

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



Материалы
IV Межрегиональной Студенческой
научно-исследовательской
конференции

«Молодёжь в мире медицины
и науке»

15 марта 2023 г.



г. Биробиджан, 2023

Материалы конференции IV Межрегиональной Студенческой научно-исследовательской конференции «Молодёжь в мире медицины и науке»

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж», 2023.- 554 с.

Составитель, компьютерная верстка:

Куклева Т.В., начальник отдела методической работы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Орфография и пунктуация авторов сохранены.

В сборник включены материалы IV Межрегиональной Студенческой научно-исследовательской конференции «Молодёжь в мире медицины и науке», проведенной 15 марта 2023 года в ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни

Эпидемия ожирения, эффективность применяемых профилактических стратегий.	13
Вежновец Анна Львовна, г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж» 34.02.01 Сестринское дело, 4 курс Научный руководитель – преподаватель ПМ.04 «Профилактическая деятельность» Калыкова Рыскул Бейшекеевна	
Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в перевязочных хирургического отделения.	23
Кузнецова Софья Артёмовна г. Хабаровск, КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова 31.02.03 Лабораторная диагностика, 2 курс Научные руководители — преподаватели Белобратова Людмила Михайловна, Мережко Ирина Евгеньевна	
Сравнительный анализ качества здоровья студентов Хабаровского медицинского колледжа.	35
Иноземцева Алена Олеговна г. Хабаровск, КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова 31.02.01 Акушерское дело, 2 курс Научный руководитель — преподаватель Новик Елена Станиславовна	
Оценка качества сестринского ухода за пациентами с диабетической стопой.	38
Круголь Иван Михайлович г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК» 34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс Научный руководитель – преподаватель СУ в хирургии Ведерникова Ольга Константиновна	
Основные аспекты формирования здорового образа жизни.	52
Шутова Сати Талыбовна Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК» 31.02.01 Лечебное дело, 3 курс Научный руководитель - преподаватель физкультуры Заговалко А.А.	
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.	55
Мирзоев Нусратшо Гайратшоевич	

Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

34.02.01 «Сестринское дело», 2 курс

Научный руководитель - методист Перечкина Наталья Григорьевна

Пищевые добавки как фактор, влияющий на здоровье населения РФ.

62

Филиппова Светлана Викторовна

г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

34.02.01 Сестринское дело, 3 курс

Научный руководитель – преподаватель Горелова Нина Петровна

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

76

Будникова Татьяна Семёновна

г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

31.02.01 Лечебное дело, 3 курс

Преподаватель инфекционных заболеваний Дорофеев Владимир Алексеевич

Диагностика остеомиелита и его профилактическая.

81

Лебёдка Полина Денисовна,

г. Биробиджан,

ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

31.02.01 Лечебное дело, 4 курс

Научный Руководитель – преподаватель Куклева Татьяна Валерьевна

Анализ заболевания раком лёгких у курящих и некурящих больных.

91

Мельник Евгения Петровна

г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс

Научный руководитель – преподаватель СУ в хирургии - Ведерникова Ольга Константиновна

Анализ уровня знаний студенческой молодежи г. Биробиджана о ВИЧ-инфекции.

108

Кутовая Светлана Владимировна,

г. Биробиджан, Биробиджанский медицинский колледж,

34.02.01 Сестринское дело, 2 курс

Научный руководитель – преподаватель Бастрыгина Т.В.

Здоровьесберегающие технологии в профессиональной адаптации акушерки.

115

Строкина Ульяна Сергеевна

г. Хабаровск, КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
имени Г.С. Макарова

31.02.01 Акушерское дело, 2 курс

Научный руководитель — преподаватель Маслова Татьяна Михайловна

Остеопороз. Информированность населения о факторах риска остеопороза.

118

Умнова Екатерина Андреевна
г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 2 курс
Научный руководитель - преподаватель «Анатомии и физиологии человека»
Никитенкова Елена Алексеевна

Роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи онкологическим больным. 132

Шульга Евгения Дмитриевна
г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс
Научный руководитель – преподаватель СУ в хирургии - Ведерникова Ольга Константиновна

Сахарный диабет. Определение групп риска по развитию сахарного диабета 2 типа среди студентов колледжа. 152

Семенов Феликс Андреевич, Фетисова Виктория Сергеевна
Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 1 курс
Научные руководители: Коломеец Алла Геннадьевна – преподаватель УД «Генетика человека с основами медицинской генетики»;
Рахманова Галина Ивановна – преподаватель УД «Анатомия и физиология человека».

Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. 163

Ткачук Полина Андреевна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С.Макарова
34.02.01 Сестринское дело, 1 курс, группа 14-С
Научный руководитель - Русских Татьяна Павловна

Роль медицинской сестры в профилактике ожирения у подростков 178

Ральченко Алина Алексеевна
г. Комсомольск-на-Амуре, КГБПОУ КФ «Хабаровский медицинский колледж» имени Г.С.Макарова
34.02.01 Сестринское дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель высшей квалификационной категории
Роднова Елена Владимировна

Гигиеническое значение воды. Питьевой режим. 183

Часова Дарья Владимировна
г. Комсомольск-на-Амуре, КФ ХГМК
31.02.01 Лечебное дело 1 курс
Научный руководитель - преподаватель иностранных языков Эльтун Элеонора Владимировна

Профессиональная деятельность фельдшера педиатрического участка при организации питания детей грудного и раннего возраста.	195
Рослая Александра Игоревна г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края 34.02.01 Сестринское дело, 4 курс Научный руководитель – преподаватель Еремеева Елена Владимировна	
Роль фельдшера в профилактике туберкулеза у детей в период новорожденности.	203
Новикова Феодарита Валерьевна г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж» 31.02.01 Лечебное дело 3 курс Научный руководитель - преподаватель Коровашкина Светлана Владимировна	
Профилактика нарушений голоса у преподавателей.	210
Федорова Варвара Романовна г. Чита, ГПОУ «Читинский медицинский колледж» 33.02.01 Лабораторная диагностика, 3 курс Научный руководитель – преподаватель Носкова Ольга Владимировна	
Актуальные проблемы ЗОЖ среди студенческой молодежи.	214
Никитова Владлена Сергеевна ГПОУ «Читинский медицинский колледж» Балейский филиал 34.02.01 Сестринское дело, 2 курс Научный руководитель – преподаватель ПМ07 Лаврова Ольга Юрьевна	
Здоровый образ жизни - рецепт от опиума XXI века.	216
Емельянова Ангелина Андреевна ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж» Курс II, группа 215 МС Научный руководитель - Машлыкина Оксана Владимировна	
Сестринский уход за пациентами с бронхиальной астмой.	225
Тонышева Татьяна Владимировна, г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» 34.02.01 Сестринское дело, 3 курс Научный руководитель - преподаватель дерматовенерологии Сафронова Елена Сергеевна	
Питание как основной аспект жизни человека и его влияние на здоровье.	237

Ковтун Анна Николаевна,
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель основ профилактики Невмержицкая Ирина Игоревна

Здоровье и образ жизни человека. 249

Ефрюшкина Александра Игоревна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
Лечебное дело, 1 курс
Научный руководитель – преподаватель физической культуры Андреев Андрей Пантелеевич

Влияние кофеина и кофеинсодержащих напитков на психомоторные функции организма человека 262

Долин Владислав Владимирович г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» 31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель анатомии Калинина Ольга Владимировна

Соблюдение принципов рационального питания среди студенческой молодёжи 277

Зыкова Ульяна Сергеевна
Г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель ПМ «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными» Клейман Наталья Викторовна

Здоровый образ жизни как фактор безопасности жизнедеятельности 286

Романова Ольга Олеговна
Г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель сестринского ухода при нервных и психических заболеваниях Пищиц Борис Михайлович

Проблемы ожирения и анорексии в молодежной среде 295

Владимирцева Ольга Сергеевна,
Кузина Мария Дмитриевна,
г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель - Лихацкая Татьяна Геннадьевна, преподаватель сестринского дела, ГБПОУ КК «КМедК»

Выявление основных симптомов и факторов риска железодефицитной анемии для планирования и проведения профилактических мероприятий 300

Калачева Марина Станиславовна
г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель - преподаватель терапии Гордиенко Марина Геннадьевна

Тактика фельдшера в выявлении и профилактике гипоксии плода

314

Султумова Ксения Баторовна

г. Петровск – Забайкальский, филиал ГПОУ «Читинский медицинский колледж»

31.02.01 Лечебное дело, 2 курс

Научный руководитель – преподаватель акушерства и гинекологии Мажникова Ирина Викторовна

Социальные вопросы медицины

Планирование в здравоохранении и его влияние на качество оказания медицинской помощи населению. 323

Фотахова Ульяна Андреевна

Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

34.02.01 «Сестринское дело», 1 курс

Научный руководитель - методист, Перечкина Наталья Григорьевна

Проблемы рождения и выхаживания недоношенных детей. 332

Ильина Александра Александровна

Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

34.02.01 «Сестринское дело», 3 курс

Научный руководитель:

Занина Виктория Владимировна, преподаватель

Инвалидность как показатель общественного здоровья. 347

Сон Валерия Сергеевна

Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

34.02.01 «Сестринское дело»

Научный руководитель- методист, Перечкина Наталья Григорьевна

Влияние факторов окружающей среды на состояние здоровья детей в Приморском крае. 358

Заверуха Анастасия Владимировна

Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

34.02.01 «Сестринское дело», 1 курс

Научный руководитель- методист, Перечкина Наталья Григорьевна

Здоровье мигрантов. 367

Югов Артём Вадимович

Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

34.02.01 «Сестринское дело», 1 курс

Научный руководитель- методист, Перечкина Наталья Григорьевна

Медико-социальные аспекты хронического вирусного гепатита с в Камчатском крае. 376

