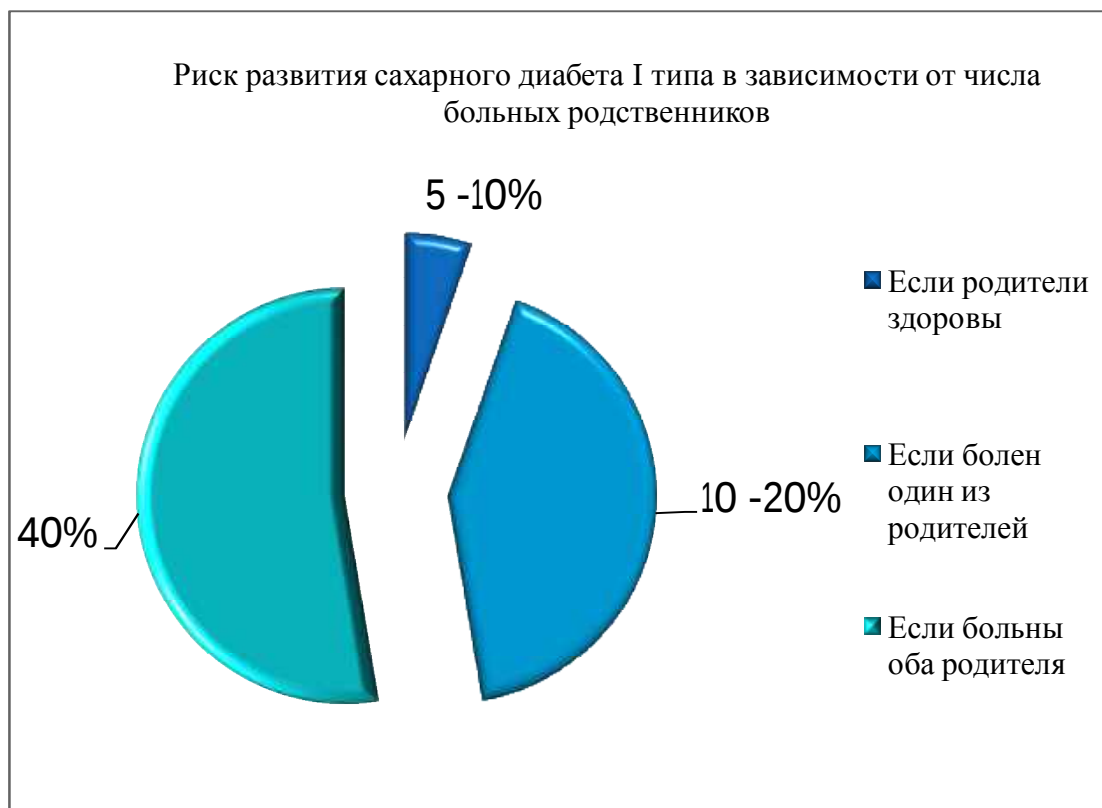


Диаграмма №1 «Риск развития Сахарного диабета I типа в зависимости от числа больных родственников»

В отличие от диабета I типа при инсулиннезависимом сахарном диабете генетическая предрасположенность проявляется более отчетливо (семейные формы диабета). Для сахарного диабета II типа характерен доминантный путь наследования, так как выявляемость диабета происходит из поколения в поколение. У потомства от женщин, больных диабетом II типа, отмечают в два-три раза больший риск развития диабета, чем у потомства от мужчин с этим заболеванием. Совокупный риск заболевания диабетом II типа среди sibсов от больных диабетом родителей составляет 10-33% против 5% в общей популяции. Гены сахарного диабета II типа локализованы в одиннадцатой хромосоме[11].

Таким образом, сахарный диабет 2 типа передается по наследству намного чаще. Если даже болен один из родителей, риск у ребенка достигает 80%. А если диагноз поставлен обоим родителям, то вероятность заболевания у детей – 100%.

Ожирение только ускорит развитие недуга. Даже при плохой наследственности можно предотвратить или хотя бы отсрочить заболевание сахарным диабетом 2 типа. Для этого необходимо устранить факторы риска – это возможно сделать каждому человеку[1].

Первым правилом является снижение массы тела и фиксирование ее на оптимальном уровне. Таким образом, необходимо:

1. Исключить из рациона жирное, жареное, сладкое принимать в меру, а соль употреблять не более 3г в сутки.
2. Гулять на свежем воздухе не менее 30-40 минут в день – это избавит от гиподинамии.
3. Необходимо стресс снимать с помощью занятий спортом, прослушиванием музыки, плаванием в бассейне. Это достаточно расслабляет и снимает напряжение, что уменьшает риск заболевания диабетом.
4. Также следует воспользоваться специальными сахарозаменителями, которые помогут снизить уровень глюкозы в крови, что предотвратит развитие заболевания, переданное в связи с генетической предрасположенностью[4].

Из этого следует, что факторы, приводящие к появлению недуга, необходимо предотвращать, чтобы избавиться от вероятности заболевания и исключить саму болезнь. Своевременная установка диагноза дает шанс на избавление от диабета или предотвращение ее тяжелых последствий[8].

Нами было проведено анкетирование 50 респондентов БМК 1, 2, 3 курсов сестринского и фельдшерского отделений по следующим вопросам:

Таблица 2

Анкета «Риск наследственной предрасположенности Сахарного диабета 1 типа у студентов БМК»

1	Укажите ваш пол	а) Ж б) М
2	Ваш возраст	а) До 17 лет б) 18-20 лет в) 21-29 лет г) старше 30 лет
3	Знаете ли Вы про сахарный диабет?	а) да б) нет
4	Есть ли у вас наследственная предрасположенность к сахарному диабету?	а) да б) нет
5	Кто в семье болел сахарным диабетом?	а) мама б) папа в) дедушка г) бабушка д) не болели

6	Есть ли у Вас сахарный диабет?	а) да б) нет
7	Есть ли у Вас вредные привычки?	а) да б) нет
8	Знаете ли Вы про осложнения сахарного диабета?	а) да б) нет
9	Считаете ли Вы, что у Вас есть риск заболеть сахарным диабетом?	а) да б) нет
10	Хотели бы Вы пройти консультацию эндокринолога, чтобы исключить у себя возможность диабета?	а) да б) нет
11	Знаете ли Вы признаки, появление которых характерно на фоне течения диабета?	а) да б) нет
12	Считаете ли Вы, что ранняя постановка диагноза диабета позволит человеку увеличить срок жизни?	а) да б) нет

По результатам анкетирования сложилась следующая картина:

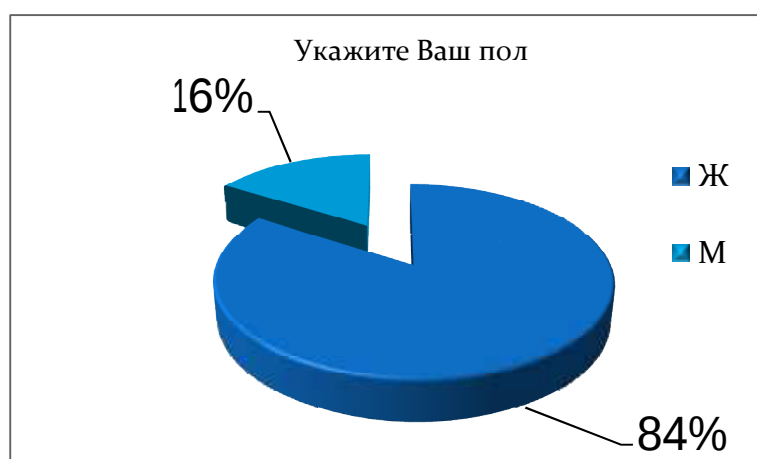


Рисунок 1. «Укажите Ваш пол»

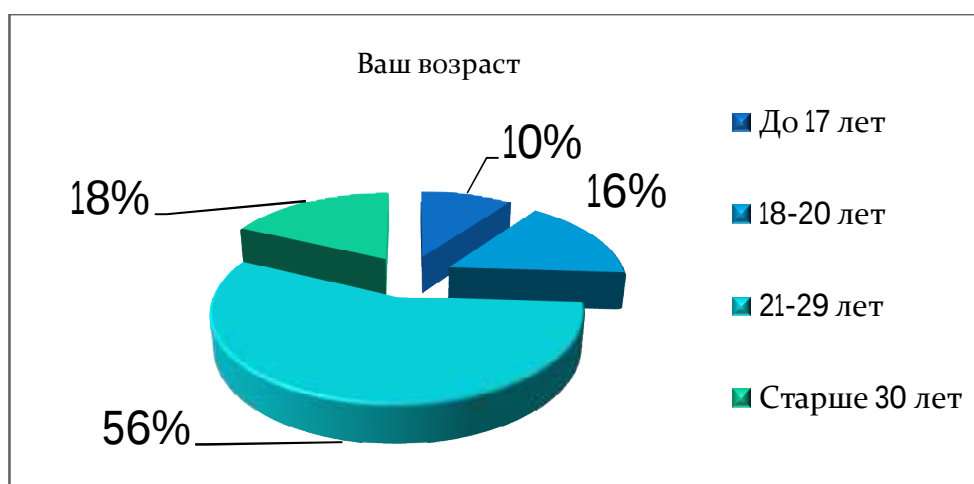


Рисунок 2. «Ваш возраст»

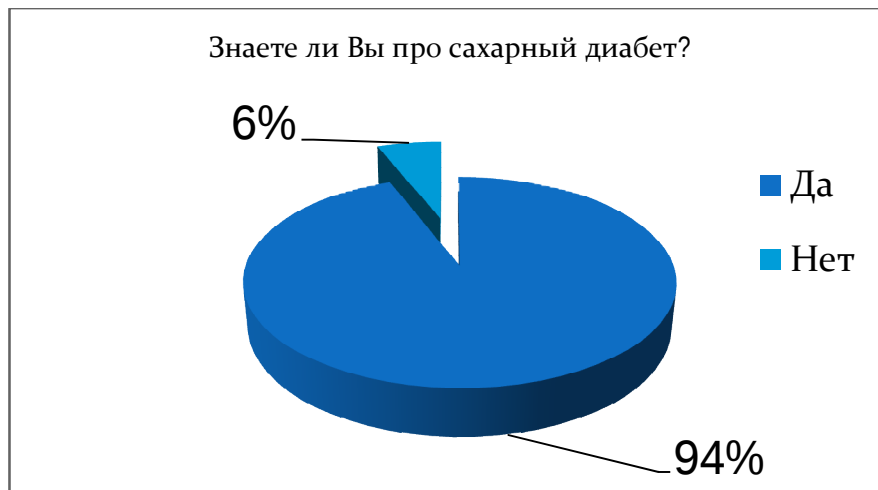


Рисунок 3. «Знаете ли Вы про сахарный диабет?»

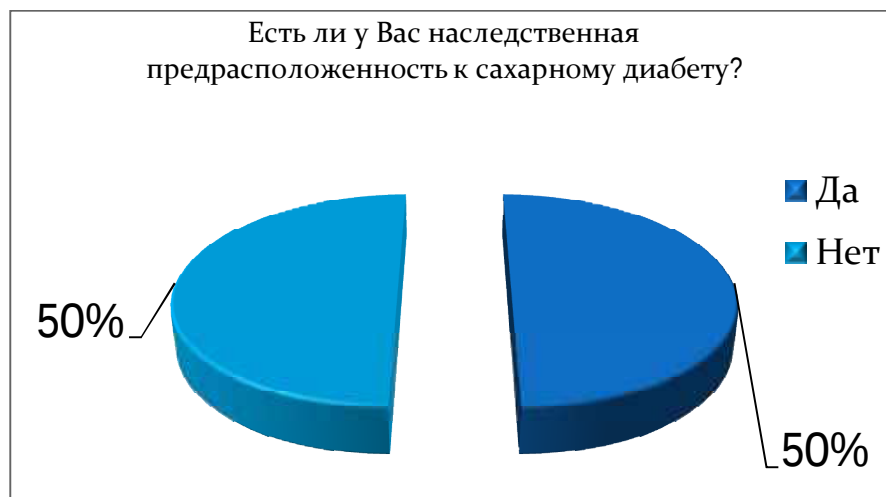


Рисунок 4. «Есть ли у Вас наследственная предрасположенность к сахарному диабету?»



Рисунок 5. «Кто в семье болел сахарным диабетом?»



Рисунок 6. «Есть ли у Вас сахарный диабет?»

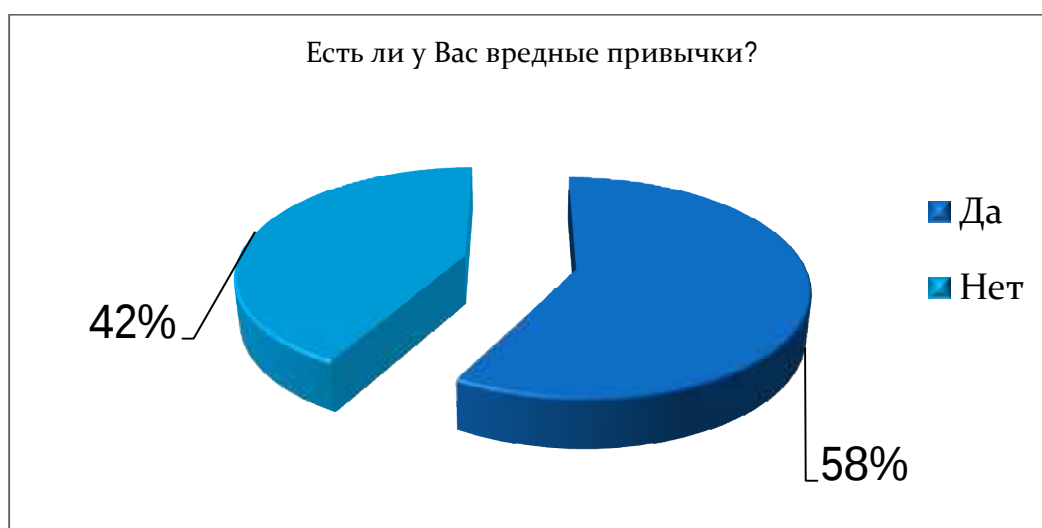


Рисунок 7. «Есть ли у Вас вредные привычки?»

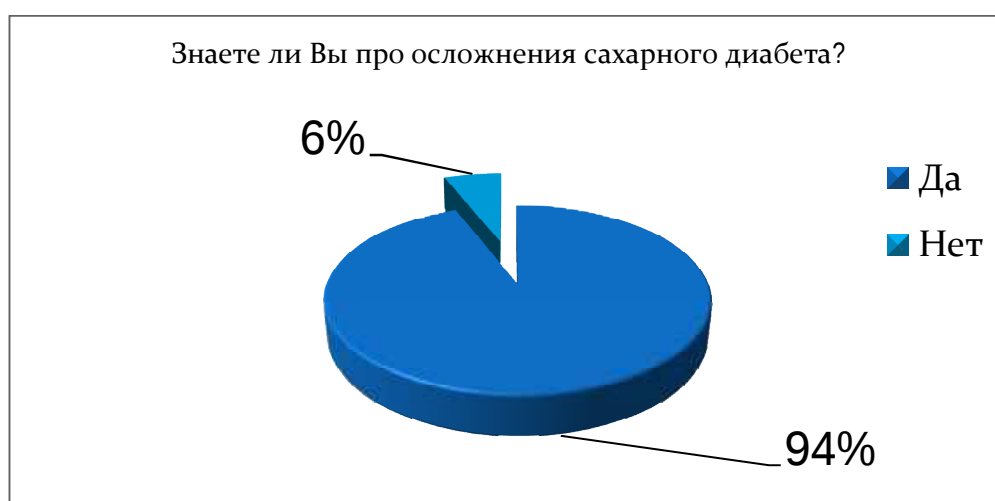


Рисунок 8. «Знаете ли Вы про осложнения сахарного диабета?»

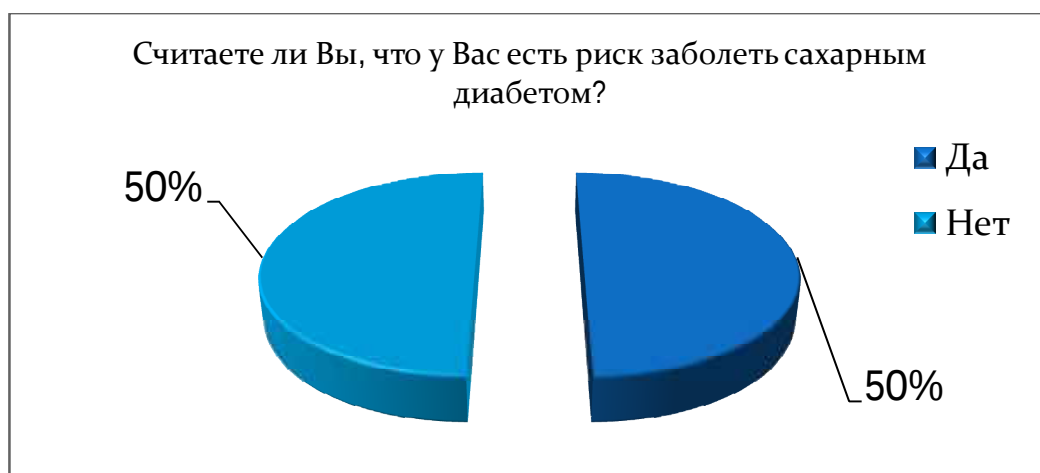


Рисунок 9. «Считаете ли Вы, что у Вас есть риск заболеть сахарным диабетом?»



Рисунок 10. «Хотели бы Вы пройти консультацию эндокринолога, чтобы исключить у себя возможность диабета?»

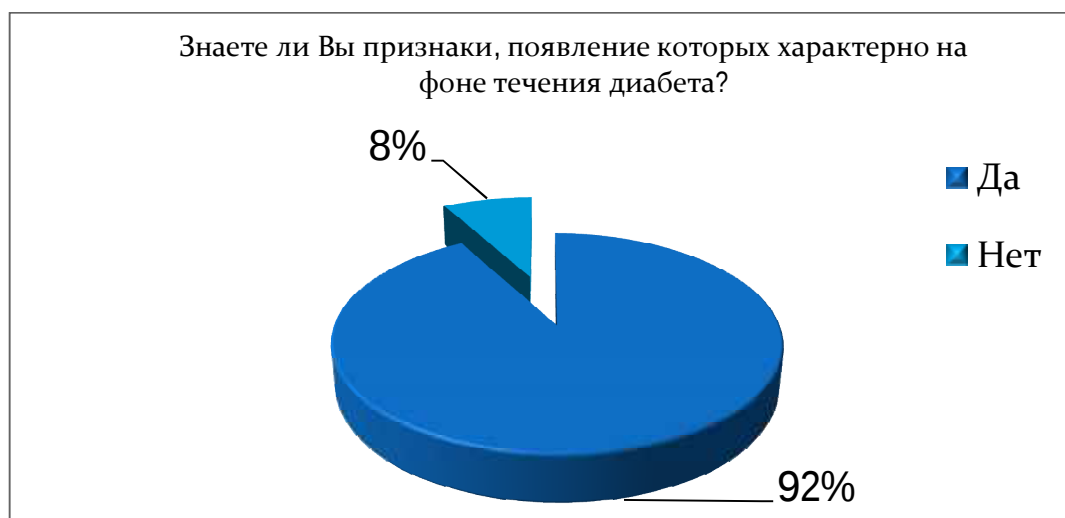


Рисунок 11. «Знаете ли Вы признаки, появление которых характерно на фоне течения диабета?»



Рисунок 12. «Считаете ли Вы, что ранняя постановка диагноза диабета позволит человеку увеличить срок жизни?»

Выводы:

На основании полученных данных анкеты, среди студентов БМК возрасте от 17 и старше 30 лет, мы выявляем, что:

1. 94% респондента достаточно осведомлены о теме сахарного диабета, об осложнениях и факторах риска, а также о генетической наследственности;
2. 50% опрошиваемых имеют наследственную предрасположенность к возникновению сахарного диабета и уверены, что существует риск развития данной патологии, а так же 10% (6 человек) респондентов страдают данным заболеванием;
3. У 30% респондентов страдает сахарным диабетом бабушка и по 15% мама или папа.
4. 58% имеют вредные привычки и 50% опрошиваемых, уверены, что у них существует риск развития сахарного диабета.
5. 74% респондентов хотели бы пройти консультацию эндокринолога, чтобы исключить у себя возможность диабета.
6. Рассмотренные нами результаты и ответы 88% студентов БМК, которые считают, что ранняя постановка диагноза диабета позволит человеку увеличить срок жизни, указывает на необходимость проведения профилактических мероприятий по теме сахарного диабета.

Подводя итог, можно сказать, что сегодня официальная статистика насчитывает два миллиона россиян, страдающих сахарным диабетом. Еще вдвое большее число (609

миллионов человек) не знают о своем заболевании. И эта цифра с каждым годом увеличивается на 5-6%.

На основании результатов нашей исследовательской работы, мы можем сделать вывод что:

1. Сахарный диабет действительно является генетически полигенной группой заболеваний. В развитии этой болезни одним из этиологических факторов могут быть мутации одного или нескольких генов. Генетическая полигенность обуславливает, в свою очередь, наряду с факторами внешней среды, клинический полиморфизм данной патологии.
2. Различные клинические проявления и распространенность сахарного диабета в этнических группах не всегда объясняются только различиями в условиях внешней среды.
3. Среди больных сахарным диабетом есть группы людей с разной зависимостью от инсулина.
4. В ряду клинического континуума болезни существует так называемый сахарный диабет взрослых у молодых, который, как полагают, наследуется моногенно по аутосомно-доминантному типу.

Список источников:

1. Баранов В.С., Баранова Е.В., Иващенко Т.Э., Агеев М.В. «Геном человека и гены предрасположенности» СПб «Интермедиа», 2000, с. 272.
2. Бочков Н.В. «Генетика человека», М. «Медицина», 1999, стр.377
3. Мутовик Г.Р. «Основы клинической генетики», М «Высшая школа», 2001, с. 70.
4. Заяц Р.Г., Бутвиловский И.В., Рачковская В.Э., Давыдов В.В., «Общая и медицинская генетика», «Феникс», 2002, с 178.
5. Щипков В.П., Кривошеина Г.Н. «Общая и медицинская генетика», М «Academa», 2003, с 160.
6. Холодова Е.А. «Справочник по клинической эндокринологии», 1998, с.26.
7. Бочкова Н.П. «Медицинская генетика», М. «Мастерство», 2002, с. 123.
8. Эмери А.Е., « Антенатальная диагностика генетических болезней» А.Е. Эмери – 6-е изд.- Феникс,1999.-285с.
9. Барашнев Ю.И. Наследственные болезни обмена веществ у детей/ Вельтищев Е. М. – 2-е изд., 2002.-157с.
10. Козлова С.И. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование/ Козлова С.И.- 1-е изд., Феникс 2003,-152с.

11. Маринчева Г.С. Сахарный диабет при наследственных болезнях/ Гаврилов В.И – 4-е изд., Дрофа 2000, - 672с.
12. Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27144>
13. Передается ли диабет по наследству? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://saraya-shop.ru/poleznaya-informatsia/peredaetsya-li-diabet-po-nasledstvu>

ОБРАЩЕНИЕ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ В ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ СТАЦИОНАРНОГО ТИПА

*Нестерчук Марина Сергеевна, студентка 12 ЛД группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Клейман Наталья Викторовна*

Актуальность проблемы медицинских отходов в настоящее время невозможно переоценить. Только в нашей стране ежегодно образуется от 600 тысяч до 1 млн. тонн медицинских отходов. Несмотря на большое количество отходов, отсутствует качественная система их сбора, транспортировки и утилизации.

По статистике 80% российских лечебно-профилактических учреждений обращаются в организации, занимающиеся утилизацией медицинских отходов, 20% имеют в распоряжении специальные установки и производят утилизацию самостоятельно. Но чаще всего большая часть медицинских отходов больниц складывается на полигонах твердых бытовых отходов (ТБО), где медицинские отходы невозможно захоронить без неблагоприятных последствий. Со свалок и полигонов токсичные, а иногда и радиоактивные вещества, содержащиеся в медицинских отходах, попадают в почву, воду и воздух, нанося вред нашей среде обитания и каждому из нас.

Цель работы: анализ мероприятий по обращению с медицинскими отходами в ЛПУ стационарного типа.

Задачи работы:

- 1) Изучить информационные источники о правилах обращения с медицинскими отходами.
- 2) Проанализировать методику сбора и утилизации медицинских отходов в стационаре ОГБУЗ «Областная больница».
- 3) Сделать вывод по проведённому исследованию.