Геворгян Лиануш Самвеловна

- г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»
32.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Супрун Елена Владимировна
г. Петропавловск-Камчатский, Камчатский краевой центр по профилактике и борьбе
со СПИД и инфекционными заболеваниями
медицинская сестра гепатологического центра
Научные руководители: преподаватель Федоренко Нина Андреевна,
Стрельникова Юлия Владимировна - врач-инфекционист КК ЦПБСПИД и ИЗ
- Энергетические напитки в молодежной среде: Исследование уровня популярности. 381**
Набиева Елена Артуровна
г. Хабаровск, КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
имени Г.С. Макарова
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научные руководители — преподаватель Гаврилюк Евгения Юрьевна
преподаватель Лунина Юлия Владимировна
- Что же такое красота? 386**
Корнилова Валентина Сергеевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель- преподаватель Вторушина Лариса Борисовна
- Подология-искусство лечения стоп. 404**
Максименко Ксения Анатольевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ
«Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель - Преподаватель Вторушина Лариса Борисовна
- Медицинский сленг в профессиональном общении. 411**
Бородина Милена Андреевна
Г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель МДК терапевтических дисциплин Гефен
Лариса Ивановна
- Гуманность как основа врачебного призвания 422**
Асаева Арина Максимовна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал
КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
имени Г.С.Макарова
34.02.01 Сестринское дело, 1 курс, группа 14-С
Научный руководитель - преподаватель Русских Татьяна Павловна
- Психометрия и межличностные взаимоотношения 429**
Фрик Валерия Аркадьевна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

31.02.01 Лечебное дело, 3 курс Долгова Нина Денисовна г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» 31.02.01 Лечебное дело, 2 курс Научный руководитель-преподаватель психологии Наталья Владимировна Гольцова	
Рациональное питание среди студенческой молодежи	436
Метелева Татьяна Константиновна г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Сестринское дело, 2 курс Научный руководитель – преподаватель Спичак Юлия Георгиевна	
Качество питания студента (на примере студентов ОГПОБУ «БМК»)	448
Быкова Елена, Марусенко Кристина, студентки 12 ЛД группы ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» Научный руководитель- Королева Наталья Викторовна, преподаватель ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»	
Расстройство пищевого поведения у студентов.	458
Поплавская Юлия Игоревна г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» 34.02.01 Сестринское дело, 2 курс Научный руководитель – начальник ОМР Куклева Татьяна Валерьевна	
Стандартизация сестринской деятельности, как одно из направления повышения качества медицинской помощи.	474
Дыйканбаева Жумагул г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК» 34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс Научный руководитель – преподаватель терапии Заверюха Виктория Владимировна	
Панические атаки: коррекция и профилактика.	488
Хижняк Наталья Вячеславовна г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» 34.02.01 Сестринское дело , 2 курс Научный руководитель – преподаватель ЗЧО Мамедова Надежда Аразовна	
Мотивация студентов Биробиджанского медицинского колледжа в освоении специальностей медицинского профиля и их реализации в профессиональной деятельности.	500
Самарина Татьяна Анатольевна, г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» 31.02.01 Лечебное дело, 4 курс	

Научный руководитель – преподаватель гуманитарных дисциплин Мищенко Наталья Владимировна

Роль образования для современной молодежи.

504

Астафьева Екатерина Викторовна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 1 курс
Научный руководитель – начальник отдела практического обучения
Духовникова Евгения Андреевна

Влияние общественных факторов на здоровье молодежи

513

Пайтуева Татьяна Баировна
пгт. Селенгинск ГАПОУ "Байкальский базовый медицинский колледж
Министерства здравоохранения Республики Бурятия"
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс, 633 группа.
Научный руководитель - преподаватель хирургии Кибалина Наталья Георгиевна

Влияние семьи на профессиональное самоопределение личности

519

Михайлова Дарья, Гончарук Петр
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научные руководители – преподаватели гуманитарных дисциплин
Ишуткина Людмила Анатольевна, Чижова Ольга Владимировна

Исторический опыт как основа движения вперед

Бескорыстное служение людям.

528

Окладникова Елизавета Константиновна
пгт. Селенгинск, ГАПОУ «Байкальский базовый медицинский колледж
Министерства здравоохранения Республики Бурятия»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс, 141 группа.
Научный руководитель – преподаватель профессионального цикла Иванова Ольга
Брониславовна

Чита – город трудовой доблести.

531

Емельянова Ксения Максимовна
г. Чита, ГПОУ «Читинский медицинский колледж»
31.02.05 Стоматология ортопедическая, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Богомолова Светлана Сергеевна

Участие студентов в развитие волонтерского движения

Участие студентов в развитии волонтерского движения.

535

Суворов Виктор Константинович,
г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»

Специальность: 34.02.01 «Сестринское дело», 3 курс

Научный руководитель - преподаватель ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж» Щербакова Людмила Евгеньевна

Волонтерство как форма социальной активности молодёжи

539

Лебедева Александра Владимировна, Курмазова Антонина Витальевна,

г. Петровск-Забайкальский, ГПОУ «Читинский медицинский колледж»

31.02.01 Лечебное дело, 2 курс

Научный руководитель – преподаватель анатомии Николаева Ольга Владимировна

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Вежновец Анна Львовна,
г. Петропавловск-Камчатский,
ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель ПМ.04 «Профилактическая
деятельность» Калыкова Р.Б.

**ЭПИДЕМИЯ ОЖИРЕНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЯЕМЫХ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ**

Актуальность исследования заключается в том, что на сегодняшний день ожирение стало одной из глобальных проблем медицины. По всему миру избыточный вес имеют более 1,9 млрд. людей, а ожирением страдают около 650 млн. людей. На фоне ожирения имеется большое количество заболеваний, которые ассоциированы с ним, в том числе и заболевания сердечно-сосудистой системы, которые, согласно статистике, в большинстве случаев проявляются в раннем возрасте у людей с ожирением.

Массовое появление количества людей с лишним весом началось в 1970–80-х годах прошлого века. Связано это с увеличением потребления продуктов питания и уменьшением физической активности. Сейчас все больше людей потребляют пищу вне дома, размеры порций пищи стали больше, а ежедневные физические нагрузки уменьшились. Переедание и гиподинамия - самые главные факторы риска развития ожирения.

Сегодня ожирение стало эпидемией всех развитых стран мира. Примерно каждый четвертый житель страдает от избытка веса, в среднем на 15% превышающего норму. По оценкам экспертов, количество людей с диагнозом «ожирение» вырастет к 2025 году до 300 миллионов. Россияне едят мало фруктов и овощей, а также молочных продуктов и большое количество сахара и хлеба. Для 84% россиян основным продуктом в рационе является хлеб.

По данным Росстата, средний россиянин съедает в год 39 кг сахара, 112 кг картошки и 118 кг хлеба. За последние 100 лет жители России стали двигаться в два раза меньше, а есть – в 2 раза больше. Считается, что среднестатистическому взрослому мужчине, занимающемуся легким физическим трудом, достаточно 2000 килокалорий в сутки. Россияне ежедневно потребляют порядка 3500-4000 килокалорий.

Не подлежит сомнению тот факт, что культурно-техническая революция, сопровождающаяся механизацией и автоматизацией производственных процессов, социальный прогресс и повышение жизненного уровня населения в значительной мере способствуют распространению тучности. Усовершенствование средств передвижения, неуклонный рост числа профессий, сопряженных с гипокинезией, нельзя не рассматривать в качестве факторов, приводящих к энергетическому дисбалансу и способствующих возникновению ожирения.

На протяжении длительного времени в отечественной литературе (Каратаева, Колесникова, Несват и другие [6, 7, 10]) поднимается проблема, которая связана с изменением трудовой деятельности по оказанию профилактической помощи больным с ожирением. В то же время исследований, которые были направлены на организацию профилактической работы с пациентами с ожирением незначительное количество. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что степень разработки данной темы исследования недостаточная, как для пациентов, так и для всех медицинских работников.

Цель исследования: изучить особенности применения эффективных профилактических стратегий в борьбе с эпидемией ожирения.

Исходя из темы дипломной работы, выдвинуты следующие задачи:

1. Изучить этиологию и патогенез ожирения;
2. Описать классификацию и симптомы ожирения;
3. Составить анкету и провести социометрическое исследование среди взрослого населения от 20 до 80 лет.
4. Изучить методы профилактики ожирения у взрослого населения.

Объект исследования: эпидемия ожирения.

Предмет исследования: профилактика ожирения.

Для того чтобы выявить осведомленность людей о проблеме ожирения, было проведено анкетирование среди группы людей, которые посетили поликлинику с целью диспансеризации.

В результате исследования были опрошены пациенты в возрасте от 20 до 80 лет. В исследовании применялся метод – анкетирование, с целью определения осведомленности о важности профилактики ожирения и ведения здорового образа жизни.

Метод анкетирования заключается в предъявлении респондентам тестовых заданий с соблюдением следующих условий обследования: простая форма предъявления анкеты, обязательная предварительная демонстрация каждого вопроса, прекращение тестирования при проявлении первых признаков утомления.

Тестирование проводилось в первой половине дня, в спокойной обстановке, при хорошем самочувствии и позитивном настроении респондентов, в отсутствии оценочной установки.

Процедура проведения исследования: пациентам, которые обратились за медицинской помощью, в удовлетворительном состоянии, была предложена анкета, которая состоит из 10 вопросов (приложение 1), преимущественно закрытой формы. Респонденты могли выбрать один ответ.

Опрос проводился в ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатской городской больнице №1», в кабинете диспансеризации.



Рисунок 1 - Половая принадлежность

Из рисунка 1 видно, что по половому признаку оказалось меньше мужчин – 31 человек 40%, чем женщин – 46 человек 60%.

Возраст респондентов распределился следующим образом:

- от 20 до 30 лет – 9 человек 23%;
- от 30 года до 40 лет – 23 человека 40%;
- от 50 года до 60 лет – 28 человек 13%;
- от 70 года до 80 лет – 17 человек 20%.

Таким образом, большая часть опрошенных относится к людям среднего возраста 28 человек от 50 до 60 лет 36%, от 30 до 40 лет 23 человека – 30%.

В ходе дальнейшего опроса мы попытались выяснить, как респонденты характеризуют свой образ жизни.



Рисунок 2 - Образ жизни

Анализ результатов показал, что 62% опрошенных ведут малоподвижный образ жизни, 28% считают, что ведут активный образ жизни, и 10% не знали, как ответить на вопрос. Малоподвижный образ жизни опасен в любом возрасте: нарушение осанки, кровообращения, снижение мышечного тонуса, раннее развитие шейного остеохондроза, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, сахарный диабет – и это не полный перечень заболеваний, к которым приводит «неподвижный» образ жизни. Тем не менее, последствия сидячего образа жизни можно как минимизировать, так и предотвратить вовсе, если вести активный образ жизни – регулярная физическая активность, ходьба минимум 10000 шагов ежедневно.



Рисунок 3 - Соблюдение правильного режима питания

Далее были заданы вопросы относительно соблюдения правильного режима питания и были получены следующие ответы:

Согласно данным нашего опроса, 45% респондентов считали, что иногда соблюдают правильный режим питания, 40% считали, что они всегда соблюдают правильный режим питания, 15% не считали, что они соблюдают правильный режим питания.

Правильное питание – это основа здорового и качественного образа жизни. Пища должна поступать в человеческий желудок с единственной целью – восполнить потраченную в течение определенного промежутка времени энергию, снабдить организм витаминами и макроэлементами, запустить процесс регенерации тканей. К сожалению, сегодня еда для многих людей превратилась в культ, что мы и видим в результате опроса. Из-за этого в меню появляется все большее количество вредных продуктов, а полезные составляющие рациона исчезают. В результате увеличивается масса тела, а состояние здоровья оставляет желать лучшего у населения.

Чтобы изменить ситуацию, необходимо рассказать респондентам основные правила здорового питания, которые много лет назад были разработаны профессиональными диетологами.

Следующий вопрос: «Когда Вы в последний раз занимались спортом?»

Большинство опрошенных 64% занимались спортом давно, 19% отметили, что занимались спортом на прошлой неделе. Вчера занимались спортом 17%. Занятия спортом и любые физические нагрузки обеспечивают большие преимущества для организма человека, его здоровья, улучшает кардиореспираторную и мышечную систему, кости, продлевает продолжительность жизни. Помимо этого, регулярная физическая нагрузка поддерживает в норме массу тела. Спортивные тренировки способствуют долгосрочному уменьшению массы вашего тела и, при постоянных тренировках, не дает возможности ее набора. Тренировки в различных подвижных видах спорта всегда повышают все метаболические процессы, и дает возможность увеличивать мышечную массу тела при этом идет сжигание калорий. Необходимое количество физической нагрузки должно меняться в зависимости от типа телосложения человека и его конституции тела. Респондентам необходимо рекомендовать от 1 часа занятий спортом ежедневно.

Спортивные тренировки позволяют людям любого возраста поддерживать и улучшать здоровье сердца и сосудов, легкие и кровеносные сосуды. Физические тренировки и активность понижают риск, который связан с развитием сосудистых

катастроф - инфарктов и инсультов. Физические тренировки и упражнения, естественно, дают возможность предотвратить некоторые проблемы со здоровьем, а также могут снизить риск развития ишемии.

Следующий вопрос: «Как Вы относитесь к здоровому образу жизни?» были получены следующие ответы.



Рисунок 4 - Отношение к здоровому образу жизни

Большинство респондентов считают, что здоровый образ жизни — это здорово 81%, можно обойтись и без него считают 13%, иногда следует соблюдать 4%, не может определиться с выбором 2%.

Следующий вопрос: «Какие меры, по Вашему мнению, наиболее убедительны в обучении населения навыкам культуры питания?»

Были получены следующие ответы: большинство считали, что видеофильмы помогут в осведомлении населения навыкам культуры питания – 61%, лекции специалистов отмечали 24%, остальные считали эффективными листовки, статьи и другой печатной информации – 15%.

Также мы попросили респондентов отметить, свой рост и вес:

Мужчины (средние показатели):

от 20-30 лет-186 см 85 кг;

30-40 лет-184 см 91 кг;

40-50 лет 176 см 84 кг;

50-60 лет-175 см 91 кг;

60-70 лет-171 см 70 кг.

Женщины:

20-30 лет-168 см 70кг;

30-40 лет-173 см 78 кг;

40-50 лет-168 см 88 кг;

50-60 лет-165 см 80 кг;

70-80 лет-158 см 55 кг.

Следующий вопрос: «Злоупотребляете ли вы продуктами с повышенным содержанием соли? (селедка, маринованное, копченое)?»

Большинство опрошенных употребляли продукты, с повышенным содержанием соли иногда – 55%, а 38% опрошенных ответили, что они злоупотребляют продуктами с высоким содержанием соли.



Рисунок 5 - Злоупотребление продуктами с повышенным содержанием соли

Повышенное потребление соли приводит к увеличению артериального давления, которое является заболеванием само по себе, а также негативным образом влияет на другие системы организма: оно повышает риск развития инсульта, сердечно-сосудистых заболеваний, почечной недостаточности, злокачественных новообразований желудка и других.

Следующий вопрос: «Что из перечисленного Вы считаете может стать возможной причиной избыточного веса? (можно выбрать несколько ответов на вопрос)»

В ходе опроса определено, что все опрошенные считают все вышеперечисленные факторы причиной лишнего веса.



Рисунок 6 - Причины избыточного веса

Действительно, в результате необоснованно высокой калорийности рациона, преобладания простых углеводов и насыщенных жиров происходит дисбаланс между количеством потребляемых и расходуемых калорий. Жесткие ограничения в пищевом поведении очень часто приводят к срыву, набору лишних килограммов и хождению по замкнутому кругу «ограничение – срыв». Ограниченная физическая активность предполагает очень маленький расход энергии, это приводит к снижению тонуса сосудов, активности мышц, ухудшению тока лимфы и крови. Малоподвижный образ жизни играет огромную роль не только в развитии ожирения, но и в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний, так как снижается интенсивность метаболических процессов, увеличивается уровень холестерина, формирование атеросклероза.

Эндокринный фактор срабатывает в 5% от общего количества случаев ожирения. Причиной избыточного веса эндокринного характера могут стать различные состояния гормонального дисбаланса, в том числе, синдром поликистозных яичников, менопауза, гиперандрогения, синдром Кушинга, дефицит гормона роста, гипотиреоз.

Следующий вопрос: «Если бы Вы пытались снизить лишний вес, какие способы вы для этого использовали бы?»

Таким образом, большинство опрошенных 67 из 77 готовы лечить основные заболевания, которые могли бы явиться причиной ожирения. Также большинство 43 из 77 ответили, что готовы уменьшить количество пищи без диетических ограничений, чтобы снизить вес. 16 человек из 77 готовы подключить к похудению физические нагрузки. 8 из 77 опрошенных решили соблюдать дробные приемы пищи, которые заключались в частом приеме еды небольшими порциями и отказе от приема пищи позже 18 часов. На диеты согласно меньше всего, всего 4% респондентов.



Рисунок 7 - Способы снижения веса

В ходе ответов важно порекомендовать респондентам также правильные подходы как к диете, так и к физическим нагрузкам, чтобы они не наносили вред здоровью.

В качестве физических нагрузок можно использовать бег, фитнес-упражнения (приседания, отжимания, работа с весовыми тренажерами). Также не менее эффективными считаются танцы, плавание, длительное катание на велосипеде или любой другой вид активного спорта. Чтобы тренировки проходили максимально эффективно, важно дать следующие рекомендации:

1. Каждую тренировку нужно начинать с десятиминутного разогрева мышц;
2. За час до тренировок необходимо выпить пару стаканов воды, чтобы избежать обезвоживания;
3. Длительность одного занятия не должна превышать 45 минут;
4. В неделю разумно тренироваться не чаще 3-4 раз;

5. Во время выполнения физических нагрузок не стоит придерживаться жестких диет;

6. Первые тренировки лучше проводить под присмотром тренера.

Следующий вопрос: «Возможно ли, на Ваш взгляд, избавиться от лишнего веса самостоятельно?» большинство затруднялись ответить, так как снижение веса – это всегда комплексная работа не одного дня.

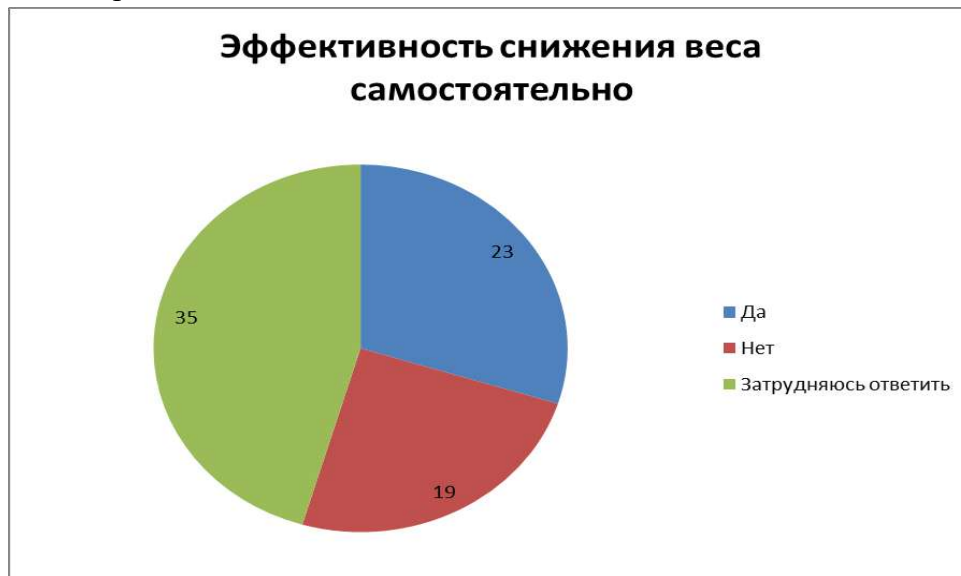


Рисунок 8 - Эффективность снижение веса самостоятельно

Таким образом, в ходе исследования мы выяснили, что 62% опрошенных ведут малоподвижный образ жизни, 28% считают, что ведут активный образ жизни, и 10% не знали, как ответить на вопрос. 45% респондентов считали, что иногда соблюдают правильный режим питания, 40% считали, что они всегда соблюдают правильный режим питания, 15% не считали, что они соблюдают правильный режим питания. Большинство опрошенных 64% занимались спортом давно, 19% отметили, что занимались спортом на прошлой неделе. Вчера занимались спортом 17%. Большинство опрошенных употребляли продукты, с повышенным содержанием соли иногда – 55%, а 38% опрошенных ответили, что они злоупотребляют продуктами с высоким содержанием соли. Таким образом, большинство опрошенных 67 из 77 готовы лечить основные заболевания, которые могли бы явиться причиной ожирения. Также большинство 43 из 77 ответили, что готовы уменьшить количество пищи без диетических ограничений, чтобы снизить вес. 16 человек из 77 готовы подключить к похудению физические нагрузки. 8 из 77 опрошенных решили соблюдать дробные приемы пищи, которые заключались в частом приеме еды небольшими порциями и отказе от приема пищи позже 18 часов. На диеты согласно меньше всего, всего 4% респондентов.