Объект: медицинские отходы.

Предмет: мероприятия по сбору, хранению, утилизации медицинских отходов.

Гипотеза: Обращение с медицинскими отходами в стационаре ОГБУЗ «Областная больница» соответствует нормам.

Методы исследования:

1. Анализ нормативных документов и литературы;
2. Наблюдение;
3. Опрос.

- Общая характеристика медицинских отходов и правила обращения с ними

В настоящий момент в России правила обращения с медицинскими отходами регламентируются санитарными правилами и нормами: СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Медицинские отходы – это любые отходы, полностью или частично состоящие из тканей человека или животных, крови, жидкостей тела, экскрементов, наркотиков или других фармацевтических продуктов, бинтов или одежды, предметов медицинского ухода и зубоврачебной практики, шприцев, игл и других острых предметов, которые были в контакте с кровью или экскрементами. В том случае, если медицинские отходы не обезвредить, возникает опасность распространения опасных инфекций в медицинской среде и соответственно, среди населения.

Классификация медицинских отходов:

Согласно главе, II СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», пункта 2.1. медицинские отходы в зависимости от степени их эпидемиологической, токсикологической и радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания подразделяются на пять классов опасности:

Класс А – эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам (далее – ТБО).

Класс Б – эпидемиологически опасные отходы.

Класс В – чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы.

Класс Г – токсикологически опасные отходы 1 - 4 классов опасности.

Класс Д – радиоактивные отходы.

Выделяют следующие факторы потенциальной опасности медицинских отходов:

- риск инфекционного заражения (очевидный при контакте с инфицированным материалом);
- риск физического поражения (связанный с повреждением кожных покровов и слизистых острыми предметами);

- риск токсического поражения (связанный с выполнением химической дезинфекции опасных медицинских отходов, а также при контакте с удаляемыми из ЛПУ токсичными отходами);

- риск радиоактивного поражения;

- экологический риск, связанный с поступлением больничных отходов в окружающую среду и их дальнейшей диссеминацией в воздушной, водной среде и почве.

Экологический риск будет меньше, чем полнее будут обеспечены меры профилактики четырех предыдущих видов рисков.

- Обращение с медицинскими отходами в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница»

Исследование проводилось на базе хирургического отделения ОГБУЗ «Областная больница» с 13 июня по 17 июня 2018 года.

В опросе приняли участие 10 медицинских сестер хирургического отделения ОГБУЗ «Областная больница». Проводилось наблюдение за обращением с медицинскими отходами в отделении. Проведён анализ данных, полученных в ходе опроса и наблюдения.

На первый вопрос, «С какими классами медицинских отходов Вы работаете?» был получен ответ: «Отходы классов А и Б». Следовательно, все респонденты медицинские сёстры владеют информацией о делении медицинских отходов по классам опасности.

На второй вопрос «Когда последний раз Вы проходили инструктаж по безопасному обращению с медицинскими отходами?» восемь (80%) респондентов ответили, что прошли инструктаж по обращению с опасными медицинскими отходами два месяца назад, а два (20%) респондента – месяц назад. Следовательно, обучение медицинского персонала хирургического отделения правилам обращения с опасными медицинскими отходами соответствует срокам.

На третий вопрос «Какие медицинские предметы Вы сбрасываете в мешок отходов класса А?» десять (100%) респондентов, ответили, что сбрасывают в мешок класса А эпидемиологически не опасные предметы. Следовательно, согласно главе, II п 2.1. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», медицинские работники знают, как обращаться с отходами класса А.

На четвёртый вопрос «Какие медицинские предметы Вы сбрасываете в мешок класса Б?» десять (100%) респондентов ответили, что сбрасывают в мешок класса Б предметы, которые контактировали с биологической жидкостью. Согласно главе II п 2.1. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», действия медперсонала соответствуют правилам обращения с опасными медицинскими отходами класса Б.

На пятый вопрос «До какого объема Вы заполняете мешки отходов класса Б?» Все (100%) респонденты ответили, что мешки класса Б заполняют не более чем 3/4 объема. Следовательно, заполнение мешков отхода класса Б соответствует нормам согласно главе, IV п 4.13. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»,

На шестой вопрос «До какого объема Вы заполняете контейнеры для колющих и режущих предметов отходов класса Б?» девять (90%) респондентов ответили, что заполняют не более 3/4 объема контейнера. Одна медсестра (10%) заполняет контейнер полностью. То есть, большинство респондентов соблюдают нормы СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами.

На седьмой вопрос «Как часто Вы удаляете с отделения контейнеры для колющих и режущих предметов?» Все (100%) респонденты ответили, что удаляют с отделения контейнеры для колющих и режущих предметов ежедневно. В соответствии с нормами СанПиН 2.1.7.2790-10, согласно главе IV п.3.7. смена одноразовых контейнеров для острого инструментария должна осуществляться не реже 72 часов.

На восьмой вопрос «Выливаете ли Вы дезинфицирующий раствор из контейнера для колющих и режущих предметов перед отправкой его в ЦСО?» десять (100%) респондентов ответили, что удаляют дезинфицирующий раствор из контейнера для колющих и режущих предметов перед отправкой его в ЦСО, что соответствует нормативам.

На девятый вопрос «Кто ежедневно собирает отходы класса Б?» десять (100%) респондентов ответили: дежурная медицинская сестра.

На десятый вопрос «Куда сдаются отходы класса А?» все десять (100%) респондентов ответили: что отходы класса А относятся в общий промаркированный контейнер, предназначенный для сбора отходов данного класса установленный на специальной площадке, что соответствует требованиям согласно главе VI п.6.5. СанПиН 2.1.7.2790-10.

На одиннадцатый вопрос «Куда сдаются отходы класса Б?» все (100%) респонденты ответили, что отходы класса Б сдаются в ЦСО. Это соответствует требованиям главе IV п 4.16. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

На двенадцатый вопрос «Как и чем закрываются мешки класса Б?» все (100%) респонденты ответили, что пакеты завязывают или закрывают с использованием бирок-стяжек. Твердые (не прокалываемые) емкости закрываются крышками. Следовательно, соблюдается п 4.13. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

На тринадцатый вопрос «Каким способом вы транспортируете мешки класса Б до ЦСО?» Семь (70%) респондентов ответили, что транспортируют мешки класса Б с помощью тележек, а три (30%) респондента перемещают пакеты в руках. Следовательно, не все респонденты выполняют требования главы III п 3.4. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Вопросы, заданные работнику ЦСО:

на первый вопрос: «Кто проводит обучение по сбору, транспортировке и удалению опасных медицинских отходов?» был получен ответ, что обучение проводит главная медицинская сестра или заместитель главного врача по хозяйственной службе, которые прошли обучение на базе специализированных центров по организации обучения обращению с отходами лечебно-профилактических учреждений.

На второй вопрос: «Как часто Вы проводите дезинфекцию для многоразовых ёмкостей класса Б?» был получен ответ, что дезинфекция многоразовых ёмкостей для сбора отходов класса Б внутри организации производится ежедневно. Следовательно, дезинфекция многоразовых ёмкостей для сбора отходов класса Б внутри организации производится согласно главе IV п 4.15. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»,

На третий вопрос «Кто ответственное лицо за организацию сбора отходов класса Б в ЛПУ?» был получен ответ: «Главная медицинская сестра».

На четвёртый вопрос «Кто из ЦСО забирает медицинские отходы класса Б?» получен ответ, что отходы класса Б из ЦСО транспортирует компания «Приоритет», занимающаяся перевозкой отходов класса Б.

На пятый вопрос: «Есть ли у Вас участок по обезвреживанию отходов класса Б?» выяснилось, что на территории ОГБУЗ «Областная больница» участка по обеззараживанию отходов класса Б нет. Транспортировка производится компания «Приоритет» с которой заключён договор по перевозке опасных отходов класса Б.

На шестой вопрос «Есть ли в наличии морозильная камера для хранения не обеззараженных отходов класса Б?» получен ответ, что в ОГБУЗ «Областная больница» морозильной камеры для хранения не обеззараженных отходов класса Б нет. Согласно главе, VI п 6.2. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» хранение не обеззараженных отходов класса Б допускается не более 24 часов. Было установлено, что отходы больницы вывозятся компанией «Приоритет» по обеззараживанию и утилизации отходов класса Б не позднее 24 часов хранения.

На седьмой вопрос: «Вы ведёте учёт и контроль движения медицинских отходов класса Б?» получен ответ, что согласно главе VIII п 8.2. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-

эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», для учёта и контроля ведут следующие документы:

1. Технологический журнал учёта класса Б ОГБУЗ «Областная больница» в структурном подразделении:
2. Технологический журнал учёта медицинских отходов ОГБУЗ «Областная больница».
3. Документы, подтверждающие вывоз и обезвреживание отходов.
4. Журнал учёта аварийных ситуаций при работе с медицинскими отходами класса Б.

В ходе наблюдения выяснено следующее: в хирургическом отделении медперсонал работает с отходами класса «А» и «Б».

При наблюдении процесса перемещения медицинских отходов от мест образования к местам временного хранения выяснилось, что часть медицинского персонала транспортирует пакеты и ёмкости в руках, самостоятельно, а не с помощью тележек и лифтов, что не соответствует СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Сбор отходов класса А медработниками осуществляется в многоразовые ёмкости с одноразовыми пакетами белого цвета, что соответствует главе IV п 4.6. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Отходы класса Б собираются медработниками в многоразовую ёмкость с одноразовыми пакетами желтого цвета, что соответствует главе IV п 4.11. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».



Рисунок 1. Многоразовая емкость с одноразовым пакетом жёлтого цвета

Твёрдые (не прокалываемые) ёмкости не закрываются крышками, что не соответствует главе IV п 4.11. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».



Рисунок 2. Не прокалываемая ёмкость для колющих и режущих предметов

Мешки отходов класса Б маркируются в соответствии с главой IV п 4.14 СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Выводы

Исследование посвящено изучению обращения с медицинскими отходами. Материалы исследования позволяют сделать следующие выводы:

Во-первых, в результате изучения литературных и интернет источников было выявлено, что включает в себя понятие медицинские отходы (любые отходы, полностью или частично состоящие из тканей человека или животных, крови или других жидкостей тела, экскрементов, наркотиков или других фармацевтических продуктов, бинтов или одежды, или предметов медицинского ухода и зубоврачебной практики, или шприцев, игл или других острых предметов, которые были в контакте с кровью или экскрементами и в случае, если их не обезвредить, могут быть опасными для любого человека, вошедшего с ними в контакт, в частности инфицировать).

Высокие темпы развития медицинских технологий привели к тому, что ежегодно увеличивается объем медицинских отходов, которые не могут быть приравнены к обычным твердым бытовым отходам ввиду высокой степени их обсеменения патогенными микроорганизмами. Вопросу обращения с медицинскими отходами посвящен специальный документ СанПиН 2.1.7.2790-10. В соответствии с этим нормативным документом, все медицинские отходы подразделяются на классы в зависимости от их опасности. Большая часть медицинских отходов, с которыми имеет дело медицинский персонал, относятся к классам «А», «Б» и «В». Медицинский персонал несет ответственность за соблюдение требований по сбору, временному хранению и транспортированию медицинских отходов. Однако, как показал анализ результатов опроса и наблюдения, требования к обращению с медицинскими отходами соблюдаются не всегда.

В процессе исследования применялись такие методы как анализ нормативных документов и литературы, наблюдение, опрос.

В процессе наблюдения за обращением с медицинскими отходами персонала больницы, можно сделать вывод, что большинство медицинских работников в хирургическом отделении ОГБУЗ «Областная больница» знают и выполняют правила хранения, утилизации и обращения с медицинскими отходами согласно СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Поставленные задачи решены, гипотеза частично подтверждена, цель курсовой работы достигнута.

Список источников:

1. Приказ №163 от 9 декабря 2010 г. Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
2. Баранов В.Г. Обращение с медицинскими отходами / А.С.Стройкова. – Москва: Медицина, 2011 – 567 с.
3. Давлицарова К.Е. Хранение медицинских отходов/ С.Н. Миронова. -М.: Форум инфра, 2009 – 480 с.
4. Жуковский М.А. Медицинские отходы / М.А. Жуковский. -М.: Медицина, 2012 – 627 с.
5. Корягина Н.Ю. Организация утилизации отходов / Н. В. Широкова. - М.: - ГЭОТАР – Медиа, 2009 – 464 с.
6. Лисс В.Л. Удаление отходов лечебно-профилактических учреждений / А. Ф. Шабалова. – СПб.: СОТИС, 2013 – 577 с.
7. Лычев В. Г. Обращение с отходами в ЛПУ /В.К. Карманов. – Ростов- н/Д.: Феникс, 2013 – 512 с.
8. Маколкин В.И. Санитарно-эпидемиологические требования к организации сбора, обезвреживания, временного хранения и удаления отходов в лечебно-профилактических учреждениях (методическое пособие) / С.И. Овчаренко. – М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2010 – 544 с.
9. Мухина С.А. Опасные медицинские отходы / И.И Тарновская. – М.: - ГЭОТАР – Медиа, 2010 – 368 с.
10. Организация обращения с опасными медицинскими отходами в лечебно-профилактических учреждениях [Электронный ресурс]. - Режим доступа:<http://www.proothody.ru/articles/img/MR%203.1.6.001-2010.p>

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА)

*Сучкова Ольга Александровна, студентка 42 ЛД группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Андреев Андрей Пантелеевич*

За последние два десятилетия значительно увеличилось количество неспецифических заболеваний легких, удельный вес которых в структуре причин обращаемости за медицинской помощью составляет 60%. Продолжается рост числа пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких, в частности бронхиальной астмы. Бронхолегочные заболевания по смертности занимают 3 -4 -е место.

Насчитывается более двадцати видов заболеваний дыхательной системы: какие-то из них встречаются крайне редко, с другими же мы сталкиваемся довольно часто, особенно в сезоны простуд.

Разделяют их на два типа: заболевания верхних дыхательных путей и заболевания нижних дыхательных путей. Условно, первые из них считаются более легкими. Это в основном воспалительные заболевания: ОРВИ, ОРЗ, фарингит, ларингит, ринит, гайморит, трахеит, ангина, синусит и т.д.

Заболевания нижних дыхательных путей считаются более серьезными, так как часто протекают с осложнениями. Это, например, бронхит, бронхиальная астма, пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), туберкулез, эмфизема легких и т.д.

Цель работы: Изучить воздействие физических упражнений на организм пациентов, страдающих бронхиальной астмой.

Для достижения поставленной цели необходимо решить ряд задач:

- изучить строение органов дыхания, понятие и этиологию бронхиальной астмы;
- описать воздействие физических упражнений на организм пациентов с заболеваниями органов дыхания;
- провести анкетирование среди пациентов с бронхиальной астмой;

Предмет исследования: бронхиальная астма и влияние на нее физических упражнений

Объект исследования: процесс влияния физических упражнений на дыхательную систему пациентов с бронхиальной астмой

Гипотеза исследования: Дозированная физическая нагрузка улучшает самочувствие пациентов с бронхиальной астмой.

- Особенности строения и функции дыхательной системы

Дыхательная система (ДС) выполняет важнейшую роль, снабжая организм кислородом воздуха, который используется всеми клетками организма для получения энергии из «топлива» (например, глюкозы) в процессе аэробного дыхания. При дыхании также выводится основной продукт жизнедеятельности – диоксид углерода. Энергия, выделяемая в процессе окисления при дыхании, используется клетками для протекания многих химических реакций, которые в совокупности называются метаболизмом. Эта энергия поддерживает жизнь клеток. ДС имеет два отдела: 1)дыхательные пути, по которым воздух поступает в легкие и выходит из них, и 2)легких, где кислород диффундирует в кровеносную систему, а диоксид углерода выводится из потока крови. Дыхательные пути делятся на верхние (полость носа, глотка, гортань) и нижние (трахея и бронхи). Органы дыхания к моменту рождения ребенка морфологически несовершенны и в течение первых лет жизни они растут и дифференцируются. К 7 годам формирование органов заканчивается и в дальнейшем продолжается только их увеличение.

Характерными особенностями строения дыхательных путей является наличие хрящевого остова в их стенках, в результате чего стенки дыхательной трубки не спадаются, и наличие мерцательного эпителия на слизистой оболочке дыхательных путей, реснички клеток которого, колеблясь против движения воздуха, гонят наружу вместе со слизью инородные частицы, загрязняющие воздух.

Полость носа является начальным отделом дыхательных путей и одновременно органом обоняния. Пахучие вещества, поступая вместе с вдыхаемым воздухом, раздражают обонятельные рецепторы. Проходя через полость носа, воздух согревается, увлажняется и очищается.

Полость носа перегородкой делится на две половины, которые спереди через ноздри сообщаются с атмосферой, а сзади при помощи хоан - с носоглоткой. Стенки носовой полости образованы костями и хрящами и выстланы слизистой оболочкой, которая легко набухает под влиянием различных раздражителей.

Наиболее крупными хрящами является хрящ носовой перегородки, составляющей её передний отдел, боковые хрящи и большие крыловидные, образующие крылья носа. В полости носа различают верхнюю, нижнюю, латеральную и медиальную (перегородка) стенки. С латеральной стенки свисают три носовые раковины: верхняя, средняя и нижняя, между которыми образуются три носовых хода: верхний, средний и нижний. Область верхнего носового хода носит название обонятельной, так как в её слизистой оболочке содержатся обонятельные рецепторы, а среднего и нижнего - дыхательной.

С носовой полостью связаны воздухоносные пазухи соседних костей - околоносовые пазухи. Сюда относятся верхнечелюстная (гайморова), лобная, клиновидная пазухи и пазухи решетчатой кости.

Воздух из полости носа попадает в носоглотку, а затем в ротовую и гортанную части глотки, куда открывается отверстие гортани. В области глотки перекрещиваются пищеварительный и дыхательный пути. Воздух может поступать сюда также через рот.

Гортань располагается в передней области шеи на уровне IV-VI шейных позвонков, ниже подъязычной кости, образуя здесь заметное возвышение. У мужчин оно особенно хорошо выражено. При разговоре, пении, кашле гортань смещается, следуя за подъязычной костью, с которой соединена. У детей гортань расположена выше (на уровне III шейного позвонка), у стариков вследствие слабости связочного аппарата опускается до уровня VII позвонка. Сзади от гортани располагается глотка, с которой гортань сообщается через верхнее отверстие. Внизу гортань переходит в дыхательное горло - трахею. Спереди от неё лежат мышцы шеи, сбоку - сосудисто-нервные пучки.

Скелет гортани образован несколькими хрящами. Перстневидный хрящ расположен в нижнем её отделе, щитовидный образует переднебоковые стенки, вверху отверстие гортани прикрывает надгортанник. Сзади располагаются более мелкие парные хрящи: черпаловидные, рожковидные и клиновидные. Хрящи соединяются между собой суставами и связками и могут менять своё положение относительно друг друга благодаря наличию мышц.

Полость гортани выстлана слизистой оболочкой и подразделяется на три отдела: верхний - преддверие гортани, средний суженный - собственно голосовой аппарат и нижний - подголосовая полость. Наиболее сложно устроен средний отдел, где на боковых стенках имеются две пары складок, между которыми образуются углубления - желудочки гортани. Верхние складки называются преддверными, а нижние - голосовыми. В толще последних лежат голосовые связки, образованные эластическими волокнами, и мышцы. Промежуток между правой и левой голосовыми складками называется голосовой щелью. Голосовые связки натянуты между щитовидным и черпаловидными хрящами и служат для воспроизведения звуков. В результате изменения положения хрящей под действием мышц гортани могут меняться ширина голосовой щели и натяжение голосовых связок. Выдыхаемый воздух колеблет голосовые связки, в результате чего возникают звуки. Расширяет голосовую щель одна мышца - задняя перстнечерпаловидная, сужают несколько мышц: боковая перстнечерпаловидная, щиточерпаловидная и др.

У детей и женщин размеры гортани меньше, чем у мужчин, следовательно, голосовые связки у них короче и голос выше. Величина гортани сильно изменяется в период полового

созревания, вследствие чего у мальчиков, например, голос "ломается", становится ниже. В членораздельной речи участвуют также язык, губы, полости рта и носа.

Дыхательное горло - трахея - является непосредственным продолжением гортани. Стенка трахеи состоит из 16-20 неполных хрящевых колец, соединенных кольцевидными связками. Они простираются на 2/3 окружности. Задняя стенка перепончатая, содержит неисчерченные мышечные клетки. Слизистая оболочка выстлана мерцательным эпителием, богата лимфоидной тканью и железами. Трахея начинается на уровне нижнего края VI шейного позвонка и заканчивается на уровне IV-V грудных, где разделяется на два главных бронха. Это место называется бифуркацией (раздвоение) трахеи. (У детей начало трахеи расположено на уровне IV шейного позвонка, а раздвоение - на уровне II-III грудных позвонков.) Длина трахеи 8-12 см, поперечный диаметр ее 1,5-1,8 см. В шейном отделе спереди к трахее прилежит щитовидная железа, перешеек которой находится на уровне 2-4-го кольца трахеи, сзади лежит пищевод, а по бокам - сонные артерии. Грудной отдел ее спереди покрыт у детей вилочковой железой (или ее остатками у взрослых) и крупными сосудами, отделяющими трахею от грудины. Дыхательный аппарат имеет трофический парниковый

Главные бронхи отходят от трахеи почти под прямым углом и направляются к воротам лёгких. Правый бронх шире, но короче левого и является как бы продолжением трахеи. Стенка главных бронхов, так же как и трахея, содержит неполные хрящевые кольца. В бронхах среднего калибра гиалиновая хрящевая ткань сменяется эластической хрящевой тканью. В бронхах малого калибра фиброзно-хрящевая оболочка отсутствует. Главные бронхи (первого порядка) делятся в лёгком на долевые (второго порядка), те в свою очередь - на сегментарные (третьего порядка), а они - на дольковые (четвёртого порядка), от дольковых отходят ацинусы.

Лёгкие лежат в грудной полости по сторонам от сердца и крупных сосудов, покрыты серозной оболочкой - плеврой, которая образует вокруг них два замкнутых плевральных мешка. По форме лёгкие напоминают неправильный конус с основанием, обращённым к диафрагме, и верхушкой, выступающей на 2-3 см над ключицей в области шеи. В лёгком выделяют три поверхности: выпуклую рёберную, прилежащую к внутренней поверхности стенки грудной полости, диафрагмальную (основание) - к диафрагме и средостенную, или медиальную-внутреннюю, обращённую к органам средостения, лежащим между плевральными мешками.

На средостенной поверхности находятся ворота лёгкого - место, через которое бронх, легочная артерия и нервы входят в лёгкое, а две легочные вены и лимфатические сосуды выходят из него. Все названные сосуды и бронхи составляют корень лёгкого.

Каждое лёгкое посредством борозд делится на доли: правое - на три (верхнюю, среднюю и нижнюю), левое - на две (верхнюю и нижнюю). Левое лёгкое имеет у переднего края сердечную вырезку.

Доли лёгкого состоят из сегментов. Бронхолегочным сегментом называют участок лёгкого, более или менее полно отделённый от соседних соединительнотканными прослойками с проходящими в них венами, снабжённый бронхом третьего порядка и ветвью легочной артерии. Сегменты имеют форму неправильных конусов или пирамид, обращённых основаниями к поверхности лёгкого. Всего в каждом лёгком насчитывается 10 сегментов.

Сегментарные бронхи многократно делятся, направляясь к периферии лёгкого. Бронх с просветом около 1 мм в диаметре входит в дольку лёгкого. Внутри неё ветвление бронхов продолжается. Здесь они получают название бронхиол (терминальные, или конечные, и респираторные, или дыхательные). Респираторные бронхиолы имеют выпячивания на своих стенках и переходят в альвеолярные ходы, на стенках которых находятся пузырьки - альвеолы. Весь этот комплекс, начиная с респираторной бронхиолы, по своему виду напоминает виноградную гроздь, поэтому его и называют альвеолярным деревом, или легочным ацинусом. Ацинус является структурной единицей лёгкого, в которой происходит газообмен между кровью, протекающей в капиллярах лёгкого, и воздухом, заполняющим легочные альвеолы. Альвеолы имеют вид открытого пузырька, внутренняя поверхность которого выстлана однослойным плоским эпителием, лежащим на основной мембране, к которой прилежат оплетающие альвеолы кровеносные капилляры. В лёгких взрослого насчитывается 300-500 млн. альвеол, общая дыхательная поверхность их составляет около 100 м².