Снижение веса не должно являться единственной целью лечения ожирения. Оно может быть направлено также на снижение риска нарушения здоровья, а также осложнений, связанных с возможным наличием сопутствующих заболеваний. Кроме того, врачи и пациенты должны хорошо понимать, что результаты лечения должны носить устойчивый характер, а не ограничиваться коротким промежутком времени.

В современных условиях борьба за нормальный вес тела - это проблема не

только медицинская, но и социальная, государственная. В связи с этим каждый человек, имеющий избыточный вес тела, обязан своевременно принять меры по нормализации своего физического состояния, остановить и не допустить дальнейшего нарастания веса, что вполне доступно и возможно каждому человеку, заботящемуся о своем здоровье без какой-либо дополнительной помощи.

В стратегии профилактики ожирения является постепенная поведенческая модификация, в том числе нормализация пищевого поведения с закреплением правильного пищевого стереотипа.

Библиографический список

1. Вейцман, И.А. Ожирение: перспективные патогенетические направления лечения ожирения (обзор литературы) / И. А. Вейцман, А. Д. Кузьмина, А. В. Андриенко, М. А. Белов // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2020. – № 1. – С. 168-171.
2. Давыдкина, И.Л. Поликлиническая терапия : учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 840 с.
3. Дедова, И.И. Детская эндокринология: учебник / И. И. Дедова, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 256 с.
4. Дедова, И. И. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / Дедова И. И. , Мельниченко Г. А. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 832 с.
5. Каратаева, О. В. Качество жизни у пациентов среднего возраста, страдающих ожирением, и его особенности в зависимости от типа ожирения / О. В. Каратаева, А. О. Ковалева, Е. И. Панова // Сахарный диабет - пандемия XXI : сборник тезисов VIII (XXV) Всероссийского диabetологического конгресса с международным участием, Москва, 28–03 февраля 2018 года / ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России; ОО «Российская ассоциация эндокринологов». – Москва: УП Принт, 2018. – С. 509.
6. Колесникова, Е. А. Механизм развития ожирения и роль лечебной физической культуры в борьбе с ожирением / Е. А. Колесникова, А. В. Жильцова, А. В. Емельянов // Вестник научных конференций. – 2018. – № 11-4(39). – С. 69-70.
7. Кузьмина, А. П. Выявление предрасполагающих факторов конституционально-экзогенного ожирения у детей и анализ современных методов оценки ожирения у детей / А. П. Кузьмина // Гигиена: здоровье и профилактика: Сборник материалов III Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, Самара, 14 марта 2018 года / Под редакцией Г.П. Котельникова, И.И. Березина, В.А. Куркина, С.В. Архиповой, Л.В. Чупахиной. – Самара: Общество с ограниченной ответственностью «Офорт», 2018. – С. 139-141.
8. Несват, В. А. Проблема ожирения и индивидуально - психологические особенности больных ожирением / В. А. Несват // Новая наука: От идеи к результату. – 2016. – № 2-3. – С. 61-64.
9. Ожирение. Современный взгляд на патогенез и терапию. Т. I. : учебное пособие / А. С. Аметов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 384 с.

Анкета

1. Пол:
женский
мужской
2. Возраст:
20-30 лет
30-40 лет
50-60 лет
70-80 лет
3. Образ жизни:
активный
малоподвижный
не знаю
4. Соблюдение правильного режима питания:
да
нет
иногда
5. Когда вы в последний раз занимались спортом:
вчера
на прошлой неделе
давно
6. Отношение к здоровому образу жизни:
это здорово
можно обойтись и без него
иногда следует соблюдать
не могу определиться
7. Какие меры, по Вашему мнению, наиболее убедительны в обучении населения навыкам культуры питания:
лекции специалистов
видеофильм
листовки, статьи и другая доступная информация
другое
8. Укажите ваш рост и вес:
9. Злоупотребляете ли вы продуктами с повышенным содержанием соли (селедка, маринованное, копченое):
да
нет
иногда
10. Что из перечисленного вы считаете может стать возможной причиной избыточного веса (можно выбрать несколько ответов на вопрос):
переедание
преобладание в рационе мучного и сладкого
преобладание в рационе жирной пищи
недостаточное расходование энергии в результате низкой физической активности

гормональные нарушения

нарушения в организме, связанные с другими заболеваниями

11. Если бы вы пытались снизить лишний вес, какие способы вы для этого использовали (можно выбрать несколько ответов на вопрос):

диеты

уменьшение количества пищи без диетических ограничений

изменение режима питания (частый дробный прием пищи, последний прием пищи не позднее 18 часов)

голодание

физические нагрузки

лечение основных заболеваний, которые могут быть причиной избыточного веса

12. Возможно ли, на Ваш взгляд, избавиться от лишнего веса самостоятельно?

Да

нет

затрудняюсь ответить

Кузнецова Софья Артёмовна

г. Хабаровск, КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»

имени Г.С. Макарова

31.02.03 Лабораторная диагностика, 2 курс

Научные руководители — преподаватель Белобратова Л.Н.

преподаватель Мережко И.Е.

E-mail: ira.yevgenevna.31@inbox.ru

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в перевязочных хирургического отделения, является важным фактором в предотвращении развития возникновения и распространения инфекций, которые могут повлечь осложнения для пациентов.

Актуальность исследования: распространение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в перевязочных хирургического отделения, могут привести к ухудшению состояния пациента. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, увеличивают продолжительность лечения и приводят к возрастанию расходов на госпитализацию, вызывают долговременные физические и неврологические осложнения, нарушение развития, нередко приводят к гибели пациентов.

Цель исследования — изучить и провести анализ этиологии инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и влияние методов профилактики на снижение риска их возникновения.

Объект исследования: методы профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Предмет исследования: инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи

и их этиология и профилактика.

Задачи:

1. Изучить литературные источники и нормативно-правовую документацию в рамках рассматриваемой темы.
2. Провести статистическое исследование спектра патогенов – потенциальных возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и анализ чувствительности и устойчивости выделяемой флоры к антибиотикам на примере медицинских организаций г. Хабаровска.
3. Рассмотреть вопрос о возникновении чувствительности и устойчивости патогенов к дезинфектантам и необходимости проведения её мониторинга лабораторными методами.
4. Доказать необходимость применения комплекса асептических и санитарно-микробиологических мероприятий по профилактике возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

В каждом лечебном учреждении необходимо проводить мероприятия, препятствующие возникновению и распространению инфекции. В них принимает участие весь персонал. Группа контроля за инфекционной заболеваемостью должна состоять из микробиолога (врача-инфекциониста) и квалифицированной медицинской сестры. Организация противоэпидемических мероприятий возложена на руководство учреждения. Группа будет проводить особый контроль за распространением специфических микроорганизмов. Группа должна осуществлять надзор за состоянием внутренней среды учреждения, принимать участие в планировании, размещении и перепланировке зданий. При обнаружении инфекционного заболевания больного немедленно изолируют для предотвращения его распространения. Проводится работа по установлению источника инфекции и путей её передачи, организации и проведению бактериологических обследований пациентов и медперсонала, контактирующего с больным. Пациентов, особенно восприимчивых к инфекции, также следует размещать в отдельных палатах. При несоблюдении персоналом санитарно-гигиенических норм поддерживать противоэпидемический режим в больнице достаточно сложно. Например, значительно усложнить ситуацию может пренебрежение таким простым правилом, как обязательное мытьё рук. Для изоляции больных с открытыми ранами и после выполнения полостных операций с целью профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, пациента помещают в изолированную палату с отдельной уборной. При проведении лечебных и гигиенических процедур необходимо надевать одноразовые перчатки и спецодежда одежду. После выполнения всех манипуляций их утилизируют, а руки тщательно моют с мылом и вытирают одноразовым полотенцем.

При подготовке к работе перевязочной до начала работы проводится влажная уборка помещения перевязочной с обработкой всех поверхностей дезинфектантом. Для уборки перевязочной используют специально выделенный халат, перчатки, маску и шапочку, промаркированный инвентарь, салфетки, емкость.

После проведения уборки перевязочной медицинский персонал снимает спецодежду, моет руки с мылом и проводит их гигиеническую обработку.

В структуре хирургического отделения с коечным фондом на 30 и более пациентов необходимо иметь две перевязочные — для проведения «чистых» и

«гнойных» перевязок. В хирургическом отделении, имеющем до 30 коек, допускается наличие одной перевязочной. Очередность перевязок планируется с учетом чистоты раны.

Перевязочная должна быть обеспечена необходимым количеством стерильных инструментов и расходного материала. Наборы для проведения перевязок должны быть индивидуальными. Стерильный перевязочный стол накрывается медицинской сестрой на каждую перевязку.

Перевязочный стол для пациента (кушетка) дезинфицируют способом протирания и накрывают чистой простыней (пленкой) перед каждой новой перевязкой.

Медицинская сестра и врач должны работать в халате (при необходимости - и в фартуке), перчатках, шапочке, маске. Предпочтительны халаты однократного применения.

Снятие повязки проводится перевязочной сестрой в чистых (нестерильных) перчатках. Лечащий врач (оперирующий хирург) проводит перевязку в стерильных перчатках, которые меняет при каждой перевязке. Все предметы со стерильного перевязочного стола берутся стерильным корнцангом (пинцетом).

По окончании перевязки отработанный материал, использованные перчатки, халаты сбрасывают в емкость для сбора отходов класса Б и в дальнейшем подвергают дезинфекции и утилизации.

Инструменты многократного применения после перевязки дезинфицируют способом погружения в дезинфицирующий раствор, затем подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации (в ЦСО (центральное стерилизационное отделение) - при его наличии в лечебной организации).

В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с последующим обеззараживанием воздуха. Один раз в неделю проводят генеральную уборку в перевязочной, о чем делают запись в журнале регистрации уборок.