Серозная оболочка лёгкого называется плеврой. Покрывая лёгкое со всех сторон, она по корню лёгкого переходит на стенки грудной полости, образуя вокруг лёгкого замкнутый плевральный мешок. Соответственно различают правый и левый плевральные мешки. Листок плевры, выстилающий стенки грудной полости и сращенный с ними, носит название пристеночной, или париетальной, плевры. В зависимости от того, какой участок она покрывает, выделяют рёберную, диафрагмальную и средостенную (медиастинальную) плевру. Плевра, покрывающая лёгкое и срастающаяся с его поверхностью, называется висцеральной, или легочной. Между париетальной и висцеральной плеврой находится плевральная полость, которая представляет собой капиллярную щель, содержащую ничтожное количество жидкости, уменьшающей трение между двумя листками плевры при дыхательных движениях. В местах перехода одной части париетальной плевры в другую образуются запасные пространства - карманы, или плевральные синусы, которые заполняются лёгкими в момент максимального вдоха, а в спокойном состоянии их стенки

плотно прижаты друг к другу. Особенно велик рёберно-диафрагмальный синус, расположенный в нижнем отделе плевральной полости.

Границы плевры. Верхняя граница на 3-4 см выше переднего конца I ребра. Задняя соответствует месту перехода рёберной плевры в средостенную и идёт по околопозвоночной линии до XII ребра. Передняя граница наиболее изменчивая. Она соответствует передней линии перехода рёберной плевры в средостенную. Вверху края плевральных мешков симметричны и идут от верхней точки к грудино-ключичному сочленению, на уровне II-IV рёбер границы плевральных мешков сближены и идут вертикально вниз, будучи несколько смещены влево. Начиная с IV ребра их границы расходятся вниз и латерально до VII ребра по среднеключичной линии. Нижняя граница представляет линию перехода рёберной плевры в диафрагмальную. Она пересекает по среднеключичной линии VII ребро, по средней подмышечной - IX, затем идёт горизонтально, пересекая X и XI ребра, где встречается с задней границей.

Границы лёгких. Положение верхушек лёгких и их задних краёв соответствует границам плевры. Передний край правого лёгкого расположен соответственно передней границе плевры. Передняя граница левого лёгкого совпадает с границей плевры лишь в верхнем отделе до уровня IV ребра, где край лёгкого, образуя сердечную вырезку, отступает влево по IV ребру до среднеключичной линии, а затем идёт вертикально вниз до VI ребра. Отсюда нижняя граница пересекает среднюю подмышечную линию на уровне VIII ребра, лопаточную - на уровне X ребра и околопозвоночную - на уровне XI ребра, где переходит в заднюю границу. Граница между верхней и нижней долями лёгкого проходит сзади от остистого отростка III грудного позвонка и идёт вперёд и вниз к месту соединения костной и хрящевой частей VI ребра. В правом лёгком граница между верхней и нижней долями проходит так же. В месте её пересечения с подмышечной линией отходит борозда, отделяющая среднюю долю. Она идёт горизонтально к месту соединения IV ребра с грудиной. Нижняя граница правого лёгкого лежит несколько выше границы левого, примерно на высоту ребра.

- Теоретические аспекты бронхиальной астмы
- Понятие бронхиальная астма, этиология и классификация тяжести обострения

Бронхиальная астма (БА) — заболевание, характеризующееся хроническим воспалением в воздухоносных путях, приводящим к повышенной гиперреактивности в ответ на различные стимулы, и повторяющимися приступами бронхиальной обструкции, которые обратимы спонтанно или под влиянием соответствующего лечения.

Бронхиальная астма — полиэтиологическое заболевание, в развитии которого играют роль как внутренние факторы риска, которые обуславливают предрасположенность человека

к развитию бронхиальной астмы, так и внешние факторы, которые вызывают развитие бронхиальной астмы у предрасположенных к этому людей.

Факторы риска можно разделить на пять групп:

- 1) инфекционные аллергены (вирусы, бактерии, грибы, паразиты, простейшие);
- 2) неинфекционные аллергены (дым, пыльца растений, пыль, пищевые продукты, производственные раздражители, лекарственные вещества, домашний пылевой клещ, насекомые, шерсть животных);
- 3) профессиональные вредности;
- 4) физические факторы (физическое усилие, неблагоприятные метеорофакторы);
- 5) нервно-психические воздействия (перегрузки, стресс).

В происхождении астмы большое значение имеет наследственная предрасположенность, когда изменения в организме, приводящие к гиперреактивности бронхов, передаются по наследству.

Под влиянием стимула (воспалительный фактор, аллергический фактор, физическое усилие, нервно-психическое воздействие, аспирин, пищевой продукт и др.) вначале у людей, предрасположенных к астме, возникает гиперреактивность бронхов, в них вырабатывается в повышенном количестве слизь, они становятся гиперчувствительными к этому раздражителю. При повторных воздействиях этот стимул приобретает роль триггера (провокатора) гиперреактивности бронхов, что приводит к развитию непрерывного воспалительного процесса, который является основой формирования бронхиальной астмы. Возникающая при этом обструкция бронхов обратима как спонтанно, так и под влиянием лечения.

Таблица 1

Классификация тяжести обострения бронхиальной астмы

Признаки	Легкая	Средне Тяжелая	Тяжелая	Астматическое состояние
Физическая активность	Сохранена	Ограничена	Вынужденное положение	Отсутствует
Речь	Сохранена	Ограничена; произносят отдельные фразы	Речь затруднена	Отсутствует
Сознания	Иногда возбуждение	Возбуждение	Возбуждение, испуг, «дыхательная паника»	Спутанность сознания, гипоксическая или гипоксически – гиперкапническая кома.

Частота дыхания	Дыхание учащенное	Выраженная экспираторная одышка	Резко выраженная экспираторная одышка	Тахипноэ или брадипноэ
Участие вспомогательной мускулатуры, втяжение яремной ямки	Нерезко выражено	Выражено	Резко выражено	Парадоксальное торакоабдоминальное дыхание
Свистящее дыхание	Отмечается обычно в конце	Выражено	Резко выражено	« Немое легкое» отсутствие дыхательных шумов
Частота пульса	Увеличена	Увеличена	Резко увеличена	Брадикардия

➤ Клиническая картина

В развитии приступа удушья при БА условно выделяют три периода: предвестников, разгара, обратного развития. В период предвестников приступа удушья возможны различные по характеру и интенсивности симптомы: вазомоторные реакции со стороны слизистой оболочки носа, чихание, сухость в носовой полости, приступообразный кашель, общее возбуждение, бледность, холодный пот, учащение мочеиспускание, зуд верхней части грудной клетки и шеи. Появление удушья – начало второго периода (разгар). Удушье имеет экспираторный характер, с чувством сжатия за грудиной, нарушающее свободное дыхание. Однако, удушье может возникнуть и внезапно без предвестников, нередко среди ночи, достигая большой выраженности. Осмотр. Пациент принимает вынужденное положение. Вдох делается коротким, выдох – медленным, судорожным (в 3-4 раза длиннее вдоха). Выдох сопровождается громкими свистящими хрипами, слышными на расстоянии (дистанционные хрипы). Лицо бледное, при тяжелом приступе одутловатое с синюшным оттенком и покрыто холодным потом, отражает страх и беспокойство. В дыхании принимает участие мышцы плечевого пояса, спины и брюшного пресса. Больной с трудом отвечает на вопросы. Перкуторно над легкими коробочный звук. Нижние границы легких опущены, подвижность их краев отсутствует. аускультация выявляет ослабленное везикулярное дыхание, во время выдоха множество разнотонных сухих свистящих хрипов. Пульс слабого наполнения, учащен. Тоны сердца учащены, приглушены, акцент II тона на легочной артерии. Границы абсолютной тупости сердца из-за острого вздутия легких не определяются. При осложненном течении болезни типичный приступ удушья может переходить в астматический статус с развитием комы, асфиксии, сладости миокарда и смерти. Третий период (обратное развитие приступа) может протекать быстро (при легком течении), но может и затягиваться на длительное время. К моменту стихания приступа мокрота

разжижается, лучше откашливается, количество высоких сухих хрипов над легкими, определяемых при аускультации, уменьшается; появляются низкие жужжание и нередко влажные незвучные разнокалиберные хрипы.

Клиническая диагностика бронхиальной астмы может проявляться эпизодической одышкой, свистящими хрипами, чувством сдавления в груди, сухим кашлем.

➤ Физическая культура и ее влияние на организм человека с заболеваниями дыхательной системы

Физическая культура играет важную роль при проведении комплексной терапии заболеваний органов дыхания. Она строится индивидуально с учетом характера основного процесса и его патогенетических механизмов, осложнений и сопутствующих заболеваний. Конечным проявлением заболеваний органов дыхания становятся нарушения газообмена в легких и тканях.

Патологические изменения функции дыхания могут возникнуть в следствие:

✓ ограничения подвижности грудной клетки и легких, которые могут быть причиной поражения дыхательной мускулатуры и иннервирующих ее нервов, а также малоподвижного образа жизни. Расстройства дыхания могут быть связаны с поражением плевры и накоплением жидкости (выпота), газа (пневмоторакс), крови или гноя в плевральной полости, плевральными спайками и швартами, деформациями грудной клетки и позвоночника;

✓ нарушений проходимости дыхательных путей, которые могут быть функциональными (спазм гладкой мускулатуры бронхов) и органическими (при воспалительных процессах с обильной мокротой, при сужении, деформации или сдавлении рубцовыми сращениями трахеи и бронхов). Сужение верхних дыхательных путей приводит к инспираторной одышке;

✓ уменьшения дыхательной поверхности при воспалительных процессах в легочной ткани (пневмонии, абсцессах и др.), разрастании соединительной ткани в легких, ателектазах (спадание участков легкого при закупорке или сдавлении просвета воздухоносных путей): быстрое уменьшение дыхательной поверхности вызывает снижение газообмена в легких, развитие кислородного долга и плохо переносится организмом;

✓ нарушения диффузии газов в легких. Патологически измененные альвеоло-капиллярные мембраны становятся плохо проницаемыми для кислорода; это наблюдается при диффузном разрастании соединительной ткани в легких после воспалительных процессов, при длительном воздействии различных вредных факторов на производстве (пневмокониоз), при некоторых формах туберкулеза легких, отеке легкого;

✓ нарушений центральной регуляции дыхания и кровообращения, которые могут наступать при застойных явлениях в малом круге кровообращения и при изменениях состава крови (уменьшении числа эритроцитов и количества гемоглобина, нарушении способности гемоглобина связывать кислород и отдавать его тканям).

Универсальными проявлениями расстройства дыхания служат гипервентиляция и гипоксия.

При гипервентиляции изменяются частота, ритм и характер дыхания. Гипервентиляция является наиболее подвижной компенсаторной реакцией при кислородном голодании (гипоксия). Она сопровождается мобилизацией кровообращения, в частности, увеличением скорости тока крови и минутного объема сердца, что ускоряет доставку кислорода к тканям и выведение углекислоты.

Средства физической культуры (физические упражнения, массаж, ходьба, плавание, оздоровительный бег, занятия на тренажерах и др.), рефлекторно и гуморально возбуждая дыхательные центры, способствуют улучшению вентиляции и газообмена. Под влиянием лечебной гимнастики и массажа повышается общий тонус, и улучшаются психологическое состояние больного, функции центральной нервной системы, улучшаются нервные процессы в коре больших полушарий головного мозга и взаимодействие коры и подкорки; активизируются защитные силы организма; создается оптимальный фон для использования всех лечебных факторов. При любом заболевании органов дыхания, вызывающем расстройства дыхательной функции, в порядке приспособления формируются самопроизвольные компенсации. При сочетании с различными условными раздражителями они могут закрепляться. В ранний период заболевания, применяя упражнения с произвольно редким и глубоким дыханием, удастся быстрее сформировать рациональную компенсацию. Более совершенные компенсации при заболеваниях с необратимыми изменениями в аппарате дыхания (эмфизема, пневмосклероз и др.) обеспечиваются с помощью упражнений, акцентирующих отдельные фазы дыхания, обеспечивающих тренировку диафрагмального дыхания, укрепление дыхательной мускулатуры и увеличение подвижности грудной клетки. При выполнении физических упражнений мобилизуются вспомогательные механизмы кровообращения, повышается утилизация кислорода тканями. Это способствует борьбе с гипоксией.

Физические упражнения содействуют выведению патологического содержимого (слизь, гной, продукты распада тканей) из воздухоносных путей или легких.

При заболевании легких страдают все системы организма и в первую очередь сердечно-сосудистая. Физические упражнения оказывают нормализующее влияние на кровообращение. Они положительно воздействуют на динамику нервных процессов в коре

больших полушарий головного мозга и на адаптацию организма к различным физическим нагрузкам.

Основы методики лечебной физической культуры при заболеваниях легких

В занятиях физической культурой при заболеваниях органов дыхания применяют общетонизирующие и специальные (в том числе дыхательные) упражнения.

Общетонизирующие упражнения, улучшая функцию всех органов и систем, активизируют дыхание. Для стимуляции функции дыхательного аппарата используют упражнения умеренной и большой интенсивности. Если эта стимуляция не показана, применяют упражнения малой интенсивности. Выполнение упражнений в быстром темпе приводит к увеличению частоты дыхания и легочной вентиляции, сопровождается усиленным вымыванием углекислоты (гиперкапнией) и отрицательно влияет на работоспособность.

Специальные упражнения укрепляют дыхательную мускулатуру, увеличивают подвижность грудной клетки и диафрагмы, способствуют растягиванию плевральных спаек, выведению мокроты, уменьшению застойных явлений в легких, совершенствуют механизм дыхания и координацию дыхания и движений. Толчкообразный выдох и дренажные исходные положения способствуют выведению из дыхательных путей мокроты и гноя. При сохранной эластичности легочной ткани для улучшения легочной вентиляции применяют упражнения с удлинненным выдохом, способствующие увеличению подвижности грудной клетки и диафрагмы.

При выполнении специальных упражнений во время вдоха под воздействием дыхательных мышц происходит расширение грудной клетки в переднезаднем, фронтальном и вертикальном направлениях. Поскольку вентиляция осуществляется неравномерно, больше всего воздуха поступает в части легкого, прилегающие к наиболее подвижным участкам грудной клетки и диафрагмы, хуже вентилируются верхушки легких и отделы, расположенные вблизи корня легкого. При выполнении упражнений в исходное положение лежа на спине ухудшается вентиляция в задних отделах легких, а в исходном положении лежа на боку почти исключаются движения нижних ребер.

Физические упражнения предъявляют повышенные требования к аппарату дыхания, вызывая усиление легочной вентиляции, т. е. увеличивают количество вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. Чем большую работу совершает человек, тем больше кислорода потребляют работающие органы.

В состоянии относительного покоя величина легочной вентиляции равна в среднем 6-7 л/мин. При этом человек производит 14-18 дыхательных движений в минуту. При умеренной физической деятельности легочная вентиляция несколько увеличивается за счет

углубления дыхания без значительного его учащения. Увеличивается подвижность грудной клетки и диафрагмы. Под влиянием регулярных занятий физическими упражнениями функция дыхания в целом улучшается, жизненная емкость легких увеличивается, дыхание урежается и углубляется.

Основная задача физической культуры при болезнях органов дыхания направлена на улучшение дыхательной функции, укрепление дыхательной мускулатуры, уменьшение застойных явлений в легких.

В качестве исходного положения при занятиях физическими упражнениями больных с заболеваниями органов дыхания используется положение лежа, стоя и сидя.

Виды физической культуры при различных заболеваниях

Действие физических упражнений при заболеваниях дыхательного аппарата основывается, прежде всего, на возможности произвольного регулирования глубины и частоты дыхания, его задержки и форсирования. С помощью специальных статистических и динамических дыхательных упражнений можно переводить поверхностное дыхание на более глубокое, удлинять или укорачивать фазы вдоха и выдоха, улучшать ритм дыхания, увеличивать вентиляцию легких. Выполнение упражнений со специальными дыхательными упражнениями и разными фазами дыхания усиливают кровообращение в легких и этим способствуют более быстрому и полному рассасыванию инфильтратов и экссудата в легких и в плевральной полости, предупреждению образования в ней спаек. включение физических упражнений в комплексное лечение острых заболеваний органов дыхания значительно увеличивает его эффективность и сохраняет в дальнейшем работоспособность. При хронических заболеваниях легких с помощью физических упражнений можно добиться нормализации нарушенной дыхательной функции.

При заболеваниях легких происходит нарушение функций внешнего дыхания в связи с ухудшением эластичности тканей легких, нарушением нормального газообмена между кровью и альвеолярным воздухом, уменьшением бронхиальной проводимости. Это последнее обусловлено спазмом бронхов, утолщением их стенок, механической закупоркой при повышенном выделении мокроты.

В полноценном физиологическом акте дыхания участвуют одновременно грудная и брюшная полости.

Различают три типа дыхания: верхнегрудное, нижнегрудное и диафрагмально.

Верхнегрудное характеризуется тем, что при максимальном напряжении дыхательного акта в легкие во время вдоха поступает наименьшее количество воздуха.

Нижнегрудное, или реберное, сопровождается расширением грудной клетки на вдохе в стороны. Диафрагма растягивается и поднимается, а при полноценном дыхании она должна

опускаться. При реберном дыхании сильно втягивается низ живота, что неблагоприятно для органов брюшной полости.

Диафрагмальное, или брюшное, дыхание наблюдается при интенсивном опускании Диафрагмы в брюшную полость. Грудная клетка расширяется преимущественно в нижних отделах, и полноценно при этом вентилируются только нижние доли, легких. При обучении методике дыхания больной осваивает все типы дыхания.

Задачи физической культуры оказать общеукрепляющее воздействие на все органы и системы организма, что ведет к улучшению функций внешнего дыхания, уменьшению интоксикации, стимулированию иммунных процессов, ускоряется рассасывание при воспалительных процессах, уменьшается проявление бронхоспазма, увеличить отделение мокроты, стимулируются экстракардиальные факторы кровообращения.

Таким образом, основная задача физической культуры при болезнях органов дыхания направлена на улучшение дыхательной функции, укрепление дыхательной мускулатуры, уменьшение застойных явлений в легких. физическая культура, способствует улучшению вентиляции и газообмена. Под ее влиянием повышается общий тонус, и улучшаются психологическое состояние больного, функции центральной нервной системы, улучшаются нервные процессы в коре больших полушарий головного мозга, активизируются защитные силы организма. При рациональном сочетании общеукрепляющих физических упражнений со специальными дыхательными упражнениями усиливают кровообращение в легких. При хронических заболеваниях легких с помощью физических упражнений можно добиться нормализации нарушенной дыхательной функции.

➤ Исследование воздействия физических упражнений на дыхательную систему жителей города Биробиджана

Исследование проводилось среди прохожих города Биробиджана 07.04.2019 года.

Исследование проводилось в два этапа: Опрос, анкетирование.

Из опрошенных 46 человек, бронхиальная астма имеется у 10 человек.

В анкетировании приняли участие 10 респондентов. Для исследования была составлена анкета для выявления знаний респондентов о воздействии физической нагрузки на дыхательную систему, а также влиянии физических упражнений на органы дыхания.

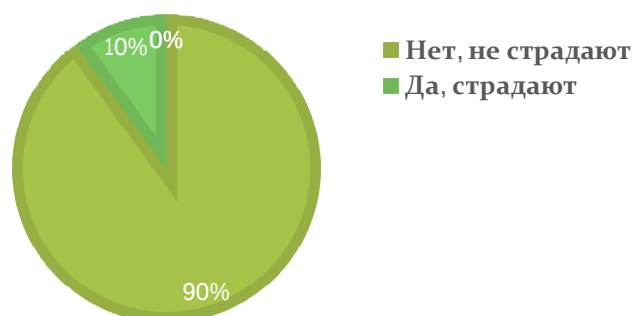
Для наглядности результатов составлены диаграммы.

Возраст респондентов варьируется от 21 года до 48 лет.

В исследовании принимали участие двое мужчин и восемь женщин.

На вопрос «Страдают ли ваши ближайшие родственники хроническими заболеваниями органов дыхания?» 9 респондентов (90%) ответили «Нет, не страдают», 1 респондент (10%) ответил «Да, страдают»

СТРАДАЮТ ЛИ ВАШИ БЛИЖАЙШИЕ РОДСТВЕННИКИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ?

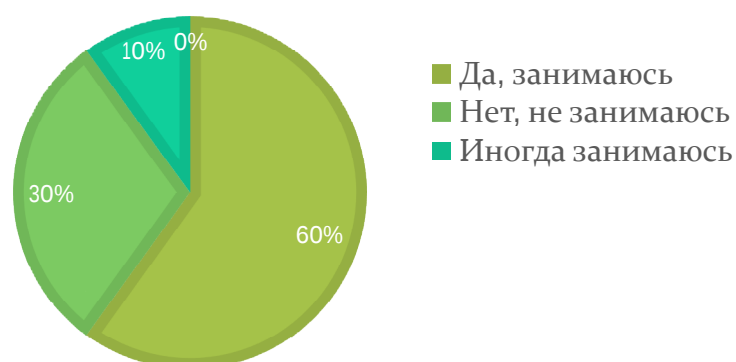


Из полученных результатов, можно сделать вывод, что 90% анкетированных не имеют наследственную предрасположенность к заболеванию.

На вопрос «Имеются ли у вас заболевания органов дыхания?» все респонденты ответили, что страдают бронхиальной астмой.

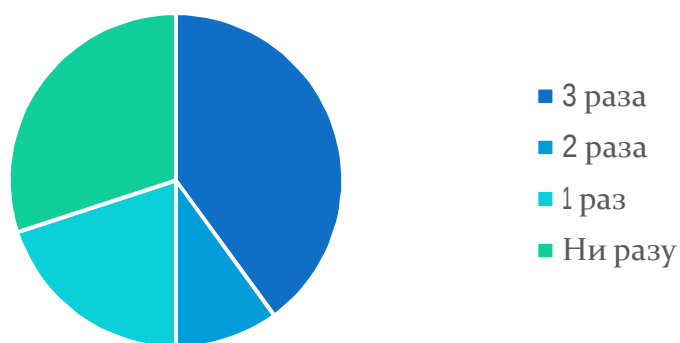
На вопрос «Занимаетесь ли вы спортом?» 3 анкетированных (30%) ответили «Нет, не занимаюсь», 6 респондентов (60%) ответили «Да, занимаюсь», 1 респондент (10%) ответил «Иногда занимаюсь».

ЗАНИМАЕТЕСЬ ЛИ ВЫ СПОРТОМ?



На вопрос «Сколько раз в неделю вы занимаетесь спортом?», 4 анкетированных (40%) ответили «3 раза», 1 анкетированный (10%) ответил «2 раза», 2 анкетированных (20%) ответили «1 раз», 3 анкетированных (30%) ответили «Ни разу».

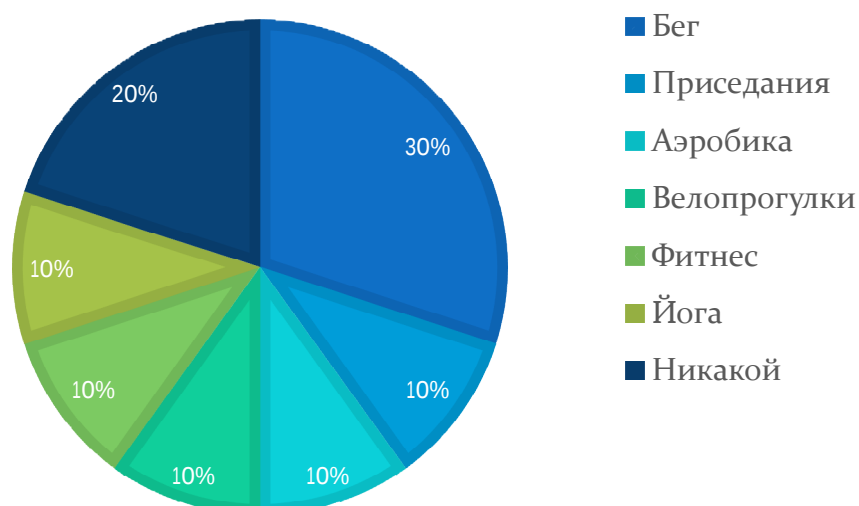
СКОЛЬКО РАЗ В НЕДЕЛЮ ВЫ ЗАНИМАЕТЕСЬ СПОРТОМ?