Авторами проведен анализ частоты выделения из ран потенциальных возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в краевой больнице г. Хабаровска (таблица 1)

Таблица 1 — Спектр выделения возбудителей из ран по данным статистического исследования на базе бактериологической лаборатории краевой клинической больницы г. Хабаровска

Количество проведенных исследований	Общее число видов выделенных патогенов	Число P.aeruginosae	% соотношение P.aeruginosae	Число Enterococcus faecalis	% соотношение Enterococcus faecalis	Число S.aureus	% соотношение S.aureus
447	Enterococcus faecalis(86) S.aureus (79) P.aeruginosae(78) Escherichia coli(54) Staphylococcus epidermidis(38)	78	78%	86	86%	79	79%

	Klebsiellapneumoniae(38) Proteus mirabilis(21) Acinetobacterbaumannii (15) Klebsiellapneumonia(13) Streptococcus(7) Streptococcus pyogenes(4) Candida(3) Enterobacter(2) Aspergillus (2) Corynebacterium(2) E.faecium(2) Candida(1) Proteus vulgaris(1) Candida glabrata (1)						
--	--	--	--	--	--	--	--

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что наиболее часто из ран выделяются возбудители Enterococcusfaecalis (выявлено 86 случаев), S.aureus (выявлено 79 случаев), P.aeruginosae (выявлено 78 случаев).

Таблица 2 — Характеристика возбудителей

Вид возбудителя	Локализация в здоровом организме	Вызываемая патология	Эпидемиология патологии	Устойчивость во внешней среде	Чувствительность и устойчивость к антимикробным препаратам и дезинфектантам
E.faecalis	Входит в состав нормальной микрофлоры пищеварительного тракта человека. Может находиться в тонкой кишке, но он также может встречаться в	Возбудитель инфекций мочевыводящих путей, интраабдоминальных инфекций, инфекций органов малого таза, раневых инфекций, эндокардита	Путь передачи контактно-бытовой. Путь распространения кишечных палочек играет наибольшее значение	Высокорезистентны к различным факторам внешней среды, могут длительное время сохранять жизнеспособность на предметах домашнего обихода, в течение нескольких месяцев — на обычных агаровых косяках,	Устойчивость к дезинфектантам проявляют к дицилдиметиламмония хлориду

	толстом кишечнике, губчатой части мочеиспускате льного канала, в половых органах, и, иногда, в полости рта		для развития вспышек эшерихио зов в коллектив ах, например, в больница х, родильны х домах, детских садах, школах, в семьях и т.д. При контактно -бытовом пути кишечные палочки могут передават ься от матери к новорожд енному ребенку при прохожде нии последнег о по родовым путям, загрязнен ным бактериям и. Кроме того, бактерии могут переносит ься на различны е предметы (наприме р, посуду, шпатели и т.д.) немытым и руками, использов	выдерживают нагревание до 60°C в течение 30 минут	
--	---	--	--	---	--

			ание которых влечет за собой инфициро вание детей и взрослых		
S.aureus	Стафилококки встречаются в норме на всем протяжении желудочно-кишечного тракта человека, включая желудок, а также на коже, слизистой оболочке респираторных органов и в урогенитальном тракте. Эпидермальный и другие коагулазоотрицательные стафилококки являются частью нормальной микрофлоры кожных покровов, слизистых оболочек и нижнего отдела кишечника	Может вызывать широкий диапазон заболеваний, начиная с лёгких кожных инфекций: угри, импетиго (может быть вызван также и Streptococcus pyogenes), фурункул, флегмона, карбункул, стафилококковый ожогоподобный кожный синдром (англ.) и абсцесс — до смертельно опасных заболеваний: пневмония, менингит, остеомиелит, эндокардит, инфекционно-токсический шок и сепсис.	Источник могут являться носители и больные. Пути передачи контактно-бытовой, воздушно-капельный, воздушно-пылевой.	Во внешней среде стафилококки достаточно устойчивы. В пыли они сохраняются до 100 суток, в гнойном экссудате — до 200 суток. Прямой солнечный свет убивает их за 10-12 часов. Стафилококк не боится высоких температур	Со средней устойчивостью (или гетерорезистентностью) к гликопептидам. Устойчивость к дезинфектантам проявляет к хлорсодержащим растворам
P.aeruginosa	Излюбленная локализация бактерий в кишечнике и кожных покровах	Вызывает гнойно-воспалительные заболевания различной локализации: раневые инфекции, ожоговую болезнь, менингиты,	Заражение происходит воздушно-капельным и пищевым путем. Путь инфициро	Во внешней среде достаточно устойчивы. При 60° С погибает в течение 15 мин. Выдерживает УФ-облучение. 2% раствор фенола губит синегнойную палочку. Длительно сохраняется в ожоговых корочках	В короткие сроки приобретает устойчивость к дезинфицирующим средствам и антибиотикам

		инфекции мочевыводящих путей, кожи, заболевания глаз, некротическую пневмонию, сепсис, заболевания легких у людей, страдающих м и СПИДом, заболевания кожи и пищеварительной системы. При попадании микробов на поврежденную кожу или слизистую оболочку возникает массивная деструкция тканей	вания при госпитальном заражении и чаще контактный – через нестерильный инструмент, руки медицинского персонала и предметы ухода за больными	и пыли помещений (до 2 нед). Бактерия погибает при кипячении, во время автоклавирования, а также при воздействии 3% перекиси водорода и хлорсодержащих дезинфектантов.	
--	--	--	--	--	--

На основе данных, представленных в таблице 2 можно сделать вывод, что *E.faecalis*, *S.aureus*, *P.aeruginosae* могут вызывать тяжелые патологии, что усугубляет состояние пациента, обладают высокой устойчивостью во внешней среде (неблагоприятно влияют на дезинфекционные мероприятия, так как они резистентны к ряду антибиотиков и к дезинфицирующим средствам).

По статистике наиболее устойчивые микроорганизмы к дезинфектантам *E.faecalis*; *S.aureus*; *P.aeruginosae*. Среди грамотрицательных бактерий наибольшей резистентностью обладает *P.aeruginosa*. Это обусловлено высоким содержанием ионов магния в клеточной стенке псевдомонад, что способствует созданию сильных связей между молекулами липополисахаридов, кроме того, малые размеры пор не позволяют осуществлять диффузию молекул дезинфицирующих средств, таких как четвертичные аммонийные соединения (ЧАС) через клеточную стенку). Приобретенная устойчивость к ЧАС обусловлена генотипическими (наличие генов устойчивости, локализованных в плазмидах, хромосоме или транспозонах) или фенотипическими механизмами. Плазмидная устойчивость к дезинфицирующим средствам и антимикробным препаратам установлена для *S.aureus*.

Проведенный статистический анализ данных бактериологических лабораторий позволил авторам представить информацию об устойчивости к антимикробным препаратам самых распространенных потенциальных возбудителей инфекций,

связанных с оказанием медицинской помощи более наглядно в таблице 3.

Таблица 3 — Чувствительность антимикробным препаратам потенциальных возбудителей инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

Виды возбудителя	Чувствительность антимикробным препаратам	Чувствительность и устойчивость к антимикробным препаратам
E.faecalis	Чувствительные нитрофурантоину и к ванкомицину (99,0 %), линезолид и тайгециклин демонстрировали 100 % активность к штаммам	Обладают природной устойчивостью к аминогликозидам
S.aureus	Чувствительные к бензилпенициллину ампициллину	Устойчивые к бензилпенициллину ампициллину, но чувствительность к оксациллину метициллину: штамм продуцирует ферменты б-лактамазы (пенициллиназы), способные разрушать природные и полусинтетические пенициллины
P.aeruginosae	Чувствительные к цефтазидиму, амикацину и карбенициллину ципрофлоксацину	Высокий уровень резистентности к карбапенемам, гликопептидам

Представленная в таблице информация дает основание для подтверждения сведений из литературных источников, что *Enterococcus faecalis*, *S.aureus* и *P.aeruginosae* активно приобретают устойчивость к антибиотикам даже последних поколений.

Микроорганизмы – это потенциальная угроза здоровью человека и благополучию его среды обитания не только в естественной среде, но и в искусственно созданной среде внутри помещений. Штаммы бактерий и грибов в процессе реализации эволюционно приобретенного ими механизма эпидемиологической передачи могут находиться на объектах внешней среды, сохраняя там жизнеспособность, а при благоприятных условиях размножаться и накапливаться. Микробное распространение и накопление в больничной среде способно привести к пагубным последствиям – инфицированию пациентов, персонала, развитию и распространению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Для контроля профилактики возникновения и предупреждения развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в перевязочных хирургического отделения, проводятся санитарно-бактериологические исследования.

Исследования проводят в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям.

1. Контроль за показателями микробной обсемененности воздушной среды не реже 1 раза в 6 месяцев. Санитарно-микробиологическое исследование воздуха при текущем санитарном надзоре проводят в операционных блоках, перевязочных, послеоперационных палатах, отделениях и палатах реанимации и интенсивной терапии,

в родильных комнатах, в палатах для недоношенных и травмированных детей, в детских палатах и других помещениях, требующих асептических условий.

При текущем надзоре определяют:

1. Общее содержание микроорганизмов в 1 м³ воздуха.
2. Содержание золотистого стафилококка (*S.aureus*) в 1 м³ воздуха.

При исследовании воздуха по эпидемиологическим показаниям определяют также и патогенные микроорганизмы. Для количественного микробиологического исследования воздуха применяют аспирационный и седиментационный (в исключительных случаях) методы.

Норматив: допустимо присутствие не более 3 КОЕ неспорообразующих сапрофитов на чашках.

Определение содержания *S.aureus* в 1 м³.

Нормативы: Операционные, послеоперационные и реанимационные залы, в том числе для ожоговых больных, палаты интенсивной терапии. Общее количество микроорганизмов в 1 м³ воздуха (КОЕ/ м³) до начала работы не более 200; во время работы не более 500; наличие *S.aureus* в 1 м³ воздуха не должно быть.

Исследование микробной обсеменённости объектов больничной среды предусматривает выявление микроорганизмов семейства Enterobacteriaceae, *S.aureus*, *Ps.aeruginosa*, дрожжей, дрожжеподобных, плесневых грибов с предметов и изделий медицинского назначения (приборы и аппараты медицинские, оборудование санитарно-гигиеническое, средства перемещения и перевозки, установки стоматологические, оборудование стоматологическое, зубопротезное, оториноларингологическое и т.д.).

Отбор проб с поверхности различных объектов осуществляется методом смывов с поверхностей и рук персонала.

Руки считаются стерильными при отсутствии роста микроорганизмов как на твёрдой, так и на жидкой средах. Кожа рук считается стерильной, если в отобранных смывах не регистрируется рост *S.aureus*, энтеробактерии.

При исследовании проб на стерильность отбор проб производят: с шовного, перевязочного материалов, хирургического инструмента, производят в специально подготовленных боксах непосредственно перед посевом.

Хирургический и перевязочный материал стерилен при отсутствии роста во всех посевах.