На вопрос «Считаете ли вы физическую нагрузку важным аспектом здорового дыхания?», все респонденты (100%) ответили «Да, считаю»

На вопрос «Какой вид физической нагрузки предпочитаете?», 3 анкетированных (30%) ответили «Бег», 1 анкетированный (10%) ответил «Приседания», 1 анкетированный (10%) ответил «Аэробика», 1 анкетированный (10%) ответил «Велопрогулки», 1 анкетированный (10%) ответил «Фитнес», 1 анкетированный (10%) ответил «Йога», 2 анкетированных (20%) «Никакой».

КАКОЙ ВИД ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ?



На вопрос «Заметили ли вы улучшение самочувствия после регулярных занятий спортом?», 7 респондентов (70%) ответили «Да, замечаю», 3 респондентов (30%) ответили «Нет, не замечаю».



На вопрос «Какие вы знаете упражнения, влияющие на дыхательную систему? Как они влияют на дыхательную систему?», 2 анкетированных (20%) убеждены, что на дыхательную систему влияет бег и плавание, и утверждают, что эти упражнения увеличивают объем легких, 2 анкетированных (20%) считают, что дыхательная гимнастика воздействует на органы дыхания, но не знают, как именно, 1 анкетированный (10%) ответил, что велопогулки имеют огромное влияние на дыхание и организм в целом, и считает, что велопогулки способствуют выносливости, остальные респонденты (50%) затрудняются ответить.



На вопрос «Показана ли физическая нагрузка пациентам с бронхиальной астмой?», 7 анкетированных (70%) ответили «Да, показана», 1 респондент (10%), считает, что больным с БА нагрузка категорически противопоказана, 2 анкетированных (20%) затрудняются ответить.



На вопрос «Знаете ли вы что такое дыхательная гимнастика? Необходима ли она пациентам с бронхиальной астмой?», 8 респондентов (80%) ответили, что знают о дыхательной гимнастике, а также, что она необходима пациентам с БА, 2 респондента (20%) затрудняются ответить.



Таким образом, по результатам анкетирования мы можем сделать вывод о том, что физическая нагрузка в большинстве случаев благоприятно воздействуют на дыхательную систему больных с бронхиальной астмой.

Выводы

В ходе работы над исследовательским проектом была поставлена цель изучить воздействие физических упражнений на организм людей, страдающих бронхиальной астмой.

Для достижения поставленной цели были разработаны задачи:

- изучить строение органов дыхания, понятие и этиологию бронхиальной астмы;
- описать воздействие физических упражнений на организм пациентов с заболеваниями органов дыхания;
- провести анкетирование среди пациентов с бронхиальной астмой;

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что большинство респондентов считают физическую нагрузку важным аспектом здорового дыхания и замечают улучшения самочувствия после занятий спортом.

Таким образом, гипотеза исследования о том, что дозированная физическая нагрузка улучшает самочувствие пациентов с бронхиальной астмой, доказана.

ПРОЛЕЖНИ. ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ СТАЦИОНАРНОГО ТИПА

*Гайнутдинов Данила Александрович, студент 23 ЛД группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Кучумова Людмила Юрьевна*

Данная работа посвящена изучению понятия пролежней, а также профилактике пролежней в лечебно-профилактическом учреждении стационарного типа.

В 2015 г. было закончено эпидемиологическое исследование длительно (более месяца) обездвиженных пожилых больных с недержанием кала и мочи, в котором приняло участие 85 больных из трех различных клиник и дома престарелых двух российских регионов.

По результатам исследования больные были отнесены к следующим группам:

- группа 1 – больные, не имеющие контактного дерматита или пролежней, 25 человек (29,8%): мужчин 7, женщин 18;
- группа 2 – больные, имеющие пролежни – 50 человек (58,8%): мужчин 26, женщин 24;

- подгруппа 2 А – больные с пролежнями 1-2 стадии 45 человек (52,9%);
- подгруппа 2 Б - больные с пролежнями 3-4 стадии 5 человек (5,9%);
- подгруппа 3 – больные, имеющие контактный дерматит – 35 человек (41,1%);

мужчин 19, женщин 16.

У 19 больных (22,4%) отмечено наличие и пролежней, и контактного дерматита в разных исследуемых критических зонах тела.

Затраты на ведение одного пожилого обездвиженного больного с недержанием мочи и кала в течение 7 дней в группе без поражений кожных покровов составили 4776 рублей.

Помимо экономических затрат, связанных с лечением пролежней, нужно учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом и его родственниками. Возникновение пролежней сопровождается болью, присоединением инфекции, несмотря на наличие огромного количества средств профилактики пролежней: ячеистые и трубчатые противопролежневые матрацы, механические кровати, круги для лежачих больных, различные средства ухода за кожей, шкалы, по оценке развития рисков образования пролежней.

Цель: изучение мероприятий по профилактике пролежней

Задачи:

Изучить теоретические материалы по теме: «Пролежни. Профилактика пролежней»

Выявить факторы, способствующие появлению и усугублению пролежней

Проанализировать качество выполнения мер по профилактике пролежней медицинским персоналом ОГБУЗ «Областная больница»

Сделать анализ и выводы по проведённому исследованию.)

Объект исследования: пролежни.

Предмет исследования: мероприятия по профилактике пролежней.

Гипотеза: Мы предполагаем, что в неврологическом отделении ОГБУЗ «Областная больница» соблюдаются все мероприятия по профилактике пролежней.

Пациенты, прикованные к постели, находятся в группе риска и часто страдают от образования пролежней.

Что такое пролежень?

Пролежень — это глубокие поражения кожи и мягких тканей вплоть до их омертвения в результате длительного сдавливания.

Мероприятия по профилактике образования пролежней должны быть направлены на:

- Своевременную оценку риска развития пролежней;
- Уменьшение давления в местах костных выступов и в зонах риска развития пролежней;

- Наблюдение за кожей в зонах риска;
- Улучшение кровоснабжения и микроциркуляции в зонах риска развития пролежней.

Потенциальными местами образования пролежней могут быть все места над костными выступами на теле, которые сдавливаются при лежании или сидении. В этих местах слабее всего выражена подкожно-жировая клетчатка, давление костных выступов выражено сильнее всего. В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются. Чаще всего в области: ушной раковины, грудного отдела позвоночника (самого выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, локтя, пяток. Места локализации пролежней

В положении «на спине» пролежни развиваются в области затылка, лопаток, на локтях, крестце, седалищных буграх, пятках. В положении «на боку» — в области ушной раковины, плечевого, локтевого суставов, бедренного, коленного суставов, на лодыжке. В положении «сидя» — в области лопаток, крестца, пяток, пальцев стопы. Если пациент лежит на животе - область лобка и скулы.

Первоначально на коже появляется бледное пятно, затем покраснение, отек, иногда сопровождающийся образованием пузырей в местах отслойки эпидермиса, затем некроз приводит к обнажению раневой поверхности, инфицированию раны, повреждению подлежащих тканей, вплоть до кости. При продолжающемся неблагоприятном воздействии пролежни быстро растут, иногда захватывая почти все участки тела, соприкасающиеся с опорной поверхностью.

1 стадия: устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

2 стадия: стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.

3 стадия: разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

4 стадия: поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Три основных фактора, приводящие к образованию пролежней

Давление - это сдавливание уязвимых тканей ещё более усиливается под действием тяжёлого постельного белья, плотных повязок или одежды человека, в том числе обуви у пациентов, сидящих неподвижно.

Сдвиг (срезающая сила) - Если человек в постели съезжает с подушек вниз или подтягивается к изголовью кровати, а также при неправильной технике перемещения пациента

Трение - возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены этому люди при недержании мочи, потоотделении, ношении влажного и не впитывающего влагу (синтетического) нательного белья или располагающиеся на не впитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, клеёнки или нерегулярно меняемые подстилки).

В связи с актуальностью проблемы пролежней в РФ разработан и утвержден ОСТ (отраслевой стандарт) «Протокол ведения больных. Пролежни» (нормативный документ в рамках системы стандартизации здравоохранения в РФ, стандарт федерального уровня, являющийся обязательным для исполнения в ЛПУ любой ведомственной подчиненности). Факторы риска развития пролежней представлены в таблице.

Факторы риска

Обратимые факторы риска	Необратимые факторы риска
Внутренние факторы риска	
Истощение/ожирение; нарушение подвижности (ограниченная подвижность, обездвиженность); нарушение психомоторной активности (апатия, возбуждение, беспокойство); недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты (плохой аппетит, отказ от еды, неправильный режим питания, диета); анемия; сердечная недостаточность; обезвоживание; гипотензия; изменение сознания (спутанное сознание, кома) изменения в психологическом состоянии; бессонница; боль; курение	Старческий возраст; терминальное состояние; дистрофические изменения кожи (истонченная, сухая, поврежденная); неврологические расстройства (сенсорные, двигательные); нарушение периферического кровообращения (артериального или венозного) и микроциркуляции;
Внешние факторы	
Травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости; плохой гигиенический уход; неправильно подобранные методы и средства по уходу; неправильная техника массажа и подбора средств для массажа; складки на нательном или постельном белье;	Предшествующее обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 ч.; повреждение головного и спинного мозга применение цитостатических лекарственных средств, гормонов, НПВС;

отсутствие поручней у кровати; неправильная техника перемещения больного в кровати; нарушение техники расположения больного в кровати или на кресле; нарушение технологии применения противопролежневых систем (матрацы, подушки и др.) изменение микроклимата кожи (перегрев, переохлаждение, избыточное увлажнение, сухость)	
--	--

Дж. Ватерлоу утверждает, что если пациент попадает в любую из перечисленных выше категории риска, следует немедленно начинать проводить профилактические мероприятия, которые потребуют определенных умений и навыков сестринского персонала и применения профилактических и вспомогательных средств. Шкала Ватерлоу (J. Waterlow), по утверждениям специалистов, применима ко всем категориям пациентов. Работать с этой шкалой достаточно просто: оценив пациента по 10 предложенным параметрам, нужно суммировать полученные баллы. Чем больше баллов (более 12), тем больше риск. Баллы суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

- Нет риска: 1-9 баллов,
- Есть риск 6-10 баллов
- Высокая степень риска: 15 баллов
- Очень высокая степень риска – 20 баллов

Больному должно быть создано удобное положение в постели. Постельный комфорт является важным элементом лечебно-охранительного режима, смена положения пациента проводится каждые 2 часа. (13 слайд) На кровать укладывают матрац и простыню. Края простыни подворачивают под матрац, чтобы она не собиралась в складки. При необходимости, применяют непромокаемые простыни, пеленки. На постели не должно быть бугров и впадин. На подушки надевают наволочки. Одеяло должно быть байковым - легким и теплым, т. к. оно легче проветривается и дезинфицируется, на одеяло надевают пододеяльник.

Для нормальной репродукции клеток кожи нужно их хорошее питание. Репродукция снижается при болезни человека или повреждении кожи. Потеря пациента в весе приводит к образованию морщин и трещин на коже. При недостатке питательных веществ клетки снижают репродукционную функцию.

Для обеспечения оптимального питания может быть показана нутритивная поддержка в виде специальных питательных смесей. Пища должна содержать достаточное количество

калорий, белка, витаминов, микроэлементов, возможно, пациенту потребуется более частое кормление небольшими порциями. В стандарте указаны требования к диетическим назначениям и ограничениям. Диета должна содержать не менее 120 г. белка и 500-1000 мг. аскорбиновой кислоты в сутки. Суточный рацион должен быть достаточно калорийным для поддержания идеальной массы тела пациента. Содержание белка на 100 грамм продукта в приложении А

У неврологических пациентов важно вовремя оценить способность самостоятельно принимать пищу, т.е. необходимо провести скрининговое тестирование функции глотания в первые 24 ч. после поступления пациента в отделение.

Суточная потребность жидкости составляет: 30 мл/кг веса + 10% при повышении температуры тела на каждый градус (выше 37 °С). Потребность в жидкости может существенно снижаться при застойной сердечной, почечной недостаточности, циррозе печени, поэтому количество ее поступления обсуждается с лечащим врачом. Если есть признаки обезвоживания, необходимо выяснить причины. Ими могут оказаться: нарушение глотания, беспомощность и зависимость от окружающих, проблемы общения (не может попросить пить), нарушения зрения, пожилой возраст и снижение ощущения жажды, лихорадка, гипергликемия, инфекционные заболевания, лекарственное воздействие (например, прием диуретиков) и т.д.

Кожа пациента должна быть чистой, чтобы нормально функционировать. Для этого необходимо ежедневно проводить ее утренний и вечерний туалет. Способствуют загрязнению кожи выделения сальных и потовых желез, роговые чешуйки, пыль особенно в подмышечных впадинах, складках: кожи, под молочными железами у женщин. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника. Пациента, следует мыть в ванне или под душем не реже 1 раза в день. Если ванна или душ противопоказаны, то кроме ежедневных умываний, подмывания, мытья рук перед каждым приемом пищи и после туалета, необходимо каждый день обтирать тяжелобольного ватным тампоном, смоченным водой, теплым камфорным спиртом или раствором уксуса (1-2 столовые ложки на 0,5 л. воды).

Ежедневное мытье кожи пациента не только очищает ее, но и улучшает самочувствие. Во время мытья обязательно осуществляется легкий массаж, который улучшает кровообращение в коже, благодаря воздействию на множество расположенных в ней рецепторов. Кроме того, помощь пациенту при осуществлении гигиенических процедур помогает сестре наблюдать за изменением физического и эмоционального состояния больного.

Исследование проводилось с 06.05.2019г. по 18.05.2019г. на базе неврологического отделения ОГБУЗ «Областная больница».

Исследования проходило в два этапа:

1 этап: Опрос медицинских сестёр неврологического отделения ОГБУЗ «Областная больница» и наблюдение за достоверностью полученных ответов. В опросе участвовало 9 респондентов. Респондентам были заданы следующие вопросы.

2 этап - Анкетирование медицинского персонала в нем приняли участие 9 медицинских сестер.

На вопрос «Знаете ли вы что такое «Пролежни»?» 8 из 9 респондентов ответили - да, знают.

Вывод: 8 из 9 респондентов знают, что такое пролежни, а 1 (11%) респондент не знает, на вопрос: «Почему вы не знаете?» ответил: «В процессе работы еще не сталкивался с данным осложнением».

На вопросы:

- Есть ли в вашем отделении функциональные кровати и противопролежневые матрасы? Все 9 респондентов ответили: «Да. Только в палате интенсивной терапии»

В процессе наблюдения выяснили, что в палате интенсивной терапии все функциональные кровати с профилактической целью оснащены противопролежневыми ячеистыми матрасами.

- Есть ли в отделении пациенты с пролежнями? Сколько пациентов? Какие стадии? Все 9 респондентов ответили: «Пациентов с пролежнями в отделении нет».

- Проводите ли вы ежедневную оценку риска развития пролежней у пациентов? 8 из 9 респондентов ответили: «Нет. Не проводим. Таких шкал у нас нет». Только один респондент ответил, что проводит и указал шкалу Ватерлоу.

Методом наблюдения, удостоверился в том, что в неврологическом отделении отсутствуют пациенты с пролежнями.

- Какие средства используются для очищения кожи пациента?
- Обучаете ли родственников приемам профилактического массажа?

Все респонденты ответили: «Да». Приемам массажа обучает медицинская сестра по ЛФК.

- Какие средства используются для увлажнения кожи пациента?

Нами были получены следующие ответы: 9 респондентов ответили, что средства для увлажнения кожи, такие как спреи, пенки, покупают родственники.

Методом наблюдения, заметил, что медицинский персонал не увлажняет кожу лежачим пациентам, а используют мазевые повязки, которые являются одним из средств для скорейшей регенерации кожного покрова являются.

- Стимулируете ли вы пациентов к самостоятельному приему пищи?

Все респонденты ответили: «Да».

Методом наблюдения, выявил, что младший медицинский персонал помогает пациентам в приеме пищи.

- Ведется ли учет потребленной жидкости пациентами с риском развития пролежней? Как?

9 респондентов ответили: «Да. Ведется учет потребленной и выделенной жидкости.

Вывод: медицинский персонал неврологического отделения ведет учет потребленной жидкости, но не знают для какой цели это необходимо.

- Ведется ли учет потребления пациентом необходимого количества белка? Как?

Все 9 респондентов ответили: «Нет. Зачем?». Вывод: медицинский персонал неврологического отделения не ведет учет потребленного и не знают для какой цели это необходимо. Несмотря на то, что учёт потребленного белка медицинскими работниками не ведётся, пациенты получают полноценное питание. На рисунке 10 мы видим, что соотношение белков, жиров и углеводов соответствует норме, питание сбалансированное.

В процессе производственной практики наблюдала факторы, способствующие появлению и усугублению пролежней, удостоверилась, что медицинский персонал неврологического отделения частично проводит мероприятия по устранению воздействия обратимых факторов.

Была проведена работа по анализу профилактических мероприятий в неврологическом отделении ОГБУЗ «Областная больница» и выявлено, что профилактика пролежней у пациентов проводится частично. Больных с пролежнями в неврологическом отделении ОГБУЗ «Областная больница» на момент прохождения практики не выявлено.

Поставленная цель достигнута, все задачи решены.

Гипотеза, в которой мы предполагали, что в неврологическом отделении ОГБУЗ «Областная больница» соблюдаются все мероприятия по профилактике пролежней, подтверждена частично.

ПРАВОВАЯ КУЛЬТУРА СТУДЕНТОВ ОГПОБУ «БИРОБИДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

*Зуева Дарья Александровна, студентка 12 «ЛД» группы
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научный руководитель: Мищенко Наталья Владимировна*

Подавить в себе долг и не признавать обязанности,
требуя в то же время прав себе, есть только свинство.

Ф.М. Достоевский

Россия продолжает становление как правовое, демократическое государство, и в этих условиях формируется гражданское общество. Наиболее остро стоит вопрос о гражданской ответственности молодёжи, так как именно у нее трансформируются интересы, убеждения, принципы, ценности. От правовой культуры молодого поколения зависит развитие не только каждой личности, но общества в целом.

В российской действительности формирование правовой культуры молодого поколения играет особое значение.

Правовая культура – это знание закона и его уважение, это не только защищенность прав и свобод граждан, но и правомерное поведение, это эффективность деятельности правоохранительных органов. И в настоящее время эта тема актуальна: разрабатывается молодежная политика, уделяется внимание формированию правовой культуры молодого поколения.

Правовая культура – это социальное явление, характеризующее правосознание личности и общества, обеспечивающее свободу и безопасность личности, соблюдение прав человека и гражданина, гарант правовой защищенности и гражданской активности.

В соответствии с глобальным масштабом проблемы и ее недостаточной разработкой была выбрана данная тема. Занимаясь её изучением, студенты группы 12 «ЛД» провели социологическое исследование, в котором приняли участие студенты групп: 10 «СД», «13 ЛД», 12 «ЛД», 20 «СД».

Цель исследования: определить уровень правовой культуры студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Задачи исследования:

1. Определить объем информации, знаний в области избирательного права, которым владеют студенты колледжа.
2. Раскрыть факторы, влияющие на формирование правовой культуры студентов.

Объектом исследования стали студенты 18 до 30 лет 1-2 курсов, обучающиеся по специальности: «Лечебное дело», «Сестринское дело» ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Объект социологического анализа: реализация прав и свобод студентов колледжа – молодых избирателей.

Предмет исследования: мнение респондентов о реализации политических прав и свобод.

До начала исследования были сформулированы 4 рабочие гипотезы:

1. Предположили, что 45 % респондентов владеют знанием законодательства в области избирательного права.

2. Предположили, что 50 % респондентов нуждаются в совершенствовании знаний в области права РФ.

3. Предположили, что 60 % студентов-респондентов реализуют избирательное право, выражая собственную гражданскую позицию.

4. Предположили, что 60 % студентов-респондентов уверены в практической необходимости знаний правовых норм и совершенствовании уровня правовой культуры.

Метод сбора первичной информации – анкетный опрос.

Теоретическая база исследования.

Законодательство в области избирательного права представлено федеральными законами и областными:

Федеральные законы:

1. Конституция РФ
2. ФКЗ от 28.06.2004 № 5-ФКЗ «О референдуме Российской Федерации»
3. ФЗ от 22.05. 2002 №-67-ФЗ «Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан РФ»
4. Федеральный закон от 22.02.2014 N 20-ФЗ "О выборах депутатов Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации"
5. (включает принципы и нормы выборов депутатов Государственной Думы)
6. Федеральный закон от 10.01.2003 № 19-ФЗ «О выборах Президента Российской Федерации»
7. ФЗ от 06.10.2003 № -131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ»

Законы ЕАО, регламентирующие избирательный процесс

1. Закон ЕАО от 25.11.2015 № 832-ОЗ «О порядке реализации права законодательной инициативы гражданами, проживающими на территории Еврейской автономной области»
2. Закон ЕАО от 25.02.2004 № 261-ОЗ «О местном референдуме в Еврейской автономной области»
3. Закон ЕАО от 18.03.2015 № 678-ОЗ «О выборах губернатора Еврейской автономной области»
4. Закон ЕАО от 18.03.2015 № 679-ОЗ «О выборах депутатов представительных органов муниципальных образований в Еврейской автономной области»
5. Закон ЕАО от 25.01.2006 № 635-ОЗ «О референдуме Еврейской автономной области»
6. Закон ЕАО от 24.02.2016 № 877-ОЗ «О выборах депутатов Законодательного Собрания Еврейской автономной области»
7. Закон ЕАО от 29.01.2003 № 135-ОЗ «О некоторых вопросах формирования и деятельности избирательных комиссий на территории Еврейской автономной области»

Вид исследования – пилотажное.

Метод сбора первичной информации – анкетный опрос.

Теоретическая база исследования

Наиболее влиятельной теорией, отождествляющей право и сознание, является теория естественного права. Она оформилась в 17-18 вв. в трудах Г. Гроция, Дж. Локка, Ж.-Ж. Руссо, Ш. Монтескье и других мыслителей. В России сторонниками этой теории были А.И. Радищев, В.С. Соловьев, П.И. Новгородцев. Эта теория разграничила две системы права – естественное и позитивное. Естественное право – ценности и идеалы, которые стремится обеспечить человек, следуя разумной природе. Позитивное право – это система юридических норм, установленных государством в законах и подзаконных актах.

В широком смысле право- система взаимодействующих правовых норм, правовых отношений и правового сознания. Важное значение имеют и правовая психологи и идеология.

Правовая психология - правовые чувства, настроения, свойственные личности, социальной группе или обществу в целом. Она отражает бытовые отношения людей.

Правовая идеология – система юридических знаний, идей и оценок права. В ней выражаются требования государства к поведению членов общества. Правовая идеология демократического государства обладает большим нравственным потенциалом, так как

формирует у граждан чувства свободы, достоинства, ответственности, уважения прав и свобод и законных интересов личности[8, 15]

Термин правовая культура употребляется в двух значениях: 1) как содержание, то есть это – правовые акты, знание правовых организаций и определенные идеи – представления о свободе, равенстве, правовом государстве, и др; 2) ценностное понимание проявляется в грамотности юридических документов, правомерном поведении членов общества, субъектов права, демократическом и правовом характере государства.

Правовая культура молодых избирателей – это знание не только законодательства избирательного процесса, но и реализация избирательных прав, выражение своей гражданской позиции.

Коммерциализация, преобладающая в культуре, влияя на мировоззрение российской молодёжи, способствует негативному отношению к ценностям, в том числе и правовым. Это выражается в пренебрежении к действующим в обществе правилам и нормам поведения или в отрицании их. Новое поколение заново формирует своё восприятие мира, поскольку может рассчитывать только на себя. Постоянный поиск себя, самоопределение, повышение знаний и квалификации становятся основными ценностными ориентирами российской молодёжи.

Становление правовой культуры личности взаимосвязано с формированием ее правосознания.

Правосознание - одна из областей человеческого сознания. Оно может принадлежать индивидам, социальным группам и обществу. Правовое сознание - источник правомерного поведения членов общества и правопорядка. Чтобы вести себя правомерно, личность должна обладать зрелым правосознанием, воспитывать и укреплять его в себе.

Правосознание – сфера общественного, группового и индивидуального сознания, отражающая правовую действительность в виде эмоций, установок, ценностных ориентаций, выражающих отношение к праву и регулирующих человеческое поведение в юридически значимых ситуациях

Ядром правового сознания являются правовые знания, рис. 1.