Для предотвращения распространения *E.faecalis*; *S.aureus*; *P.aeruginosae* используются следующие методы профилактики.

Дезинфекцию можно осуществлять четырьмя методами: механическим, физическим, химическим и комбинированным. Применение в лечебных учреждениях дезинфицирующих средств регламентируется Государственной системой санитарно-эпидемиологического нормирования. Группы альдегидсодержащие (формальдегид, «Септодор», «Гигасепт ФФ» и др. применяют при дезинфекции изделий из стекла, пластмассы, резины, металла); гуанидины (хлоргексидин, «Демос», полигексаметиленгуанидин (например, «Полисепт») и др.); кислородсодержащие и средства на основе перекиси водорода: (перекись водорода, «Декзоксон-1», «Дезоксон-4», «Виркон» и др.); поверхностно-активные вещества («Аламинол», «септабик» и др.): спирты (этиловый (70%), «Октенисепт» и пр. (применяют при дезинфекции изделий из

металла); фенолсодержащие («Амоцид»); хлорсодержащие (хлорная известь, кальция, натрия гипохлорит, хлорамин Б и др.)

Замена дезинфицирующих средств. Известно, что бактерии имеют характерный спектр и уровень естественной устойчивости к конкретной группе химических средств или конкретному дезинфицирующему средству. Наряду с естественной (природной) устойчивостью бактерий, может формироваться приобретенная устойчивость. Приобретенная устойчивость является результатом изменчивости, в результате которой бактерия приобретает новые или утрачивает исходные признаки. У большинства бактерий изменчивость выражена значительно, чем у высших организмов, что связано с коротким периодом генерации и другими факторами. И если генотипическая изменчивость передается по наследству, то фенотипическая - не передается. В России более трети зарегистрированных дезсредств содержат в качестве действующих веществ только различные четвертичные аммониевые соединения. Четвертичные аммонийные соединения (ЧАС) - это соли с четвертичным атомом азота в качестве характерной химической группы. В настоящее время ЧАСы имеют широкую область применения, терапевтическая антисептика местных гнойно-воспалительных процессов, профилактическая антисептика неповрежденной кожи перед операциями, антисептика слизистых оболочек, консервирование глазных капель, инъекционных растворов, зубных паст, косметических средств; дезинфекция и очистка поверхностей, дезодорирование. Современные ЧАСы характеризуются умеренно широким спектром антимикробной активности, не имеют запаха, бесцветны, обладают слабой коррозионной активностью, эффективностью в широком диапазоне pH, устойчивостью к высоким температурам, стабильностью концентратов и рабочих растворов. Одной из причин появления резистентности у бактерий к ЧАС является следующее: после окончания дезинфекции препаратами на основе ЧАС, влажные поверхности подсыхают, органические вещества концентрируются в неровностях пористых материалов и на гладких поверхностях, превращаясь в тончайшую, невидимую глазом пленку, затем бактерии используют ее как питательную среду, одновременно с этим появляется резистентность к данному виду дезинфектанта. Одними из главных недостатков ЧАС является: отсутствие спорицидного, туберкулоцидного эффектов и активности против гидрофильных вирусов. Еще отсутствует активность против резистентных штаммов кишечной палочки, золотистого стафилококка и синегнойной палочки. В целях предупреждения и своевременного выявления резистентных к дезинфицирующим средствам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости эпидемиологически значимых штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам. По результатам исследования принимают решение о необходимости ротации дезинфицирующего средства (последовательная замена дезинфицирующего агента из одной химической группы на ДВ из другой химической группы) после предварительной оценки чувствительности госпитального штамма к вновь выбранному ДС. (Статья 3577 СанПиН 3.3686 – 21). В медицинских организациях для решения вопроса о необходимости смены дезинфицирующих средств при обработке поверхностей время от времени (раз в 2-3 месяца) проводится анализ смывов. Если проба показала, что после обработки помещения остались микробы, то дезинфицирующее средство подлежит замене на другое. Если же она отрицательна, дезинфицирующее средство менять не

нужно.

Также нужно помнить и о правильной обработке инструментов. К основным методам дезинфекции медицинских инструментов относят их кипячение и погружение в дезинфицирующие раствор.

Метод кипячения. Кипячение рекомендуют для медицинских изделий из стекла, металла, термостойких материалов, резины. Кипятят в 2% растворе натрия гидрокарбоната в течение 15 мин.

Метод погружения в дезинфицирующий раствор. Для дезинфекции методом погружения используют следующие растворы:

— 3% раствор хлорамина Б с погружением медицинских инструментов на 60 мин (для обработки инструментов в туберкулёзных стационарах - в 5% раствор хлорамина на 240 мин).

— 6% раствор водорода перекиси с погружением на 60 мин или 4% раствор - на 90 мин. 2% раствор глутарала с погружением на 15 мин. 70% раствор спирта с погружением на 30 мин.

Предстерилизационная очистка медицинских инструментов

Стерилизация (лат. sterilis - бесплодный) - полное освобождение какого-либо вещества или предмета от микроорганизмов путём воздействия на него физическими или химическими факторами. Предстерилизационной очистке должны подвергаться все медицинские изделия многократного использования перед их стерилизацией и/или дезинфекцией с целью удаления белковых, жировых, механических загрязнений, а также лекарственных препаратов.

Разъемные изделия подлежат предстерилизационной очистке в разобранном виде в следующем порядке:

Ополаскивание проточной водой в течение 30 с. Замачивание в моющем комплексе при полном погружении изделия в течение 15 мин при температуре 50 °С.

Мойка каждого изделия с помощью ерша, ватно-марлевого тампона или щётки в моющем комплексе в течение 30 с.

Ополаскивание проточной водой при применении «Биолота-1» в течение 3 мин, «Лотоса-медицинского» в течение 10 мин.

Выдерживание в дистиллированной воде в течение 30 мин.

Сушка горячим воздухом при температуре 80-85 °С до полного исчезновения влаги.

Дезинфекция помещений, предметов перевязочного кабинета:

1. Предварительная уборка проводится утром до начала работы санитаркой под контролем медсестры (удаление пыли, осевшей за ночь, на горизонтальных поверхностях и оборудовании в помещении и дезинфекция).

2. В специальную емкость налить дезинфицирующее средство и заложить ветошь для обработки поверхностей (все виды уборки сочетаются с дезинфекцией).

3. Ветошью, обильно смоченной одним из рекомендованных растворов, протереть все поверхности в строгой последовательности. Сначала протирают стол для стерильного материала, передвижные столы, шкафы для стерильных растворов, оборудование, затем манипуляционные столы, жгуты и валики для ведения инъекций, кушетки для пациентов, табуреты и другую мебель, подоконники. Раствор в емкости меняется по мере загрязнения (При предварительной уборке дезинфекции должны

подвергаться оборудованию, горизонтальные поверхности и пол).

4. Затем вымыть пол с использованием дезинфицирующего раствора.

5. Включить бактерицидные потолочные или настенные облучатели и закрыть помещение на 1 час (стерилизация воздуха в помещении).

6. Уборочный инвентарь после использования замочить в один из рекомендованных дезинфицирующих растворов на 60 минут, затем промыть его и высушить (предотвращение инфицирования ветоши и дальнейшего заражения помещения.)

7. Уборочный инвентарь должен храниться в том же помещении, где проводится уборка (он должен использоваться только для уборки конкретного помещения).

8. Текущая уборка проводится во время работы перевязочной или проведения операции и имеет целью ликвидировать любое загрязнение, которое может возникнуть. Убирается весь отработанный материал в соответствии с правилами, и использованный инструментарий. Целью текущей уборки является поддержание чистоты в процессе работы и дезинфекция всего, что может явиться источником инфекции.

9. Подбираются случайно упавшие инструменты или перевязочный материал, загрязненная поверхность немедленно двукратно протирается 3% раствором хлорамина (или равнозначным ему дезраствором). Для дезинфекции используется ветошь из емкости, с соответствующей маркировкой. Ветошь используется одноразово, с последующей дезинфекцией, или собирается в емкость для последующей дезинфекции (кипятится 30 минут в водопроводной воде или 15 минут в 2% растворе соды или замачивается в 3% растворе хлорамина на 60 минут), стирается, сушится и используется повторно. Предотвращение инфицирования ветоши и дальнейшего заражения помещения.

10. Заключительная уборка проводится по тем же правилам, что и предварительная. Но имеет особенности - протираются ветошью с дезраствором светильники, стекла и рамы окон, стены на высоту роста, УФО облучение помещения проводится в течение 2 часов. Дезинфекция помещения после окончания работы.

Вывод: К возникновению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в перевязочных кабинетах хирургического отделения подвержен практически любой пациент. Проведенное авторами статистическое исследование спектра потенциальных патогенов – возбудителей внутрибольничных инфекций и анализ чувствительности и устойчивости выделяемой флоры к антибиотикам на примере медицинских организаций г. Хабаровска показал, что наиболее часто встречающимися и резистентными к антибиотикам и дезинфицирующим растворам являются *E. faecalis*, *S. aureus*, *P. aeruginosae*.

Для предотвращения распространения внутрибольничной инфекции данными возбудителями необходим санитарно-микробиологический контроль, который будет способствовать их выявлению и содержанию. При повышенном содержании *E. faecalis*, *S. aureus*, *P. aeruginosae* в пробах необходимо применять комплекс асептических и санитарно-микробиологических мероприятий по профилактике возникновения внутрибольничных инфекций, чтобы избежать высокого распространения инфекции. Необходимо установить источник инфекции и пути её передачи, организовать проведение бактериологических исследований пациентам и медперсоналу, контактирующему с больным. Пациентов, особенно восприимчивых к инфекции,

следует размещать в отдельных палатах.

Таким образом, не вызывает сомнений актуальность применения комплекса асептических и санитарно-микробиологических мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Библиографический список

1. http://vnipchi.rosпотребнадзор.ru/s/203/files/ND/safety/95493_64.pdf
2. <https://medi.ru/>
3. <https://www.gastroscan.ru/handbook/118/2791>
4. <http://elib.usma.ru/>
5. https://book.zdrav.ru/files/book/18_pdf.pdf
6. <https://surgery.med.tma.uz/wp-content/uploads/2017/10/Кузин-М.И.-Хирургические-болезни-2002.pdf>
7. <https://meduniver.com/>
8. <https://baker-group.net/articles/publikatsii/sanitary-and-microbiological-air-control.html>

Автор выражает признательность Матюхиной Екатерине Владимировне и Захаровой Наталье Юрьевне — медицинским лабораторным техникам бактериологической лаборатории краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница №1» имени профессора С.И. Сергеева министерства здравоохранения Хабаровского края за оказанную помощь при проведении данного исследования.