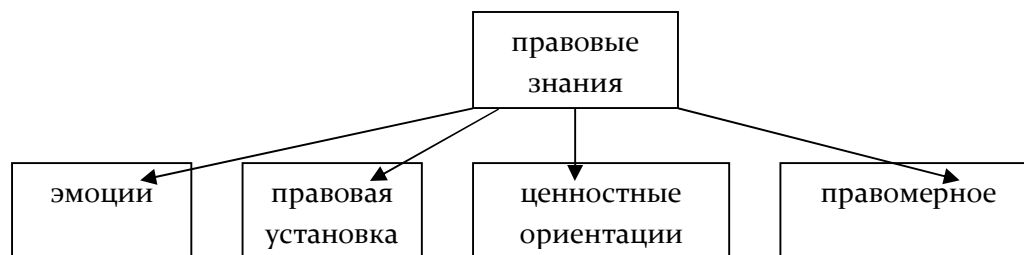


Рис.1 Составляющие правового сознания.

Существуют уровни правосознания: обыденное, профессиональное, научное. Научное правосознание формируется в результате целенаправленного процесса научно-образовательной деятельности и способствует разработке правовых проблем, источников права. Профессиональное – это правовое сознание юристов, включающее в себя знание законов и умение применять их в практической деятельности. Обыденное правосознание складывается стихийно, под влиянием конкретных условий жизни, личного жизненного опыта и правовой информации, доступной населению.

Разработкой этой темы занимались ученые: С.А. Муромцев, М.М., Г.С. Остроумов, В.А. Чефранов, М.М.Ковалевский, Ю.М. Антонян, Э.Б. Мельникова В. В. Спасская, Е.А. Певцова, Е. Калущкая и другие.

При низком уровне правосознания наблюдаются различные процессы.

Абсентеизм – нежелание гражданина участвовать в выборах.

Аполитичность – отсутствие интересов к политике. Отсутствие постоянных политических пристрастий, игнорирование многих событий политической жизни, начиная с митингов, и заканчивая выборами президента.

Правовой нигилизм – отрицательное, неуважительное отношение к праву, законам, правопорядку. Формы проявления: равнодушие и скептическое отношение к роли права в жизни отдельных людей и общества, его потенциальным возможностям, негативное отношение к праву. Причины правового нигилизма: юридическое невежество, правовая невоспитанность членов общества, незнание норм права, [7, 17].

Выборы - форма прямого волеизъявления граждан, осуществляемого в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и законами субъектов Российской Федерации для формирования органа государственной власти, органа местного самоуправления или наделения полномочиями должностного лица.

Все выборы в Российской Федерации организуются на основе всеобщего равного и прямого избирательного права при тайном голосовании.

Организуются выборы избирательными комиссиями: Центральная избирательная комиссия Российской Федерации; избирательные комиссии субъектов Российской Федерации; избирательные комиссии муниципальных образований; окружные избирательные комиссии; территориальные (районные, городские и другие) комиссии; участковые комиссии.

Принципы проведения выборов и референдумов в Российской Федерации:

➤ Участие в выборах граждан на основе всеобщего равного и прямого избирательного права при тайном голосовании.

- Участие в референдуме на основе всеобщего равного и прямого волеизъявления при тайном голосовании.
- Участие свободное и добровольное.
- Деятельность избирательных комиссий при подготовке и проведении выборов, референдума, при подсчете голосов, установлении итогов голосования, определении результатов осуществляется открыто и гласно.

Анализ результатов исследования.

В анкетном опросе принимало участие 58 респондентов, студентов сестринского и фельдшерского отделений. Всего 17 % студентов юношей, девушек - 83 %. Из числа респондентов 73% составляют студенты в возрасте от 18 до 20 лет, а 28% - от 20 лет и старше.

Данные исследования показали, что 48% респондентов владеют знанием законодательства избирательного права, 37 % не знают, а 15 % отказались отвечать на этот вопрос. Таким образом, рабочая гипотеза о том, что 45 % студентов владеют знаниями избирательного права, подтвердилась (Рис 2).

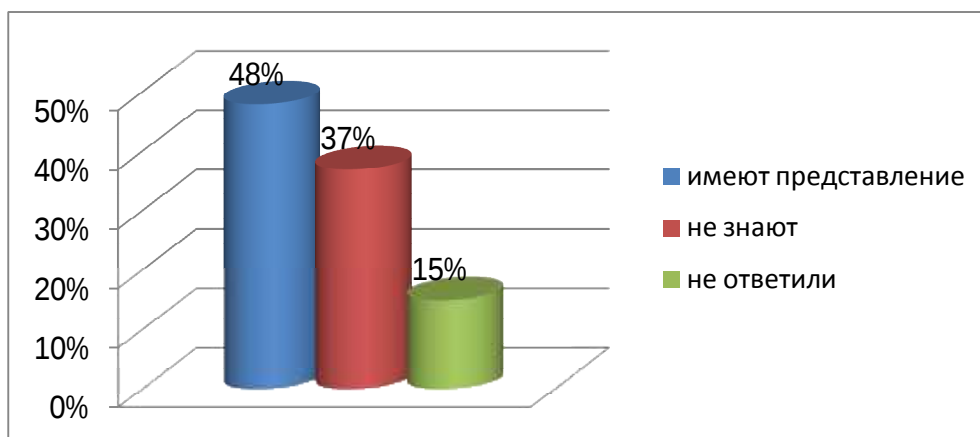


Рис. 2. Знание студентами с избирательного права

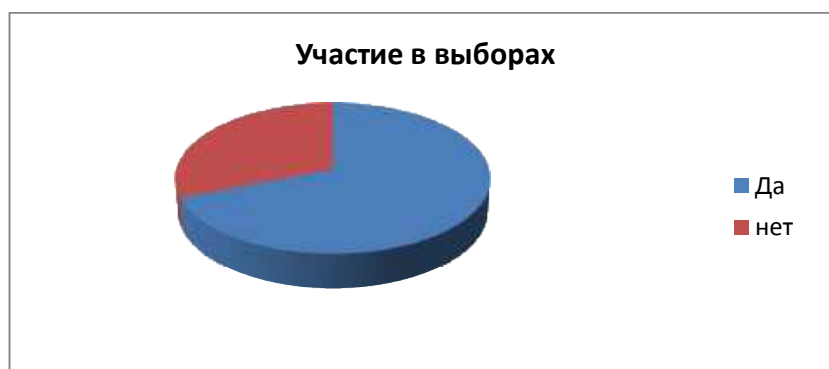


Рис. 3 Участие студентов в выборах

Из общего числа респондентов принимали участие в выборах 69%. Таким, образом, гипотеза № 3 о реализации избирательного права подтвердилась. Более 60 % респондентов реализуют свои избирательные права.

Ответственность гражданина его, правомерное поведение зависит напрямую от правовой культуры. Это отметили 88% респондентов, рис. 3.



Рис.4 Взаимозависимость правовой культуры и ответственности гражданина

84% респондентов осознанно относятся к своим поступкам и понимают, что представляет собой правомерное поведение.

Следует отметить, что 76% респондентов осознают практическую необходимость правовых знаний в будущей практической деятельности, семейной жизни, гражданских правоотношениях. То есть гипотеза № 4 о практической значимости и необходимости знаний норм права также подтвердилась. Лишь 17% респондентов являются правовыми нигилистами, то есть не осознают практической необходимости знаний норм права в личной жизни и профессиональной деятельности.

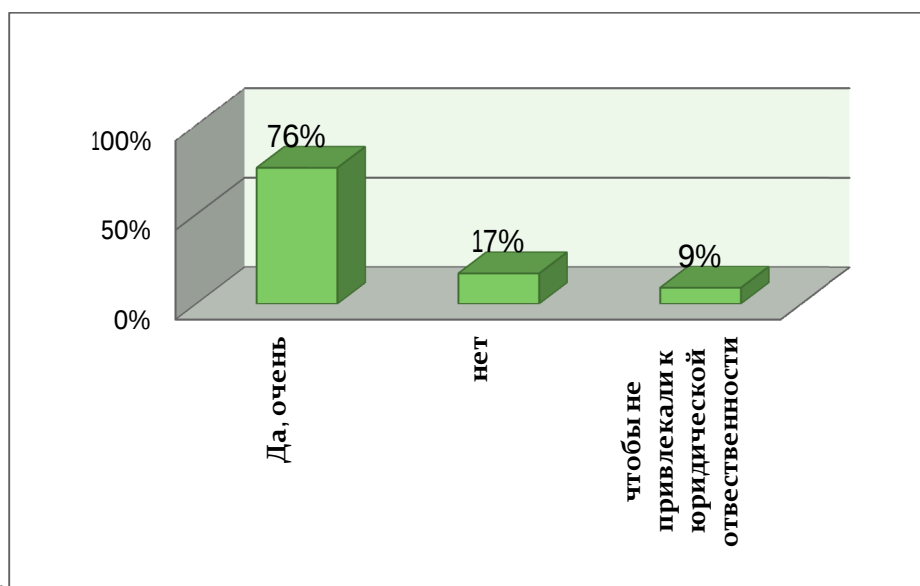


Рис. 5 Значение правовой культуры в практической деятельности.

Рабочая гипотеза № 2 получила подтверждение, так как 52% из числа респондентов желают повысить уровень своей правовой культуры, а отметили 47 %, что не нуждаются в дополнительных правовых знаниях, 1 % респондентов воздержался, рис.6.



Рис.6 Необходимость в дополнительной правовой информации.

Часто сталкиваются с нарушением прав 40% респондентов, единичные случаи были у 26%.

Наиболее интересными данными стала информация об источниках правовых норм, знаний: 55% респондентов повышают уровень своей правовой культуры просмотром телепередач, чтением периодической печати -24%, пользуются интернетом с этой целью – 47%, в семье – 29%, на занятиях в колледже- 21%., рис. 7.

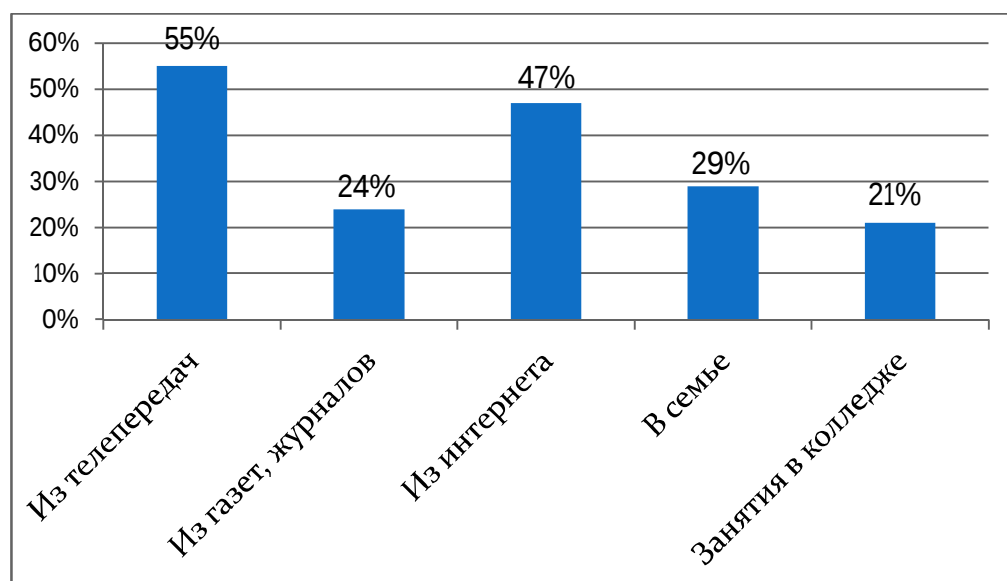


Рис.7 Источники правовых знаний

Респондентам предлагалось ответить на вопрос, нарушали ли они когда-либо правовые нормы? Часть респондентов совершала дисциплинарные проступки и административные правонарушения – это 25% от общего количества студентов.

Получив исходную информацию, произведя расчеты, сопоставив данные, пришли к выводам. Рабочие гипотезы, поставленные в ходе исследования, получили свое подтверждение: 48% респондентов владеют знанием законодательства избирательного права, 52 % респондентов считают свой уровень правовой культуры недостаточным и желают его повысить; 29 % респондентов реализуют своё избирательное право, 76 % студентов-респондентов уверены в практической необходимости знания правовых норм РФ. Эти данные несколько выше, чем те, которые изначально предполагались. Задачи исследования реализованы. У студентов колледжа осознанное отношение к своей правовой культуре. Из источников правовых знаний лидируют интернет, телевидение, что свидетельствует об обыденном правовом сознании студентов колледжа, но желание повышения уровня правовой культуры свидетельствует об уважительном отношении к праву и закону основной массы респондентов, об осознании ими ответственности за свое поведение, о желании приобретать дополнительные знания в правовой сфере.

Чтобы предотвратить распространение правового нигилизма, необходимо ориентировать современное молодое поколение на правомерное поведение.

Таким образом, правовое воспитание – важнейшее средство формирования и изменения правового сознания и правовой культуры. Необходимо формировать убеждения о важности и ценности права, правомерного поведения, законности и других правовых явлений в жизни личности и общества. Правовая культура взаимодействует с другими областями духовной культуры: политической, нравственной, эстетической, религиозной, поэтому правовая культура молодежи зависит от уровня правовой культуры социума в целом, от уровня общей культуры личности, ее воспитанности, образованности, кругозора, способности критически воспринимать действительность, принимать решения самостоятельно.

В условиях демократизации, интенсивного развития информационных технологий складываются поведенческие модели молодежи. Сформировавшиеся индивидуальные привычки становятся впоследствии частью коллективного поведения, проявляются в деятельности социальных групп и общностей, закрепляются в коллективных правилах и нормах - традициях.

Список источников:

1. Конституция РФ
2. ФКЗ от 28.06.2004 № 5-ФКЗ «О референдуме Российской Федерации»
3. ФЗ от 22.05. 2002 №-67-ФЗ «Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме граждан РФ»
4. Абдурахманова И.В. Массовое правосознание в России в начале 20 века: факторы формирования и механизм трансформации. Ростов н/Дону: «Феникс», 2017.
5. Певцова Е.А. Право. Основы правовой культуры. //Основы государства и права № 3, 2015 г.
6. Правоведение: Учебник для неюридических вузов / Под ред. О.Е. Кутафина. – М.: Юристъ, 2017 г.
7. Рачипа А.В. Обыденное правосознание населения среднего города России: социокультурный аспект. Ростов н/Дону: «Феникс», 2016.
8. Салыгин Е.Н. Правосознание и правовая культура//Основы государства и права №1, 2004. С.14-18.
9. Ядов В.А. Социологическое исследование: методология, программа и методы. М.: Гэотар-Медиа, 2017.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА: СОСТОЯНИЕ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ О ПРОБЛЕМЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ И СОТРУДНИКОВ ОГПОБУ «БИРОБИДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

*Казакова Диана Вадимовна, Касумова Сабина Шадар Кызы - студентки 22 ЛД
группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Научные руководители: Болдырева Татьяна Леонидовна, Гефен Лариса Ивановна,
Лоншакова Ольга Алексеевна*

Идея создания невосприимчивости к инфекционным заболеваниям зародилась в глубокой древности, когда предпринимались эмпирические попытки предупреждать наиболее грозную инфекцию того времени - натуральную оспу.

В настоящее время иммунопрофилактика – это система мероприятий для предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок.

Вакцинация – способ создания активного иммунитета с помощью вакцин.

Понятие иммунизация отличается от понятия вакцинация тем, что она подразумевает возможность создания не только активного, но и пассивного иммунитета, который может быть достигнут с помощью введения готовых антител и иммунокомпетентных клеток.

Вакцинация – это самая эффективная профилактическая технология. Именно благодаря массовой вакцинации такие болезни, как полиомиелит, коклюш, дифтерия и столбняк, перестали представлять серьезную опасность, а о некоторых страшных диагнозах, таких как черная оспа, человечество и вовсе почти забыло.

Вакцинация в Российской Федерации проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, принятым в марте 2014 года (приказ № 125н с изменениями от 16.06.2016 года и 13.0.2017 г.).

В нашей стране Национальный календарь профилактических прививок предусматривает обязательную иммунизацию населения против 12 инфекционных заболеваний – дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, эпидемического паротита, краснухи, вирусного гепатита В, туберкулеза, гриппа, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции.

Ежегодно, начиная с 2005 года, в последнюю неделю апреля, по инициативе Европейского Бюро Всемирной организации здравоохранения во всем мире проводится Всемирная неделя иммунизации (World Immunization Week). Всемирная неделя иммунизации направлена на поощрение использования вакцин для защиты людей от болезней в любом возрасте.

Иммунизация позволяет спасти миллионы жизней каждый год и широко признается как одна из наиболее успешных и экономически эффективных мер в области здравоохранения в мире. Тем не менее, сегодня около 20 миллионов детей не прививались вообще или недостаточно охвачено прививками.

В этом году Всемирная неделя иммунизации проходила с 24 по 30 апреля под лозунгом: «Защитимся вместе: вакцины действуют». Целью проведения Всемирной недели иммунизации в 2019 году явилось повышение осведомленности населения о принципиальной важности полноценной иммунизации на протяжении всей жизни. ВОЗ приводит в рамках Недели иммунизации различные просветительские мероприятия, организует вакцинацию детей и взрослых, приглашает представителей разных стран к обмену информацией и опытом. Всемирное сотрудничество позволяет ускорить темпы иммунизации населения и охватить максимальное количество людей и регионов.

В период проведения Всемирной недели иммунизации в 2019 году активно присоединилась ЕАО. Центром гигиены и эпидемиологии в ЕАО организованы пресс-конференции, теле- и радиовыступления, изданы информационные и наглядные

агитационные материалы, посвященные вопросам иммунопрофилактики. Специалисты управления Роспотребнадзора по ЕАО отвечали на вопросы жителей города и районов ЕАО, возникающие при проведении иммунизации.

В связи с проведением Всемирной недели иммунизации, студенты нашего колледжа, как будущие медицинские работники, решили выявить осведомленность репрезентативных групп о вакцинопрофилактике, так как в ее проведении большая роль принадлежит среднему медицинскому персоналу в плане организации и информированности населения.

Объект: осведомлённость о вакцинопрофилактике.

Предмет: осведомлённость о вакцинопрофилактике обучающихся и сотрудников ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Гипотеза: обучающиеся и сотрудники Биробиджанского медицинского колледжа нуждаются в повышении информированности о вакцинопрофилактике.

Цели исследования:

1. Выявление осведомленности репрезентативных групп о вакцинации.
2. Сравнение осведомленности о вакцинации у разных групп населения.

Задачи:

1. Выявить профессиональную компетентность студентов, средних медицинских работников и сотрудников колледжа, не имеющих медицинского образования в вопросах вакцинации.
2. Обозначить роль среднего медицинского персонала в организации вакцинопрофилактики.
3. Расширить кругозор теоретических знаний респондентов по вопросам вакцинопрофилактики.

Материалы и методы:

Исследование проведено методом анонимного анкетирования студентов 1 курса, выпускных групп, курсантов отделения повышения квалификации (ОПК) и сотрудников колледжа, не имеющих медицинского образования.

В работе инициативных групп приняли участие студенты 22 ЛД группы. Было опрошено 142 респондента, из них:

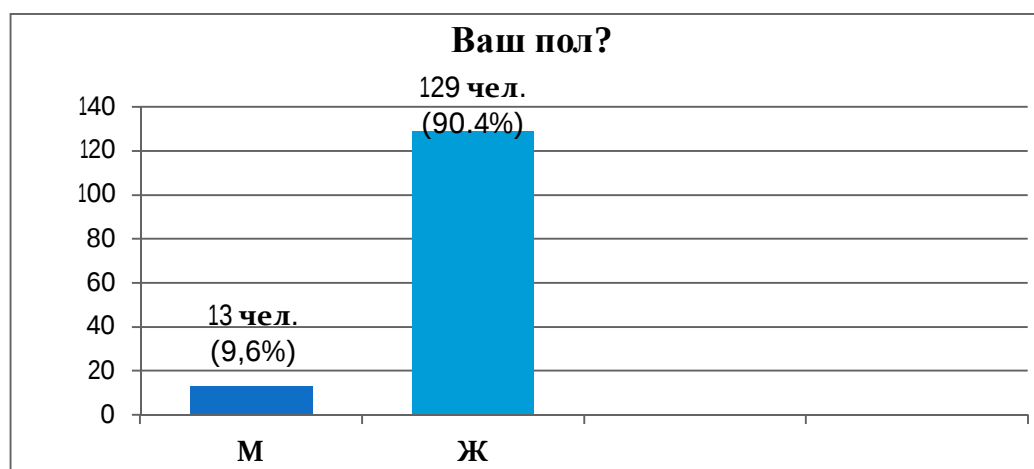
- студентов 1 курса – 45 человек;
- выпускников – 55 человек;
- курсантов ОПК – 28 человек;
- немедицинских работников колледжа – 14 человек.

Анкетированным было предложено 16 вопросов, основными из которых являются:

- общие сведения;
- вопросы, касающиеся информированности о вакцинопрофилактике;
- о личном участии в прививочном процессе;
- о согласии и причинах отказа от вакцинации;
- вопросы о выявлении предложений по привлечению населения к вакцинации.

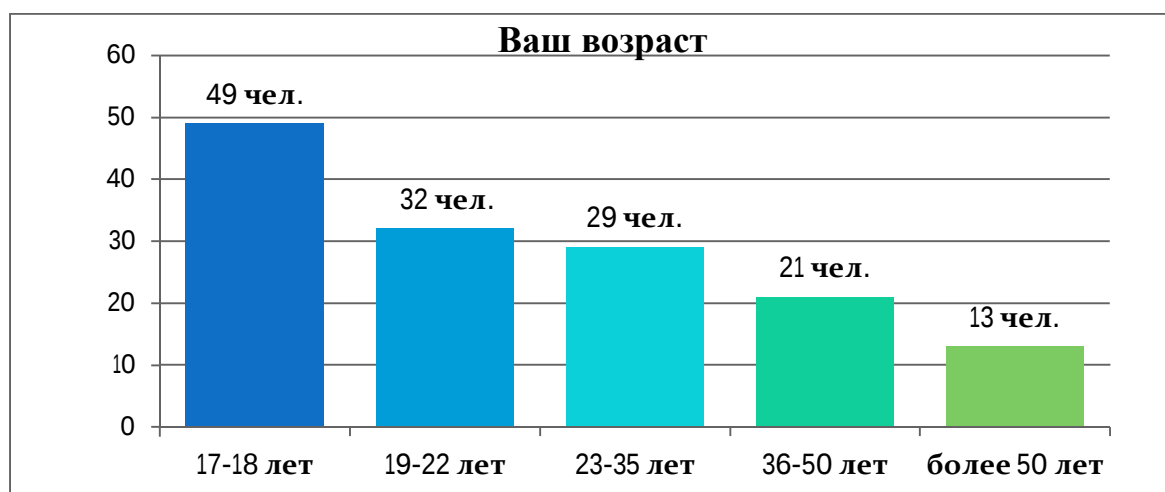
Результаты и обсуждения:

Из числа 142 анкетированных: мужчин – 13 человек (9,6%), женщин – 129 человек (90,4%).



Возраст респондентов от 17 лет до 60 лет:

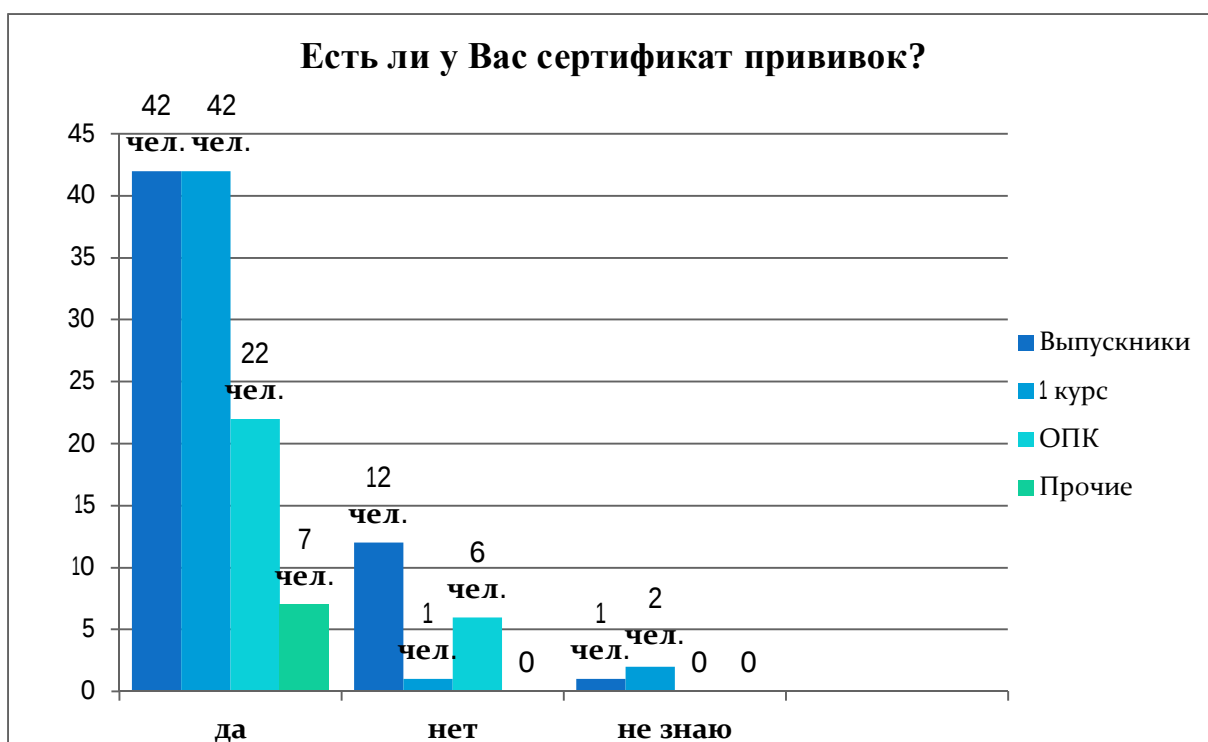
- большинство опрошенных находятся в возрастной группе от 19-22 лет - 25,9%;
- от 23-35 лет – 25,2%;
- от 35 до 50 лет – 20,7%.



На вопрос «Знаете ли Вы о существовании Национального календаря профилактических прививок?» студенты выпускных групп оказались более осведомленными, ответили «да» – 98,2%, курсанты ОПК – 89,3%, менее осведомленными оказались студенты-первокурсники - 55,6% и работники без медицинского образования – 28,6%.

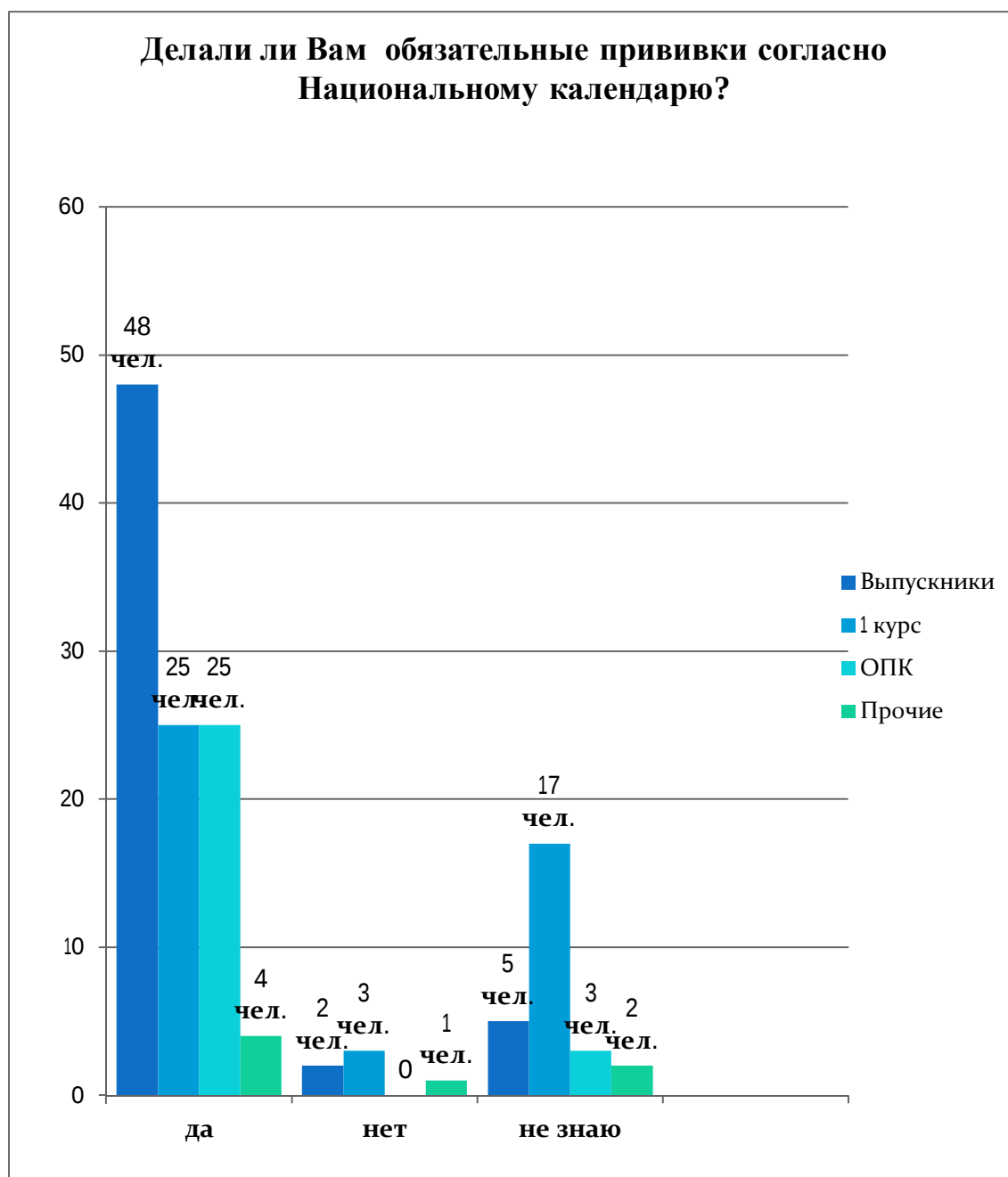


Сертификат прививок имеет большинство первокурсников – 93,3%; выпускники – 78,6%; курсанты ОПК – 76,4%, а работники колледжа, хотя и уверены, что все они имеют все сертификат прививок, хотя в данной возрастной категории сертификат прививок не выдавался.

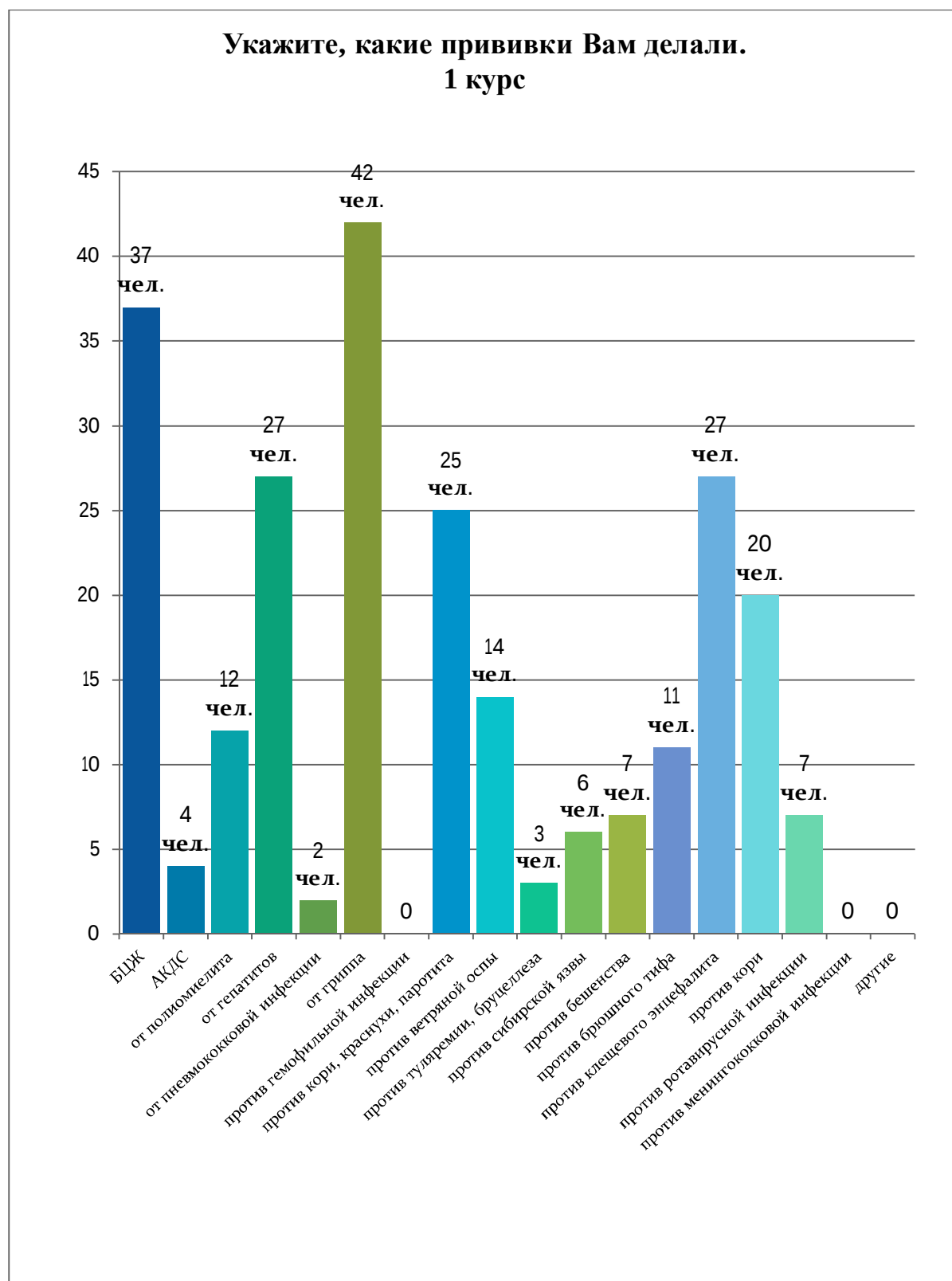


Не знают о наличии у них сертификата прививок 1,8 % выпускников и 4,4% первокурсников – это 2 первокурсника и 1 выпускник колледжа.

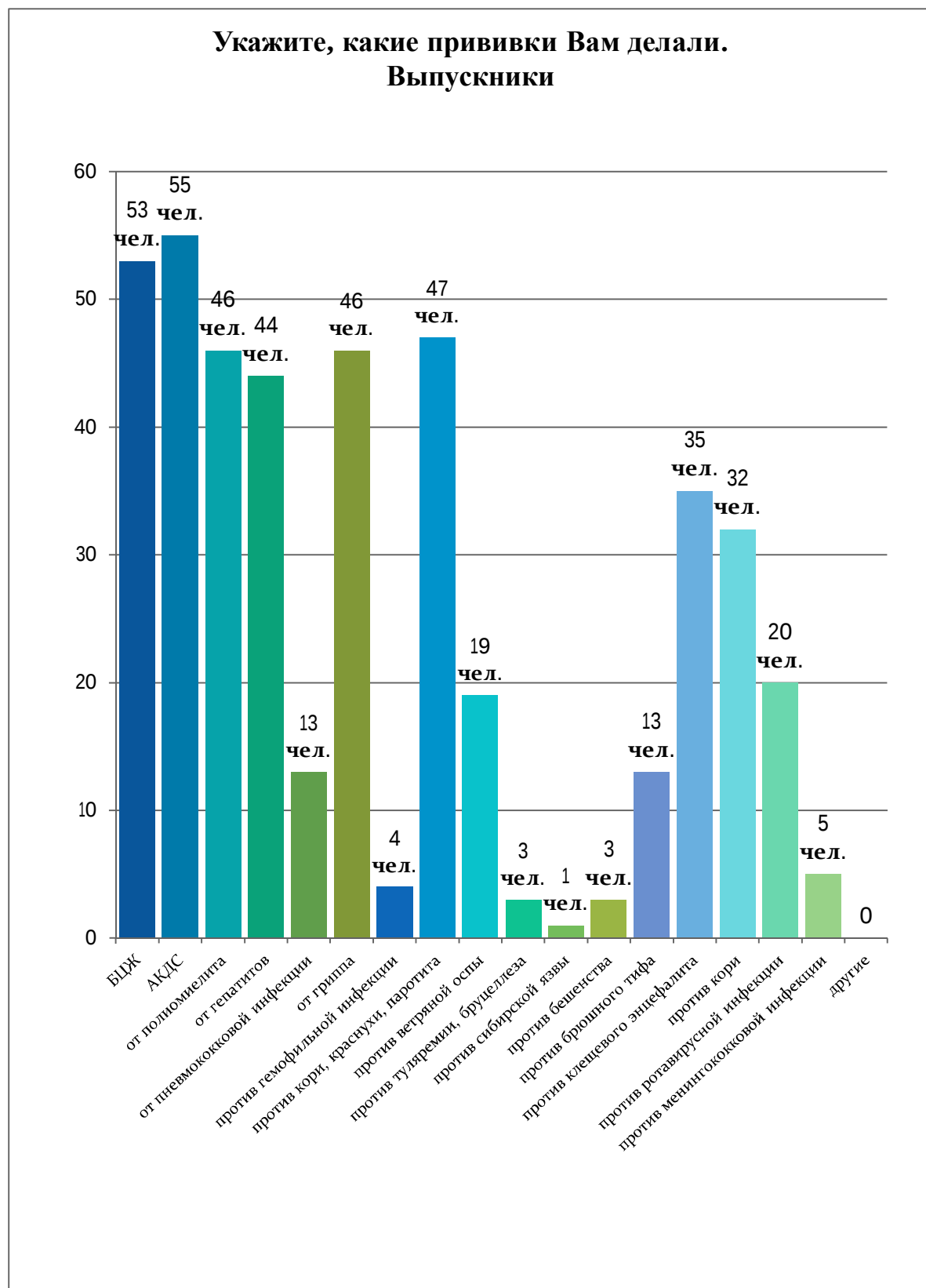
Обязательные прививки согласно Национальному календарь профилактических прививок получили 89,3% курсантов ОПК, 87,3% выпускников, 57,1% немедицинских работников колледжа, 55,6% первокурсников. 37,7% первокурсников даже не знают, что они привиты согласно Национальному календарю.



При изучении спектра полученных прививок, оказалось, что наиболее часто студенты 1 курса привиты от гриппа - 93,3%, вакциной БЦЖ – 82,2%, от гепатита и клещевого энцефалита - по 60%, против кори, краснухи, паротита – 55,6%.

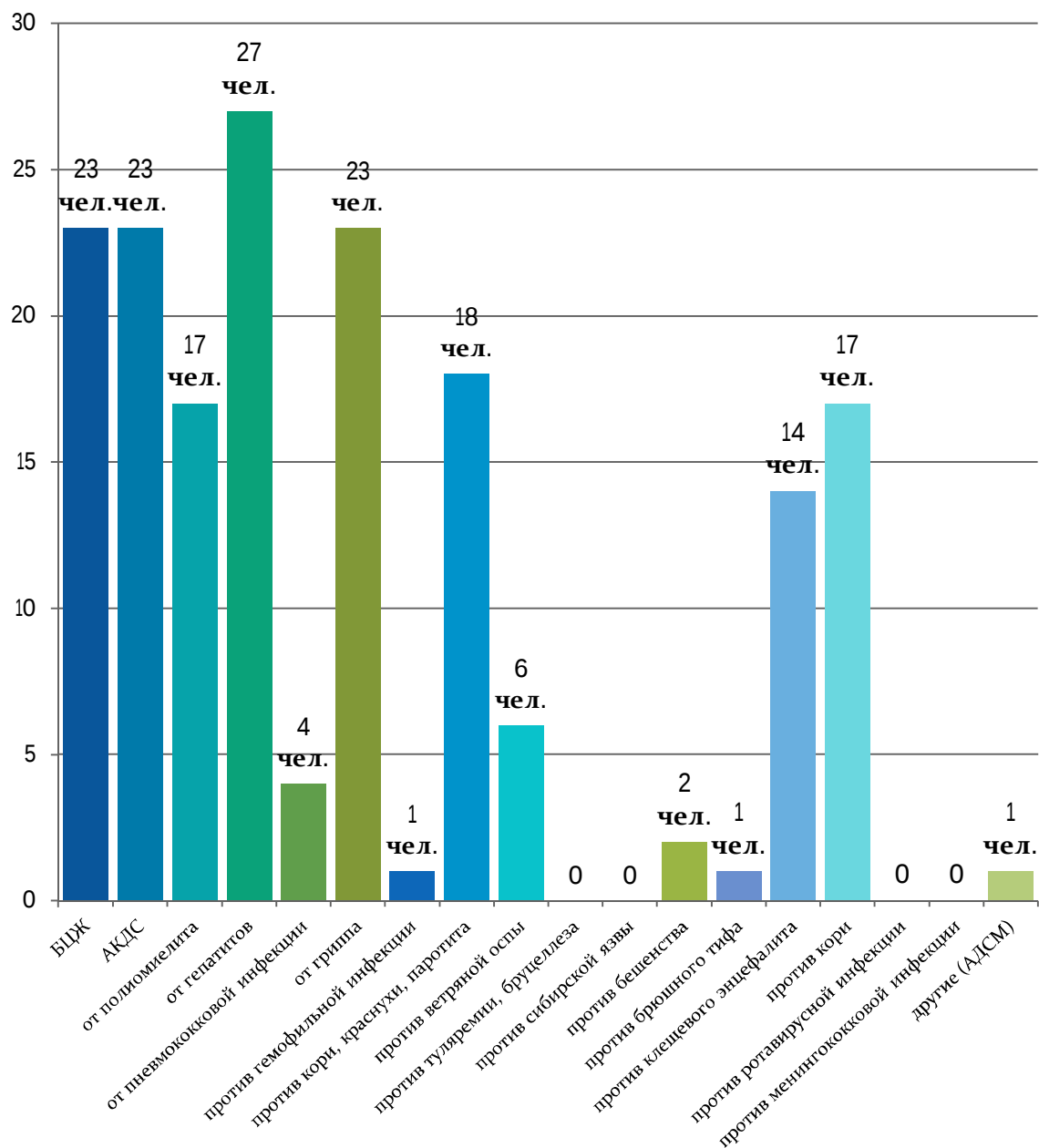


Выпускники в 100% привиты вакциной АКДС; вакциной БЦЖ – 96,4%; от кори, краснухи, паротита – 85,5%; против гепатитов – 80%; против клещевого энцефалита – 63,6%.



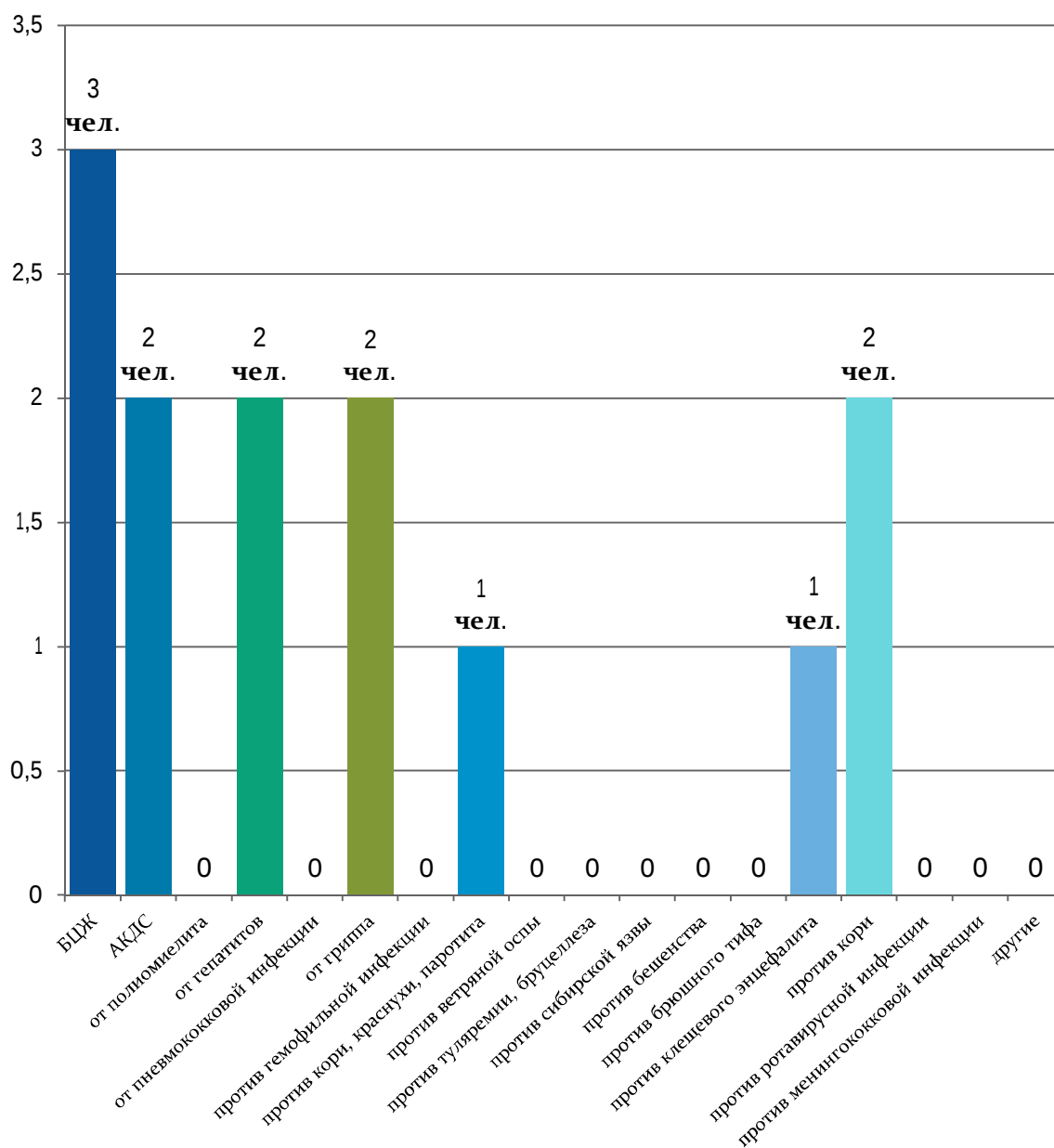
Курсанты ОПК привиты от гепатита в 96,4%, от гриппа, вакцинами БЦЖ, АКДС – по 82,1%, от кори, краснухи, паротита – в 64,3%; полиомиелита – в 60,7%.

Укажите, какие прививки Вам делали. ОПК

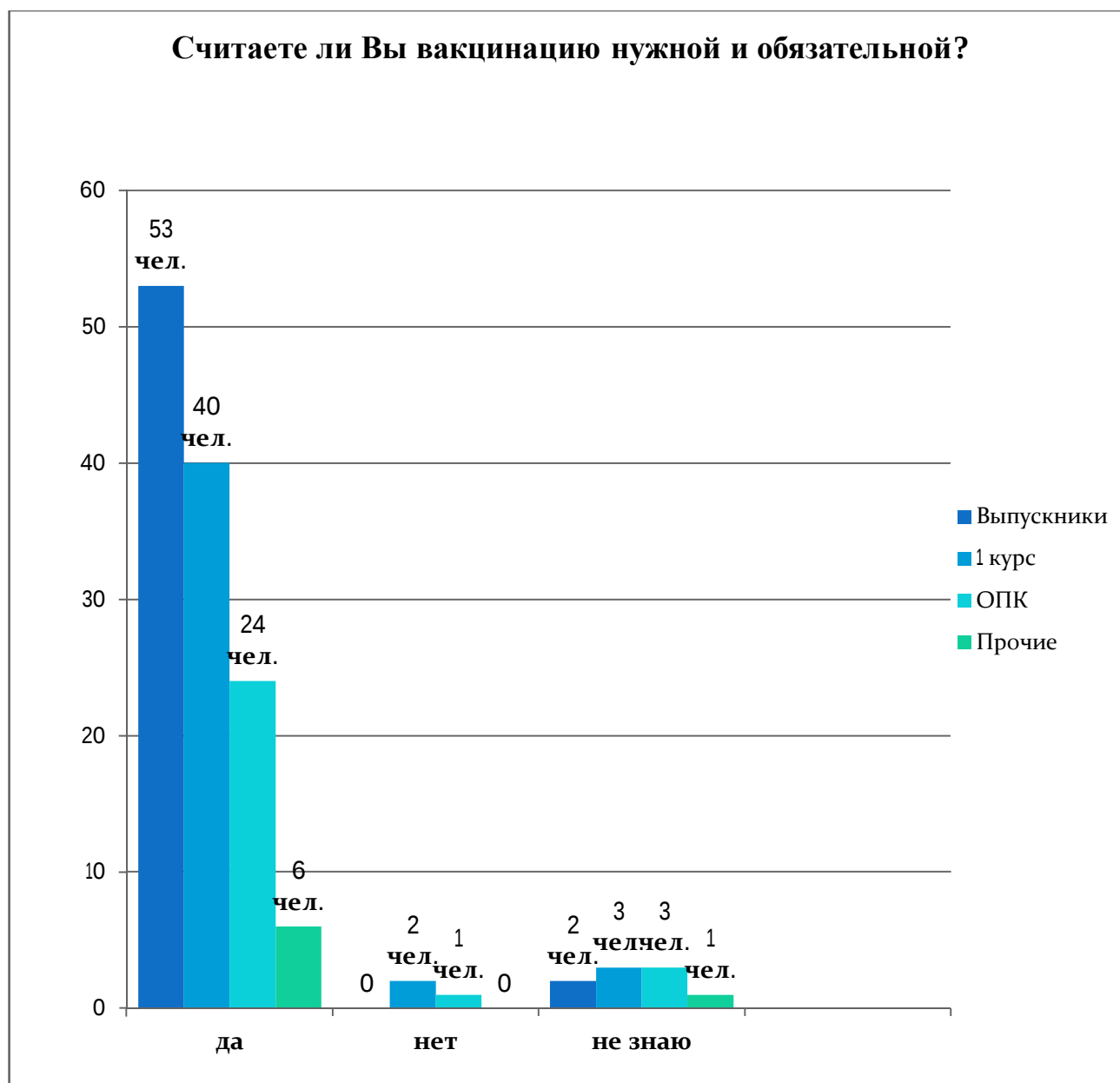


У немедицинских работников выявлена самая низкая вакцинация: вакциной БЦЖ привиты 42,9%, вакциной АКДС, от гепатитов и гриппа – по 28,6%.