Иноземцева Алена Олеговна

г. Хабаровск, КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»

имени Г.С. Макарова

31.02.01 Акушерское дело, 2 курс

Научный руководитель — преподаватель Е.С. Новик

E-mail: novelest@mail.ru

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ХАБАРОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — это концепция жизнедеятельности человека, направленная на улучшение и сохранение здоровья с помощью соответствующего питания, физической подготовки, морального настроя и отказа от вредных привычек.

Представители философского и социологического направления рассматривают здоровый образ жизни как глобальный социальный аспект, который является составной частью жизни человека. Так же, ЗОЖ рассматривается как мотивация человека, имеются и другие точки зрения других представителей данного направления, но при этом резкой грани между ними нет, так как они направлены на решение одной задачи: укрепление здоровья человека. ЗОЖ является предпосылкой для начала изучения

развития его разных сторон жизнедеятельности человека, а также достижения им активного долголетия, благодаря, которому человек сможет полноценно выполнять свои социальные функции.

В настоящее время все больше уделяют внимание проблеме здоровья и ведению ЗОЖ студенческой молодежи. Данная тема является актуальной, так как в последние годы отмечается рост психической и физической патологии среди детей и молодежи, при этом количество здоровых студентов имеет тенденцию к уменьшению, а современный образовательный процесс становится все более интенсивным. Следует учитывать, что контингент студентов не однороден; так для одних учебные нагрузки приемлемы, для других – за пределами адаптационных возможностей организма. Кроме информационной перегруженности действуют и другие патогенные факторы учебного процесса – эмоциональный стресс в сочетании с продолжительной гиподинамией [1].

Поставив цель данного исследования – изучить и сравнить состояние здоровья студентов разных курсов на примере специальности «Акушерское дело» КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова, использовался метод обработки данных анкетирования студентов.

Для субъективной оценки состояния здоровья проанкетировано 76 студентов 1-3 курсов. Анкетирование проводилось анонимно.

Результаты анкетирования:

1) Большинство студентов оценивают свое здоровье как удовлетворительное (75%), о плохом здоровье заявили 4% респондентов. По курсам: больше ответов – здоровье «хорошее» — на 1 курсе (30,4%), меньше всего – на 3-м (17,1%).

2) Средний балл уровня здоровья всех опрошенных студентов по пятибалльной системе – 3,7. Самый высокий балл на 1 курсе – 4,0, самый низкий на 3-м – 3,4. Уровень здоровья ниже 4-х баллов – это косвенный показатель снижения уровня адаптации к внешним факторам внешней среды, вероятность состояния предболезни.

3) В структуре жалоб по системам на всех курсах примерно одинаковая ситуация: на 1-м месте жалобы со стороны нервной системы (25,3%), на 2-м – пищеварительной системы (14,3%), на 3-м – сердечно-сосудистой (13,3%). Меньше жалоб на самочувствие студентов 1 курса (73,6%), а на 2-м и 3-м курсах жаловались на состояние здоровья (87%).

Как показало наше исследование, уровень соматического здоровья студентов в значительной мере зависит от физической нагрузки: чем больше нагрузка, тем меньше жалоб на здоровье. Большинство опрошенных с низким уровнем физической активности отзывались о плохом самочувствии и предъявляли жалобы на состояние здоровья, в первую очередь, на состояние нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

4) Большинство студентов занимаются своим здоровьем по мере возникновения заболеваний — 44,1%. Здоровый образ жизни ведут только 6,8% студентов, причем меньше всего таких студентов на 2-м курсе (4%).

5) Физической культурой регулярно занимаются только 8% опрошенных студентов, при этом большинство таких студентов на 1 курсе — 11,4%, а меньше всего – на 2-м курсе (3,9%).

6) По рациональному питанию самый частый ответ: «соблюдаю не всегда» - 57%, а систематически соблюдают рациональное питание только 2 % опрошенных студентов.

7) Среди опрошенных студентов курят – 13,4%, больше всего их на 2-м курсе – 19,6 %, а меньше всего – на 1-м курсе – 3,8 %. Интересно, что 11,2% опрошенных студентов бросили курить, больше всего таких на 3-м курсе – 13,6%.

8) Часто употребляют алкогольные напитки – 6,2% респондентов, меньше таких студентов на 1-м курсе 2,5%.

В ходе исследования выявлено, что студенты, имеющие высокий уровень здоровья, совсем не употребляют или редко употребляют алкогольные напитки, не курят или бросили курить.

Отражением психического здоровья является настроение. По нашим данным, жизнерадостное настроение в среднем у 23% опрошенных студентов. Больше жизнерадостных студентов на 1-м курсе – 31,6%, меньше – на 2-м (15,7%). Подавленное настроение отмечают чаще студенты 3 курса (5,1%); в среднем по колледжу – 3,4% студентов.

Свои отрицательные эмоции и агрессию студенты снижают чаще всего следующими способами: делясь проблемой с друзьями, семьей (45,8%); слушая музыку, смотря телевизионные передачи (40,2%). В ответах студентов разных курсов особой разницы не наблюдается.

В сравнительной характеристике курсов колледжа можно отметить, что наиболее неблагоприятные субъективные характеристики у студентов 2-го, 3-го курсов. Это можно объяснить перенапряжением адаптационных механизмов.

Процесс обучения связан с такими факторами риска, как информационная перегруженность, гиподинамия (снижение мышечного тонуса), статическое напряжение опорно-двигательного аппарата, зрительного анализатора, нерегулярное питание, психоэмоциональное напряжение и т.п. Несмотря на благоприятные условия обучения в колледже, эти факторы риска оказывают свое влияние на состояние здоровья студентов.

Выводы:

1. У студентов колледжа недостаточная мотивация к здоровому образу жизни.
2. Студенты колледжа, имеющие высокий уровень здоровья, как правило, соблюдают здоровый образ жизни.
3. Уровень мотивированности к ведению ЗОЖ среди студентов первого года обучения является низким за счет неправильной оценки качества своего здоровья.

Рекомендации:

1. Продолжать формировать у студентов саногенное мышление, направленное на осознание роли собственной личности в сохранении и укреплении своего здоровья.
2. Соблюдать двигательную активность, режим труда и отдыха.
3. Вести здоровый образ жизни.

Библиографический список

1. Маркова Н.В., Рютин С.Г. Здоровье студенческой молодежи: современные тенденции // Современные наукоемкие технологии. – 2020. – № 3. – С. 168-172 URL: <https://top-technologies.ru/ru/article/view?id=37961> (дата обращения: 02.03.2023).
2. Кожухар, В. М. Основы научных исследований: Учебное пособие / В. М. Кожухар. - М.: Дашков и К, 2019.

Круголь Иван Михайлович
г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс
Научный руководитель – преподаватель СУ в хирургии - Ведерникова О.К.
E-mail: krugolgg@gmail.com

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ

Актуальность темы исследования — это социальная значимость данного вопроса для современной медицины. Данная тема также имеет важное место в современном здравоохранении, так как заболевание затрагивает всю жизнедеятельность больного.

В настоящее время распространенность сахарного диабета (СД), имеет характер глобальной эпидемии, и с ростом популяции больных, несомненно, будет расти распространенность поздних диабетических осложнений. Одним из опасных хронических осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС), при котором язвенные дефекты являются наиболее частым проявлением. Тяжелым исходом язвенного поражения стоп является ампутация нижней конечности, которая у больных с СД проводится в 10-30 раз чаще по сравнению со всем населением. После первой ампутации значительно возрастает риск повторной ампутации и смерти. Несмотря на наличие разработанных протоколов и стандартов, желаемой высокой эффективности лечения язв при СДС в настоящее время достичь не удастся.

Синдром диабетической стопы – одно из осложнений сахарного диабета в сочетании с нарушением кровотока и присоединением инфекции. Это патологические изменения стоп в виде язвенно-некротических поражений костей и суставов, потери чувствительности кожи в связи с нарушением макроструктуры стопы и микроциркуляции крови по причине разрушения нервных окончаний и нервных волокон.

Основа лечения пациентов с СДС — это научно доказанный, многофакторный подход, включающий в себя лечебные меры, направленные на ускорение заживления язвы и сохранение нижней конечности. Игнорирование в процессе лечения приводит к изменению состояния язвы, замедлению или прекращению эпителизации.

Своевременная диагностика и профилактика сахарного диабета за последнее десятилетие позволили уменьшить число ампутаций при СДС почти на 50%. Летальные исходы после ампутаций при СДС остаются на уровне 25-28%. Но при этом реальное количество больных СД в 3-4 раза выше, так как многие и не подозревают о том, что больны. Вероятность выявить таких больных во время предварительных и периодических медицинских осмотров очень велика.

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры при уходе за пациентами с диабетической стопой.

Исходя из объекта и предмета, выделена цель: изучить особенности сестринской деятельности при диабетической ангиопатии.

Поставленная цель обусловила решение следующих задач:

- 1) изучить этиологию, патогенез и факторы риска диабетической стопы;
- 2) рассмотреть клинические проявления диабетической стопы;
- 3) выявить методы лечения и профилактики диабетической ангиопатии;
- 4) оценить эпидемиологию сахарного диабета и диабетической стопы в РФ и Приморском крае;

5) проанализировать сестринскую помощь больным с диабетическим поражением стоп;

6) оценить эффективность медико-социальной профилактики и качество сестринской помощи у больных СДС.

Важнейшим фактором риска синдрома диабетической стопы признана периферическая сенсомоторная невропатия. Периферическая сенсомоторная невропатия не может быть установлена только на основании клинических симптомов. Оценка порога вибрационного чувства затруднена вследствие влияния возрастного фактора.

В группу риска развития СДС входят следующие категории пациентов:

- страдающие дистальной полинейропатией;
- страдающие заболеваниями периферических сосудов;
- имеющие язвы стоп в анамнезе;
- перенесшие ампутации;
- страдающие гипертонией и гиперхолестеринемией;
- слабовидящие и слепые;
- страдающие диабетической нефропатией, особенно на стадии ХПН;
- одинокие пожилые люди;
- злоупотребляющие алкоголем, курильщики.