Укажите, какие прививки Вам делали. Прочие



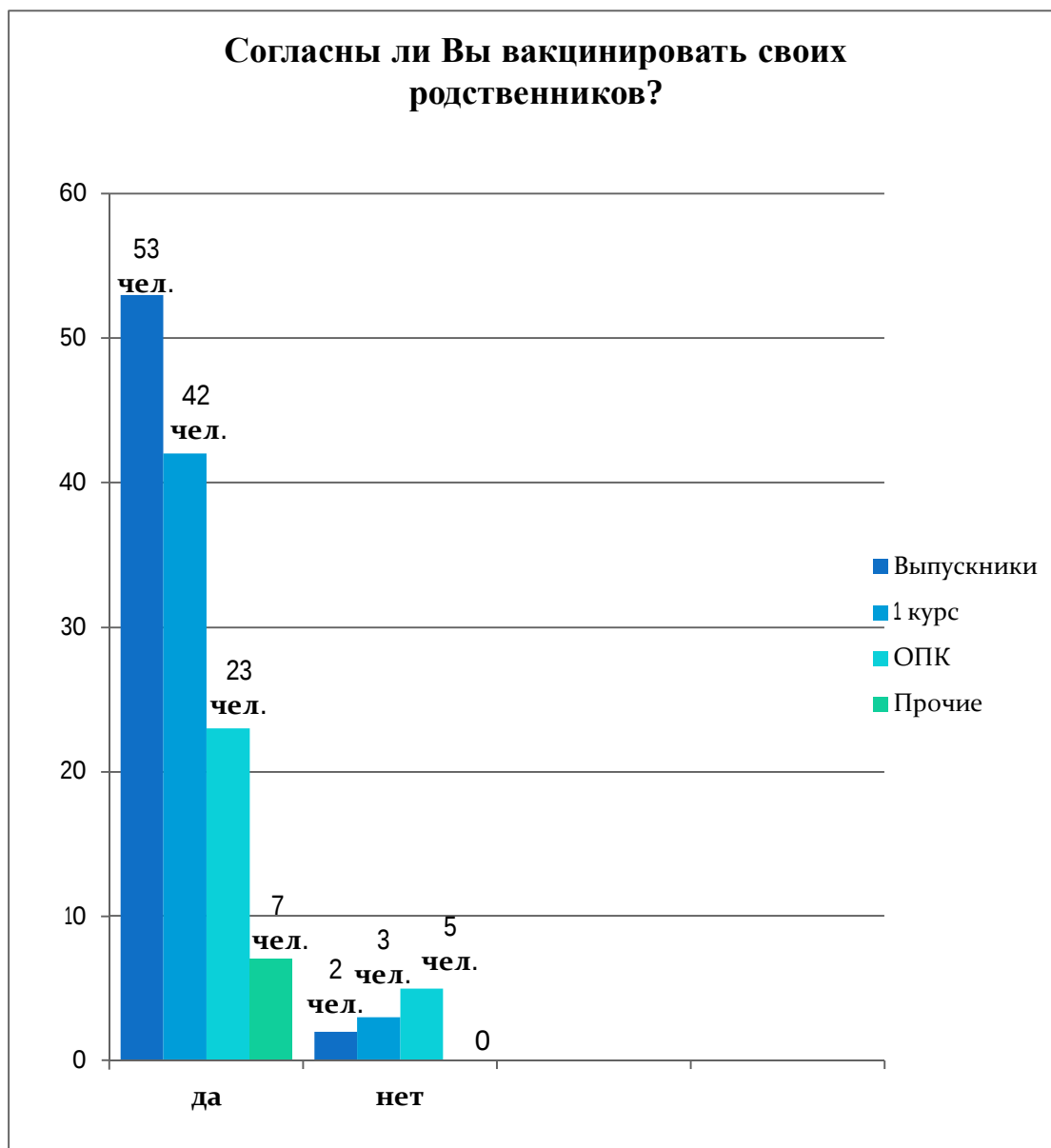
Отрадно, что наши выпускники в 96,4% считают вакцинацию нужной и обязательной; первокурсники считают так же – 88,9%; курсанты ОПК и немедицинские работники – по 85,7%.



Отрицают необходимость вакцинации только 3 человека: 2 первокурсника и 1 курсант ОПК.

Сомневаются в необходимости вакцинации 9 человек (6,34%) – 3 первокурсника, 3 курсанта ОПК, 1 не медицинский работник, 2 выпускника.

Согласны вакцинировать своих родственников (детей, внуков) в 100% немедицинские работники, 96,4% выпускников, 93% первокурсников, 82,1% курсантов ОПК.



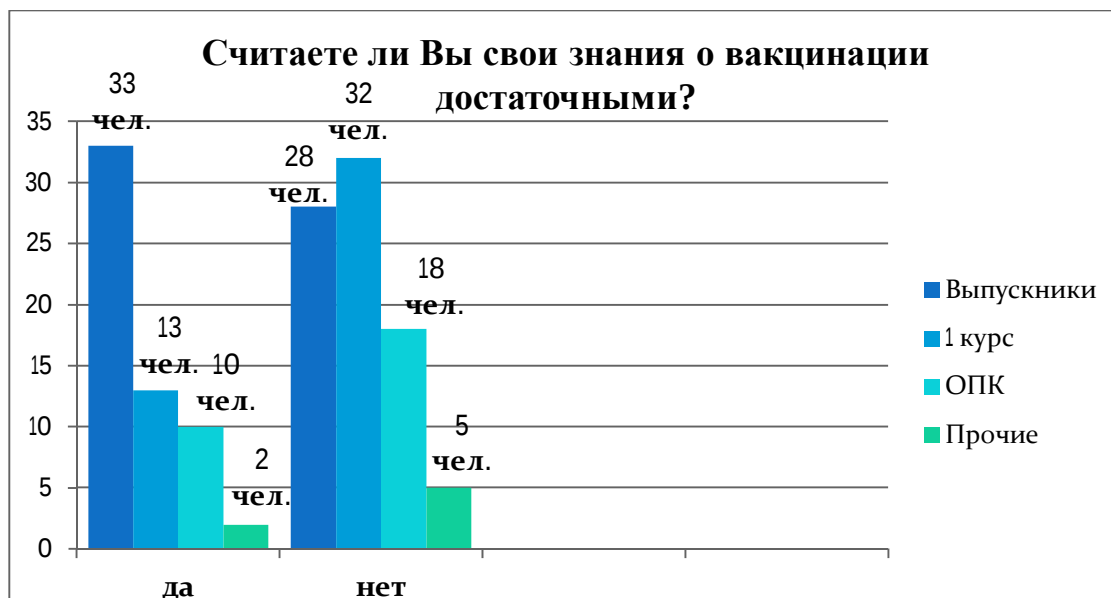
Считают возможным наказание при отказе от прививок 42,9% немедицинских работников, 21,4% курсантов ОПК, 20% выпускников, 17,8% первокурсников. Большинство наших респондентов против наказания за отказ от вакцинации при отсутствии противопоказаний, хотя ВОЗ включила отказ от вакцинации в список угроз человечеству и во многих странах предусмотрены денежные штрафы за отказ от проведения прививок (Италия, США и др.).



Несмотря на то, что наказание не считают возможным большинство респондентов, основная часть из них допускает риск развития эпидемий при отказе от вакцинации (от 77,8% до 85,7% респондентов).



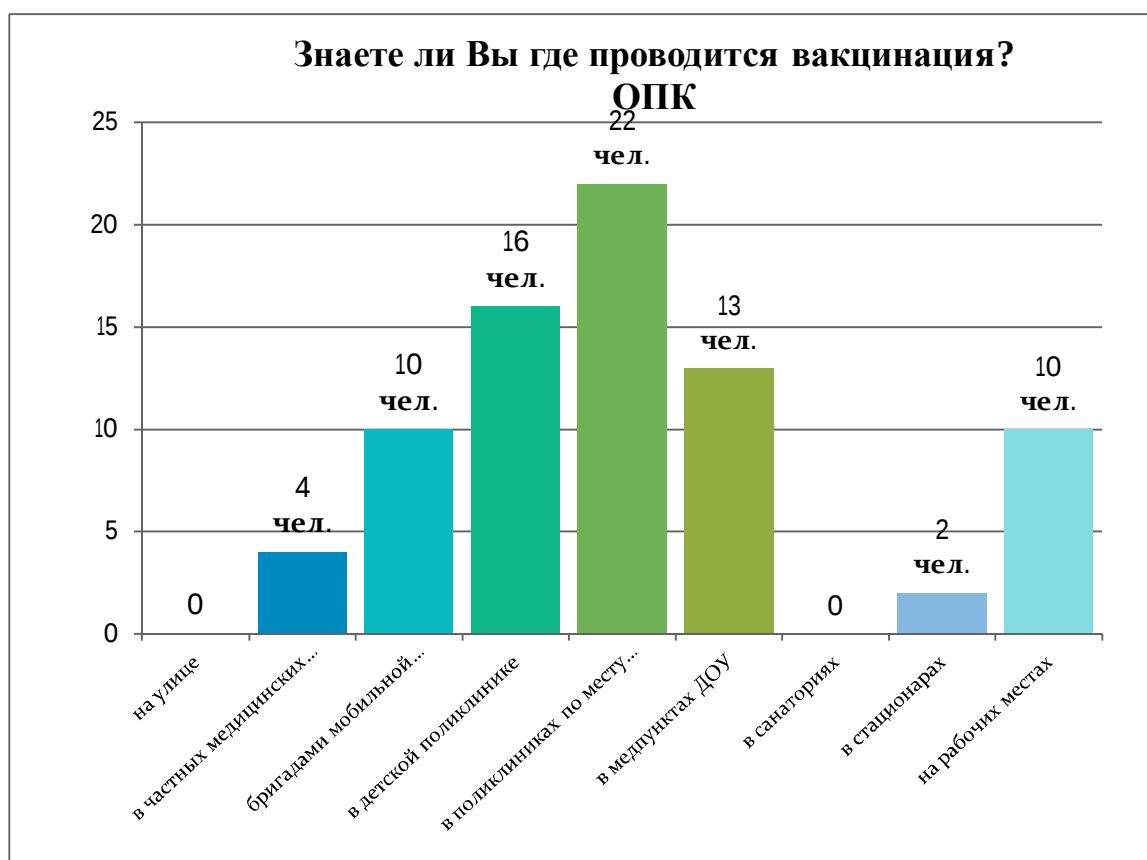
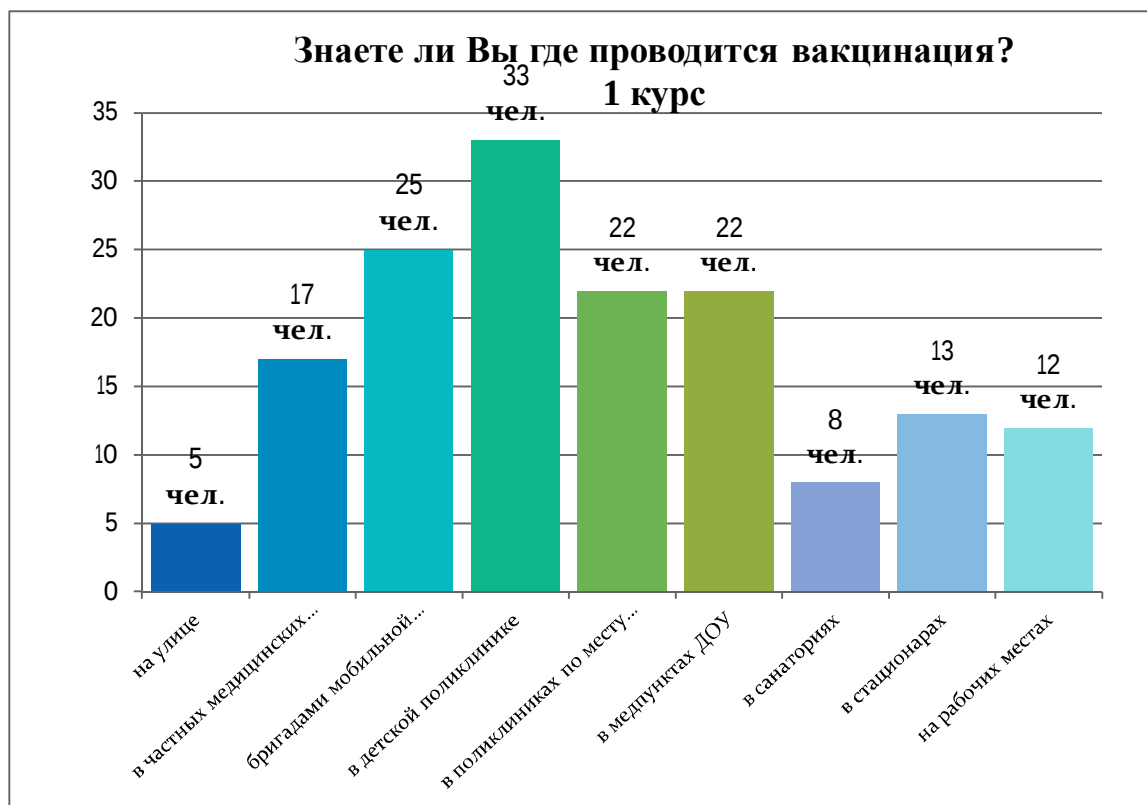
На вопрос «Считаете ли Вы свои знания о вакцинации достаточными?» - «да» ответили – 28,9% первокурсников, «нет» - 71,1%; среди выпускников «да» ответили – 60%, «нет» - 40%; среди курсантов ОПК «да» – 35,7%, «нет» - 64,3%; среди не медицинских работников - «да» ответили – 28,6%, «нет» - 71,4% респондентов.

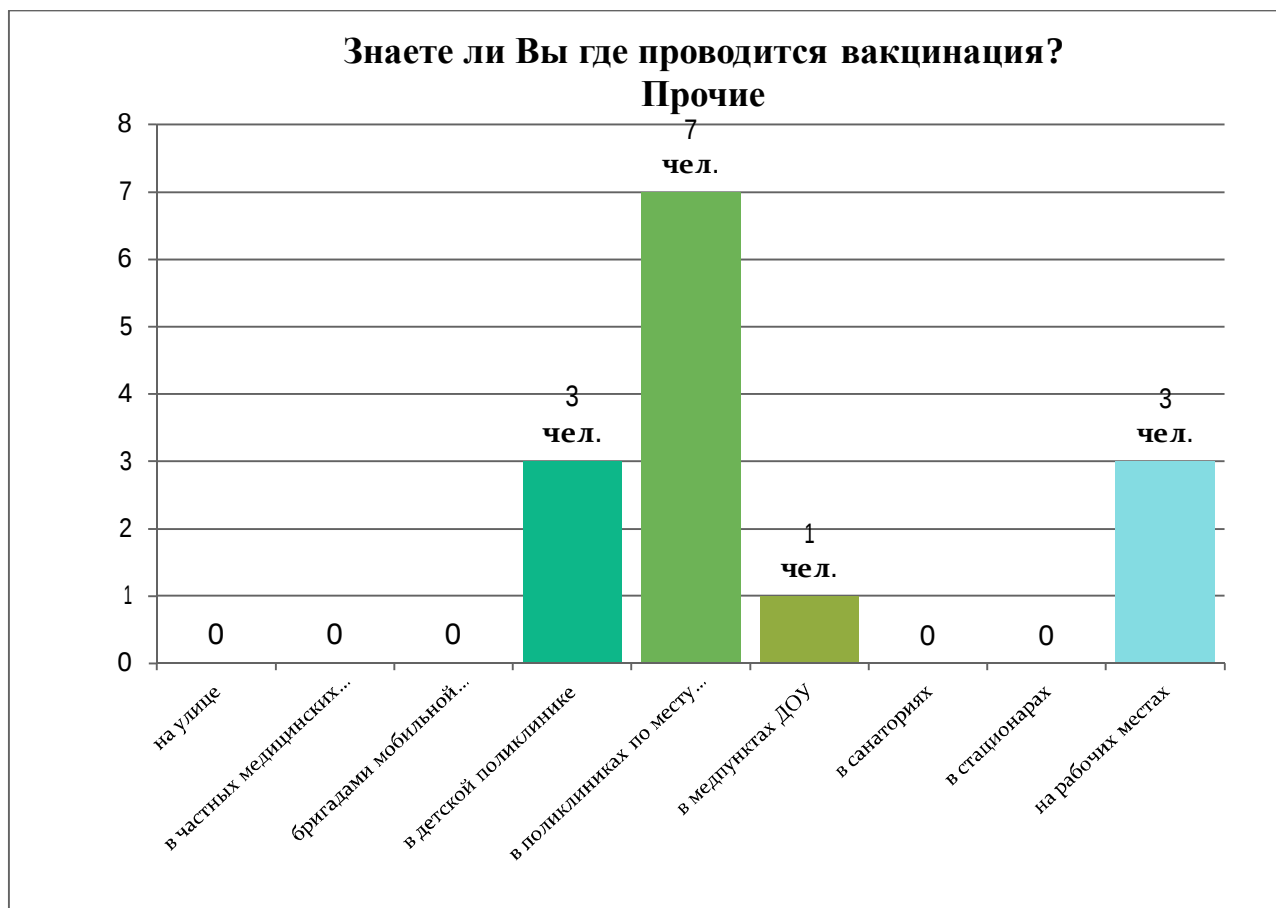


К сожалению, не все знают, где должна проводиться вакцинация. Например, по 5,46% выпускников ответили, что вакцинация проводится на улице, в санатории; в стационарах – 14,5%

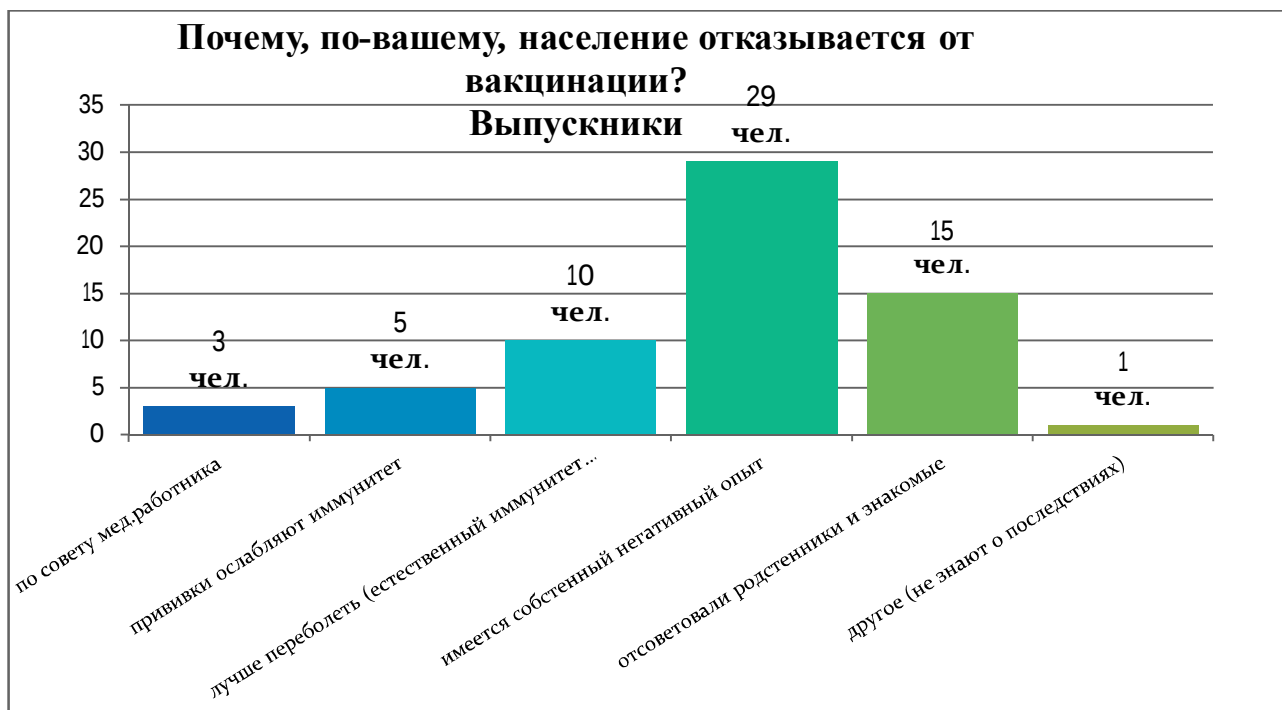


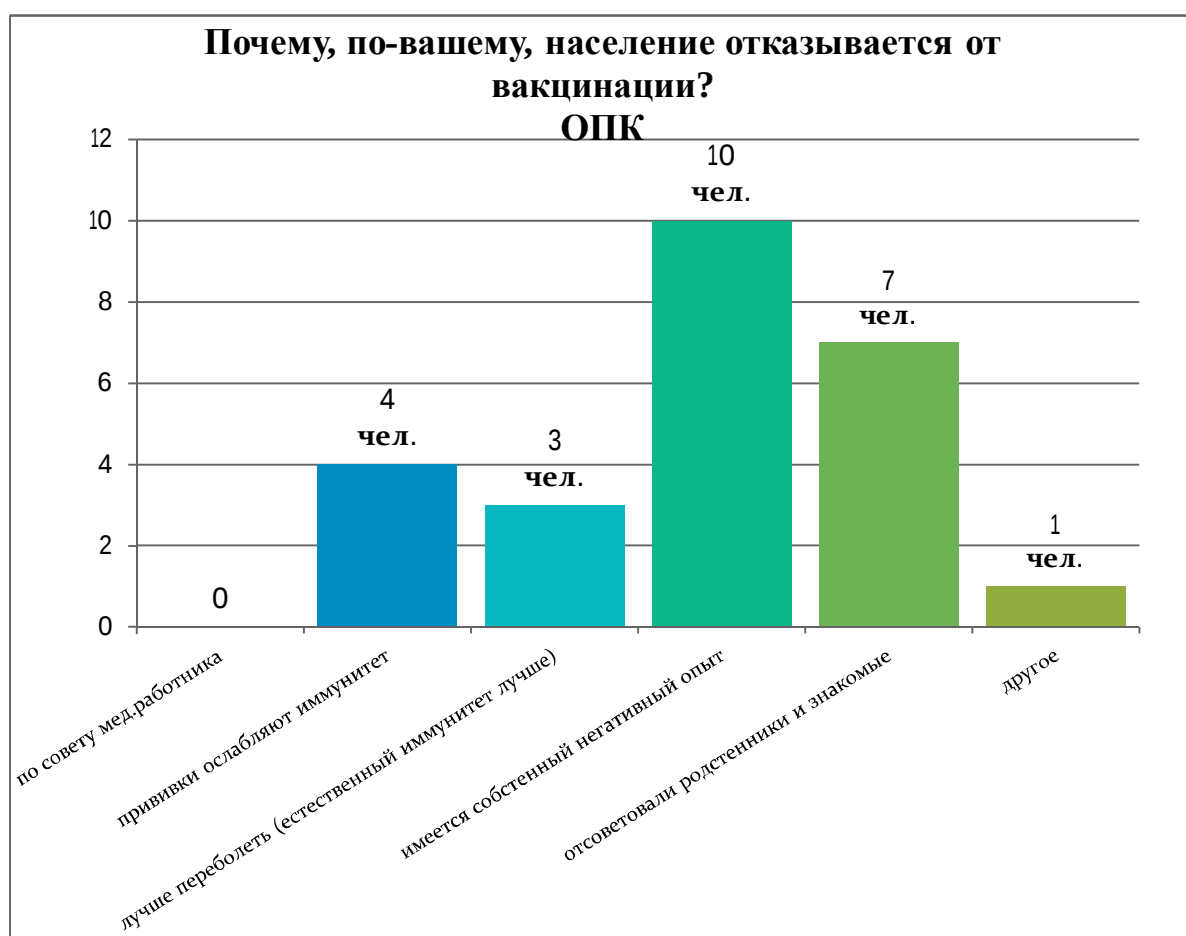
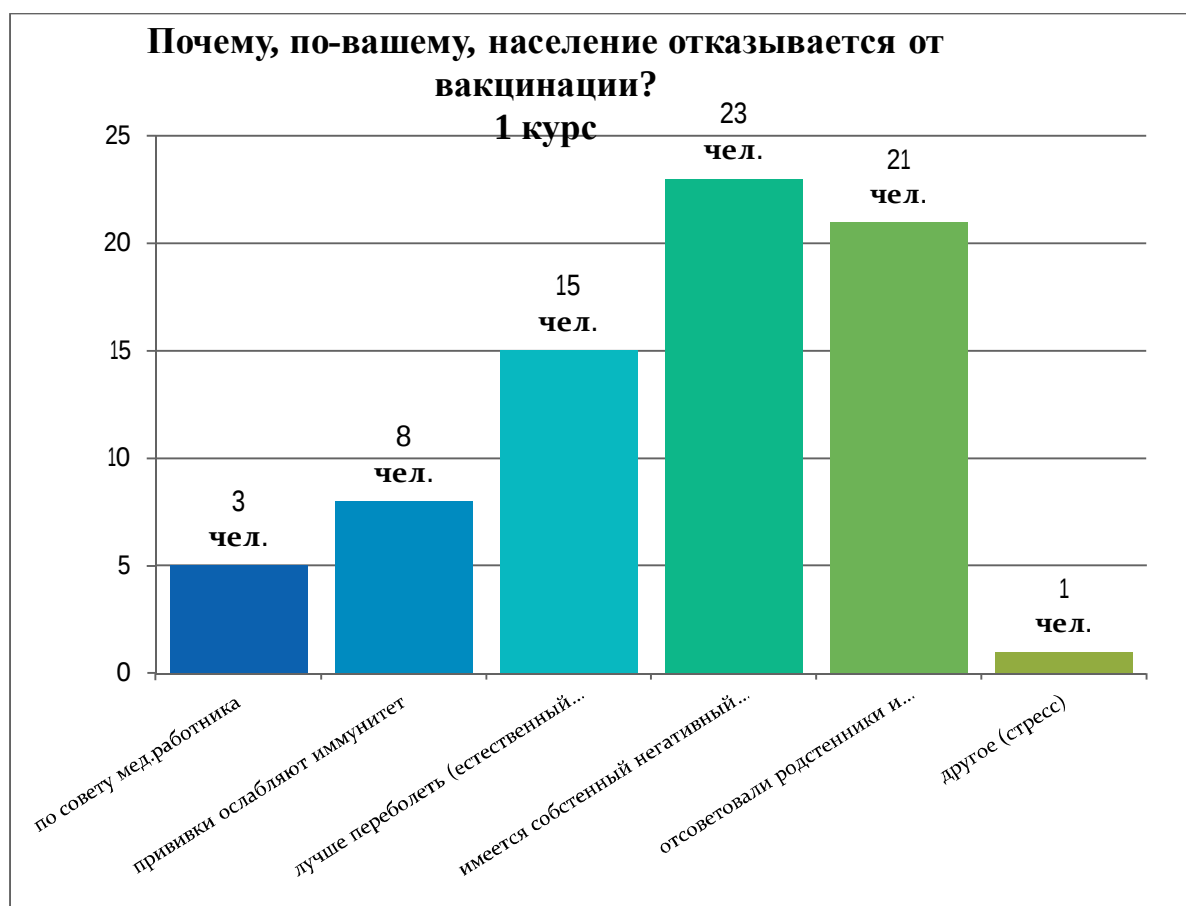
Первокурсники ответили, что вакцинация должна проводиться на улицах - 11,1%, в санаториях - 17,8%; в стационарах - 28,9%.



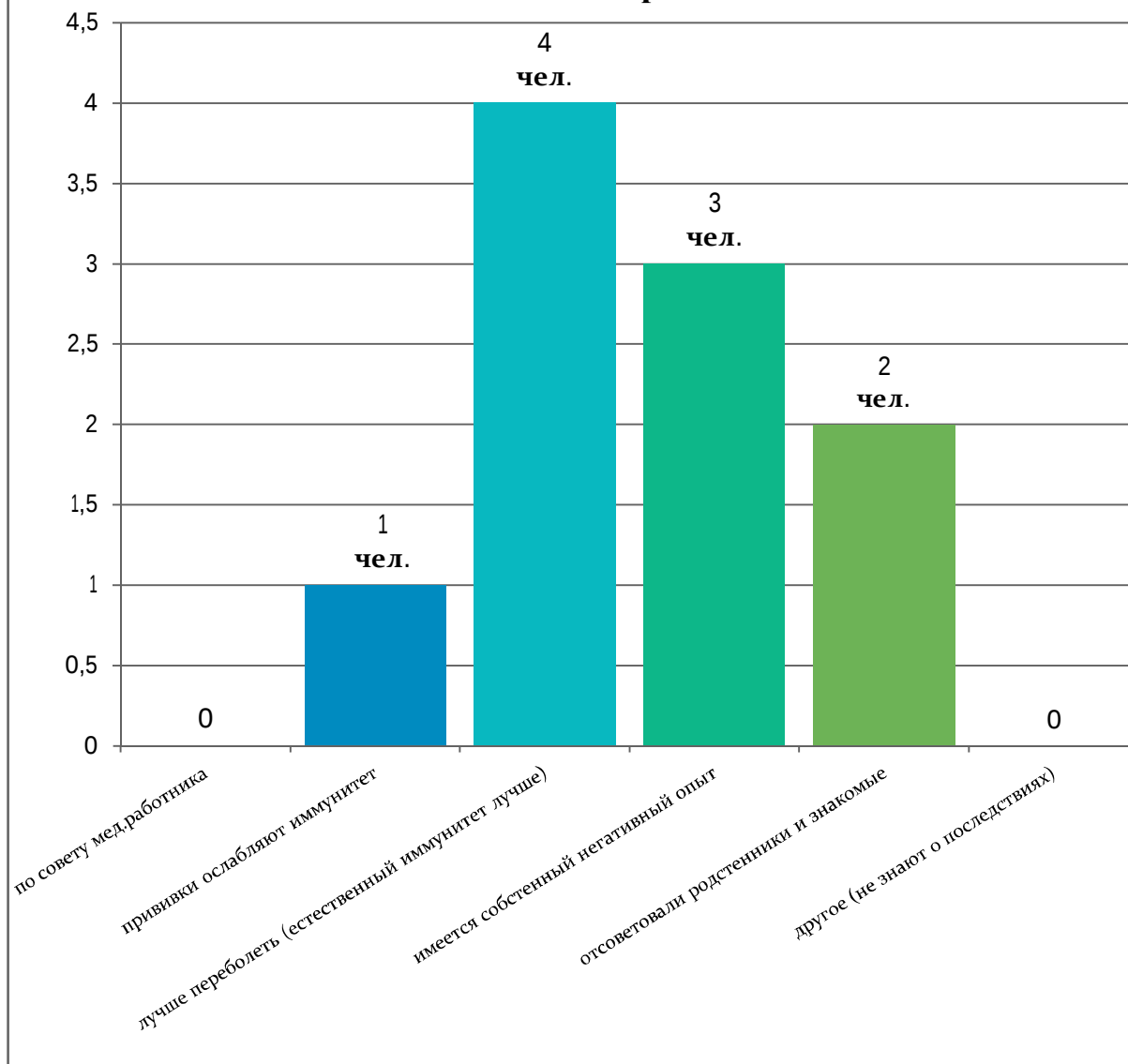


По мнению анкетированных, население отказывается от вакцинации чаще всего из-за наличия собственного негативного опыта прививок; так считают выпускники – в 52,7%, первокурсники – в 51,1%, курсанты ОПК – в 35,7%, немедицинские работники – в 42,9%).





Почему, по-вашему, население отказывается от вакцинации? Прочие

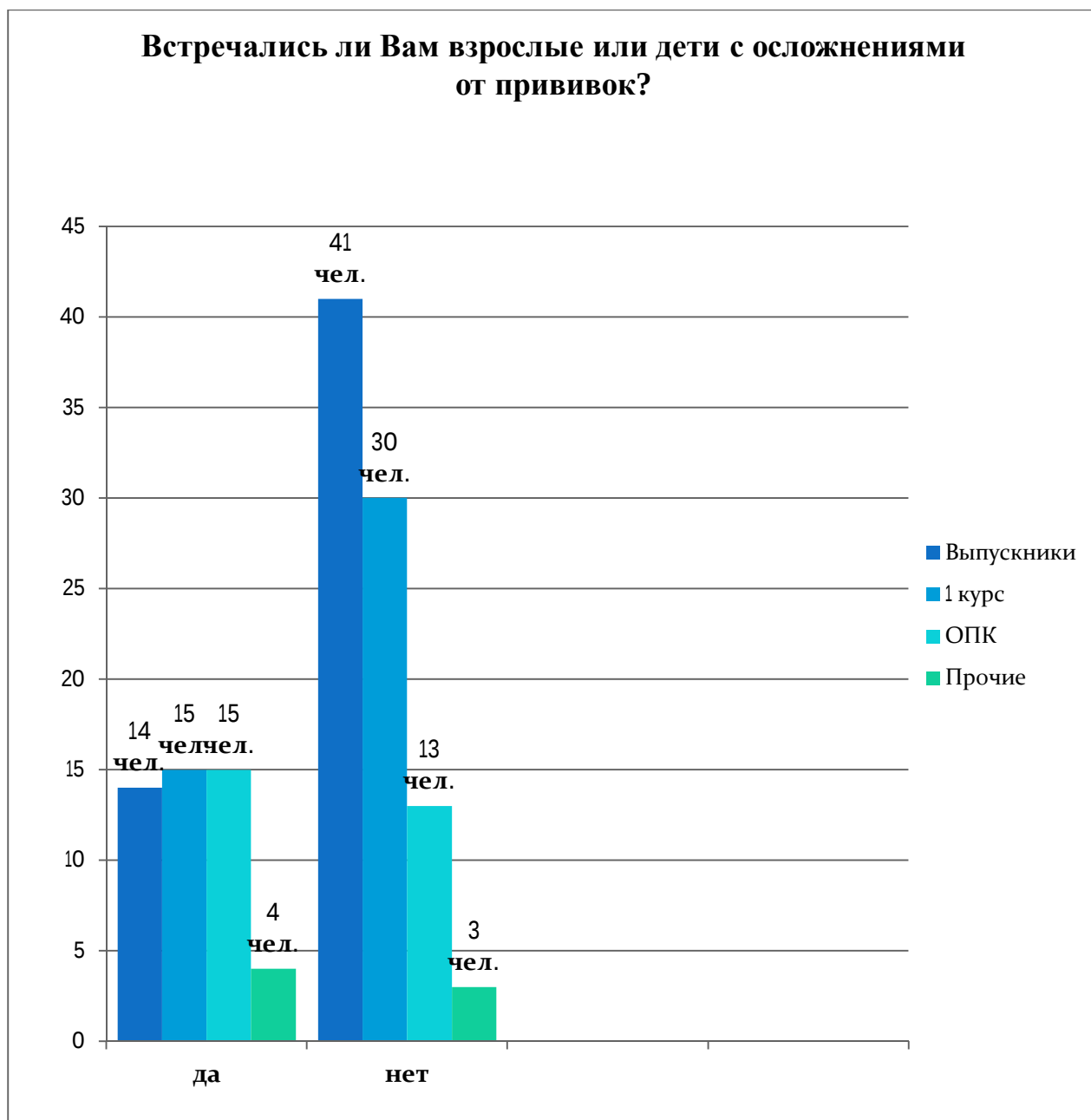


Полученные результаты ответов на этот вопрос явно преувеличены и не соответствуют официальным данным по развитию осложнений и постпрививочным реакциям.

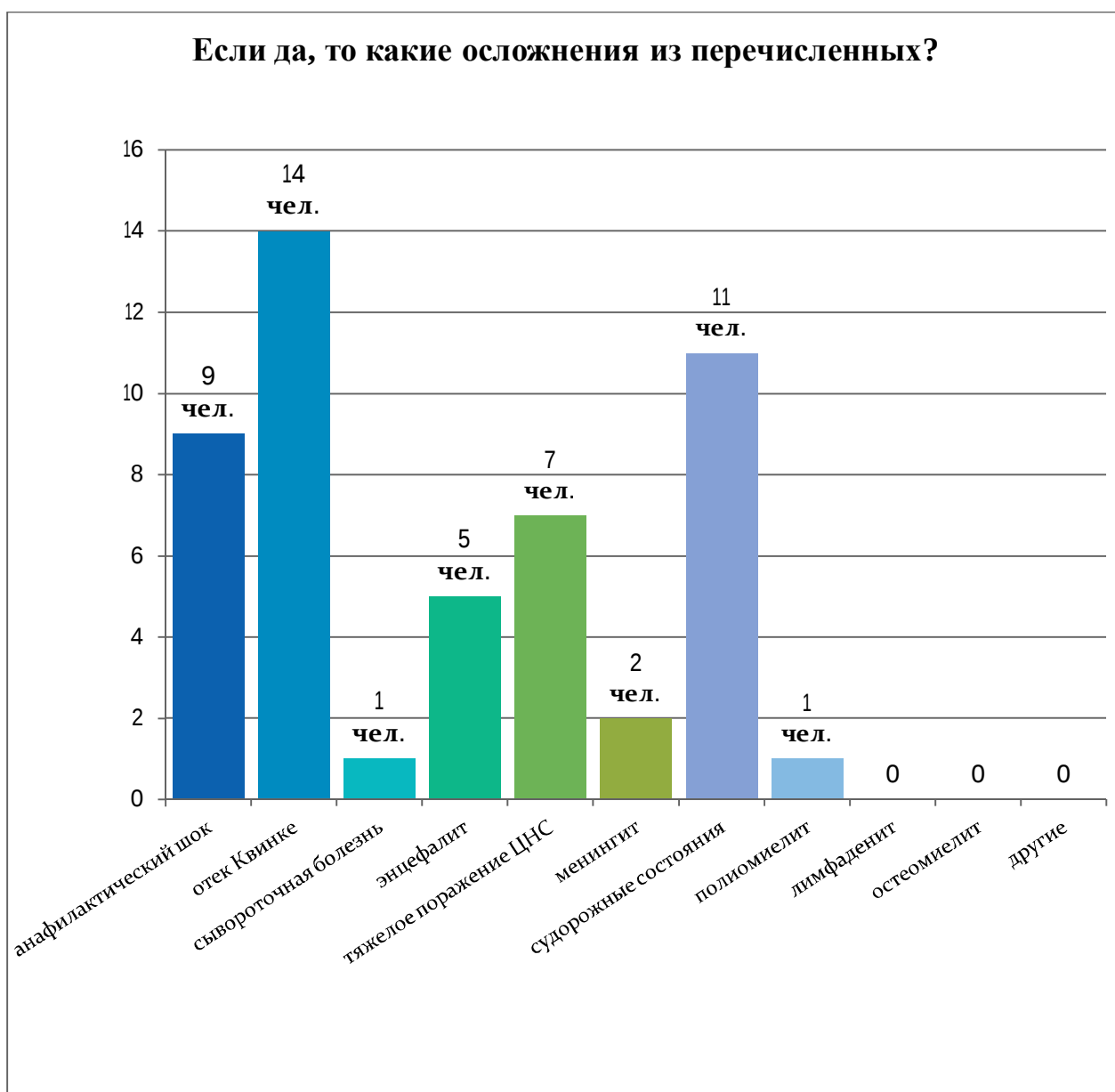
Следующим аргументом отказов от прививок отмечают «отсоветовали родственники и знакомые» от 25% (курсанты ОПК) до 46,7% (первокурсники). Как ни странно, 5-ти первокурсникам и 3-м выпускникам отсоветовали прививаться медицинские работники.

Часть респондентов считают, что «лучше переболеть, так как естественный иммунитет надежнее» - 57,1% немедицинских работников, 33,3% первокурсников и 18,2% выпускников, 10,7% курсантов ОПК.

С осложнениями от прививок встречались 55,7% немедицинских работников, 53,6% курсантов ОПК, 33,3% первокурсников и 25,4% выпускников.



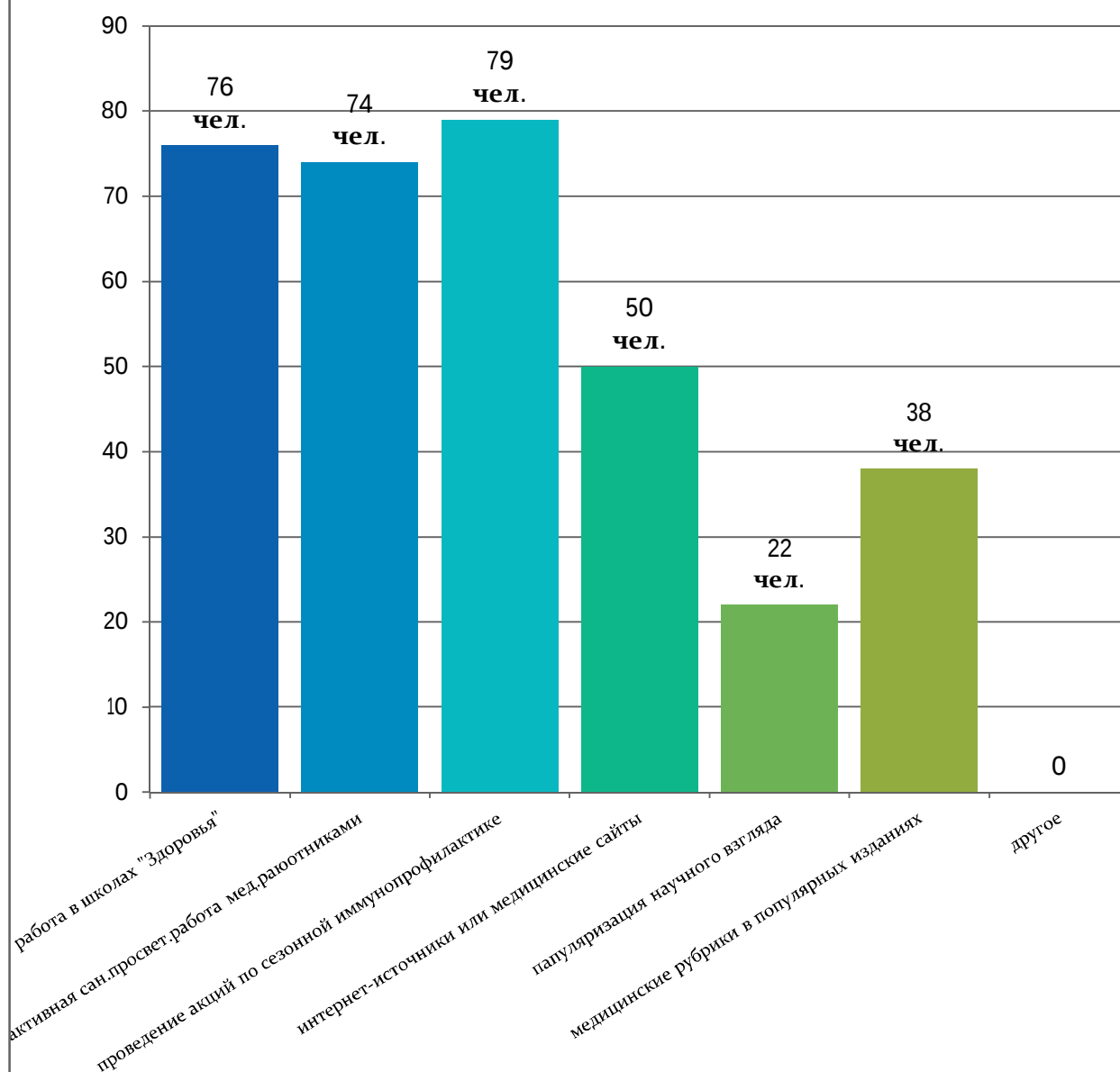
Среди осложнений наиболее часто отмечаются аллергические реакции (16,2%), судорожный синдром (7,75%), часто респондентов за осложнение принимают поствакцинальные реакции, такие как повышение температуры тела, понос, рвота, тошнота (2,8% респондентов).



Несмотря на то, что большинство наших респондентов молодые и современные люди, всего 35,2% респондентов считают важным в работе с населением по вакцинации информирование путем создания интернет-источников и медицинских сайтов и популяризацию научного взгляда (15,5%).

Наиболее важными и эффективными информационными мероприятиями в работе с населением по вакцинации респонденты считают работу школ «Здоровья» (53,5% респондентов), санитарно-просветительную работу (52,1%), проведение акций по сезонной иммунопрофилактике (55,6%), медицинские рубрики в печатных общепопулярных изданиях (29,6%).

Какие информационные мероприятия могли бы помочь в работе с населением по вакцинации?



Выводы:

1. В ходе исследования установлено, что большая часть респондентов знает о существовании Национального календаря профилактических прививок.
2. Большинство студентов имеют сертификат прививок, а у респондентов старшего возраста он отсутствует, т.к. сертификат стал выдаваться только с 1993 года (согласно приказу МЗ РФ от 17.09.1993 № 220 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в РФ»).

3. Основная часть респондентов получила обязательные прививки согласно Национальному календарю; причем, у немедицинских работников выявлен самый низкий охват вакцинацией.

4. Практически все анкетированные считают вакцинацию нужной и обязательной.

5. Немедицинские работники согласны вакцинировать своих родственников в 100%, а наиболее низкий процент приверженности к вакцинации выявлен у курсантов ОПК, что явилось неожиданным результатом.

6. Большинство наших респондентов против введения наказания за отказ от вакцинации при отсутствии противопоказаний. Более жесткую позицию заняли сотрудники без медицинского образования.

7. Возможность развития эпидемий при отказе от вакцинации допускают 2/3 анкетированных.

8. Результаты анкетирования выявили низкий уровень оценки собственных знаний о вакцинации у респондентов.

9. Представители всех репрезентативных групп явно преувеличивают собственный негативный опыт прививок, принимая постпрививочные реакции за осложнения от вакцинации.

10. Наиболее важными и эффективными информационными мероприятиями в работе с населением по вакцинации респонденты считают работу школ «Здоровья», санитарно – просветительскую работу, проведение акций по сезонной иммунопрофилактике, медицинские рубрики в печатных общепопулярных изданиях, и недооценивают роль интернет – источников и медицинских сайтов, популяризирующих научный взгляд на проблему.

Рекомендации

1. Студентам и преподавателям колледжа продолжить информационную и профилактическую работу по вопросам вакцинопрофилактики.

2. Обеспечить своевременную вакцинацию себя и членов семьи.

3. Пропагандировать пользу прививок для предотвращения эпидемий, серьезных заболеваний, инвалидности и смертности.

4. Студентам и медицинским работникам систематически повышать профессиональную компетентность по вопросам иммунопрофилактики.

5. Перед поездкой в экзотические страны проверить наличие и сроки введенных вакцин, рекомендованных для посещения отдельных стран.

Плановая иммунизация обеспечивает каждому человеку шанс жить здоровой жизнью с первых дней до преклонного возраста.

Оптимизация деятельности медицинского персонала и эффективное использование его профессионального потенциала может оказать существенное влияние на совершенствование организации вакцинопрофилактики.

Список источников:

1. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 21.12.2013) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
2. Национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2011 г. № 51н.
3. Методические указания МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок» (утв. главным государственным санитарным врачом РФ 4 марта 2004 г.).
4. Таточенко В.К., Озерцовский Н.А., Федоров А.М. Иммунопрофилактика-2011. ИПК Континент-Пресс, 2009. 196 с.
5. Лечение пациентов терапевтического профиля [Электронный ресурс] : учебник / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN978>
6. Лынова Е.Н., Ильченко Г.В. Актуальные проблемы вакцинопрофилактики // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26618> (дата обращения: 17.05.2019).
7. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В.А. Медик, В.И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
8. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN978>