Сочетание факторов риска диабетической стопы усиливает конечный относительный риск развития язвы стопы и позволяет относить больных к категории риска - низкого, высокого или очень высокого. Наибольший риск имеют больные с наличием язв и ампутаций, особенно малых ампутаций, в анамнезе. Им необходимы профилактические осмотры в кабинетах диабетической стопы не реже 1 раза в 3 месяца (рисунок 1).



Рисунок 1 – Факторы риска диабетической стопы

Согласно международным статистическим данным основными факторами риска

образования плантарных рецидивирующих язвенных дефектов при СД является сочетание нейропатии с деформациями, в то время как главный риск возможности ампутации исходит от ишемии. Теплая потерявшая чувствительность стопа, имеет гораздо больший риск образования язвы, чем холодная вследствие ишемии, но сохранившая чувствительность.

Диабетическая периферическая нейропатия (ДПН) является результатом многофакторного поражения, вызванного хронической гипергликемией, сенсомоторной и автономной иннервацией нижних конечностей. ДПН морфологически проявляется сегментарной демиелинизацией и дегенерацией аксонов. Клинически ДПН проявляется в прогрессирующем развитии болевой и температурной анестезией, а также снижением или утратой тактильной, вибрационной и проприоцептивной чувствительности, снижением ахилловых и коленных рефлексов, развитием типичных деформаций стоп.

Преобладание тех или иных нарушений: то ли клинической картины нейропатии, то ли изменений со стороны периферического кровотока, определяет симптомы диабетической стопы, которые представляют собой 3 формы патологического процесса. Таким образом, выделяют:

1) нейропатический вариант, для которого характерны поражения нервной системы, как соматической, так и вегетативной. Невропатическая форма СДС – одна из самых распространенных форм СДС (60–70% случаев). Встречается среди пациентов различных возрастных групп с длительностью СД, как правило, более 10 лет (при СД 1 типа) на фоне уже имеющихся других осложнений СД. У пациентов с СД 2 типа проявления СДС могут развиваться раньше. В клинической картине данной формы СДС на первый план выходят симптомы полиневропатии: имеет место нарушение вибрационной, болевой и температурной чувствительности (по типу «носков»), снижение коленного и ахиллового рефлексов. Довольно часто наблюдаются деформации пальцев и свода стопы. Этому способствует моторная невропатия. Ослабление мелких мышц стопы, дисфункция мышц сгибателей и разгибателей пальцев приводят к опусканию свода стопы и формированию типичных молоткообразных пальцев. В связи с этим язвы, как правило, безболезненные, окружены гиперкератозом, служащие патогномичным проявлением невропатической формы СДС. Чаще всего язвенные дефекты локализуются в местах наибольшего давления на стопе (подошва, пальцы). Такие язвы склонны к рецидивам. При осмотре кожа стоп теплая, розовая, сухая, пульсация артерий стоп сохранена. Классификация нейропатии при диабете довольно обширна, однако главной движущей силой развития СДС принято считать снижение проводимости нервных импульсов в чувствительных и двигательных периферических нервах, а также нарушение всех видов чувствительности (вибрационная, тактильная, тепловая). Нейропатия, как признак диабетической стопы, может протекать по трем сценариям:

- диабетической язвы стопы;
- остеоартропатии с формированием сустава Шарко;
- нейропатического отека.

2) ишемическую разновидность, развивающуюся вследствие атеросклеротических изменений стенок артериальных сосудов ног и приводящую к нарушению магистрального тока крови. Ишемическая форма СДС встречается в 10–15% случаев и чаще диагностируется у пациентов старше 45 лет, имеющих довольно

большой стаж СД (более 15 лет при СД 1 типа). Чаще это больные СД2. При этом другие осложнения СД могут быть не столь выражены. Однако пациенты, как правило, имеют сопутствующие заболевания, такие как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, дислипидемия и т.д. Поскольку чувствительность на стопах у таких больных может быть сохранена, язвы болезненные. Кожа вокруг язвенного дефекта истончена, возможно образование сухого некроза в виде струпа. Локализуются такие язвы в акральных отделах стопы: на пятке, кончиках пальцев. При осмотре кожа стоп бледная или цианотичная, холодная. Пульсация артерий стоп снижена или отсутствует;

3) нейроишемическую или смешанную форму, включающую признаки и нейрпатии, и ишемических поражений, обусловленных патологическими процессами, затрагивающими нервную систему и магистральное сосудистое русло.

Нейроишемическая форма СДС составляет 20–25% случаев (при СД2 у лиц старшего возраста частота встречаемости этой формы достигает 50%). В этом случае имеет место сочетание вышеуказанных симптомов. Так, при наличии тяжелой сенсорной невропатии у пациентов с данной формой СДС болевой синдром будет выражен менее значительно. Даже при критической ишемии конечности пациенты могут не предъявлять жалоб на боли в покое.

В тканях, расположенных под слоем гиперкератоза, из-за постоянного давления начинается воспалительное уничтожение собственных клеток своими же гидролитическими ферментами (аутолиз), ведущее к формированию диабетической язвы стопы (рисунок 2).



Рисунок 2 – Диабетические язвы

Атеросклероз периферических артерий (макроангиопатия) диагностируется примерно у половины пациентов с СДС. Однако макроангиопатия не является непосредственной причиной образования язв, но достоверно известно, что кожные покровы у пациента с нарушениями кровотока на нижних конечностях более восприимчивы к повышенному биомеханическому стрессу, при этом замедляется заживление, повышается риск инфицирования язвенных дефектов. Утолщение базальной мембраны капилляров (микроангиопатия) не ведет к критическому стенозу этих сосудов, однако любое экстравазальное воздействие (постравматический отек и/или инфекционное поражение в области язвы) может привести к окклюзии пораженных капилляров и гангрене пальцев (рисунок 3).

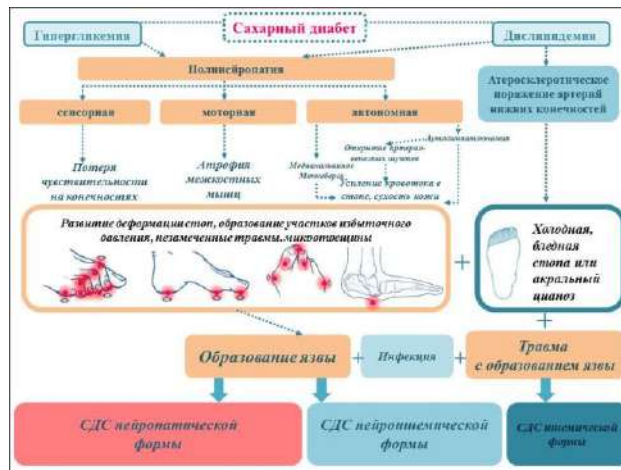


Рисунок 3 – Механизм образования различных форм диабетической стопы

Инфекция редко является причиной образования язвы. Однако после того, как язва инфицируется, риск ампутации значительно возрастает, особенно при наличии ишемической и нейроишемической форм СДС.

В недавних исследованиях отмечена роль психосоциальных факторов в развитии СДС. Качество ухода за ногами у людей с СД может зависеть от их представлений о состоянии собственного здоровья, рисках СДС и их убеждений в эффективности

Диабетическая ангиопатия нижних конечностей по своей природе является осложнением заболевания, но может вызвать более острые симптомы, среди которых гангрена, некроз тканей, сепсис.

Рецидивы в 20-30%, по большей части, характерны для пациентов с остеомиелитом.

Более 65% всех ампутаций проводится при диабетической стопе, однако своевременная профилактика и полноценное лечение может сберечь минимум 80% конечностей.

Своевременная диагностика и профилактика сахарного диабета за последнее десятилетие позволили уменьшить число ампутаций при СДС почти на 50%. Летальные исходы после ампутаций при СДС остаются на уровне 25-28%. Но при этом реальное количество больных СД в 3-4 раза выше, так как многие и не подозревают о том, что больны. Вероятность выявить таких больных во время предварительных и периодических медицинских осмотров очень велика.

Применяемая методика диспансеризации, неформальный подход к интерпретации анализов крови при периодических и предварительных медицинских осмотрах позволяет врачу-специалисту вовремя заподозрить нарушение углеводного обмена, а значит вовремя предотвратить развитие тяжёлых осложнений при сахарном диабете (рисунок 4).



Рисунок 4 – Профилактика СДС

Согласно данным Международной федерации диабета, в настоящее время в мире зарегистрировано 415 млн человек, которые болеют сахарным диабетом. К 2040 г. прогнозируется рост числа людей больных диабетом до 642 млн. чел.

Согласно данным ВОЗ на ноябрь 2016 года:

- от сахарного диабета во всем мире страдает около 422 миллионов человек;
- более 80% смертей от диабета происходят в странах с низким уровнем доходов;
- количество людей, страдающих сахарным диабетом, увеличилось со 108 миллионов в 1980 г. до 422 миллионов в 2014 г.;
- распространенность диабета среди людей в возрасте старше 18 лет возросла с 4,7% в 1980 г. до 8,5% в 2014 г.;
- диабет является одной из основных причин таких заболеваний, как слепота, почечная недостаточность, инфаркты, инсульты и ампутация нижних конечностей;
- по оценкам, в 2012 г. 1,5 миллиона случаев смерти были напрямую связаны с заболеванием СД, а еще 2,2 миллиона случаев смерти сопровождались высоким уровнем глюкозы в крови;
- почти 50% смертей, обусловленных высоким содержанием глюкозы в крови, происходит в возрасте до 70 лет;
- правильное питание, поддержание здорового веса тела, регулярная физическая активность, воздержание от употребления табака способствуют сокращению риска возникновения сахарного диабета или отсрочке его возникновения;
- сахарный диабет можно лечить, а осложнения, возникшие на его фоне, предотвращать или отсрочивать с помощью профилактической диеты, определенной физической активности, медикаментов и регулярной проверки и лечения осложнений;
- к 2030 году сахарный диабет войдет в десятку причин смертности во всем мире [2].

С 1980 года количество людей, страдающих диабетом, увеличилось почти в четыре раза. Распространенность этого заболевания растет во всем мире, причины роста числа больных диабетом носят комплексный характер, однако этот рост отчасти связан с увеличением числа людей, страдающих лишним весом, и в том числе с ростом распространенности ожирения, которые напрямую связаны с проблемой низкого уровня физической активности и профилактики населения.

Рост распространенности сахарного диабета в РФ, по данным Госрегистра СД за период 2000-2015 гг., представлен на рисунке 5.

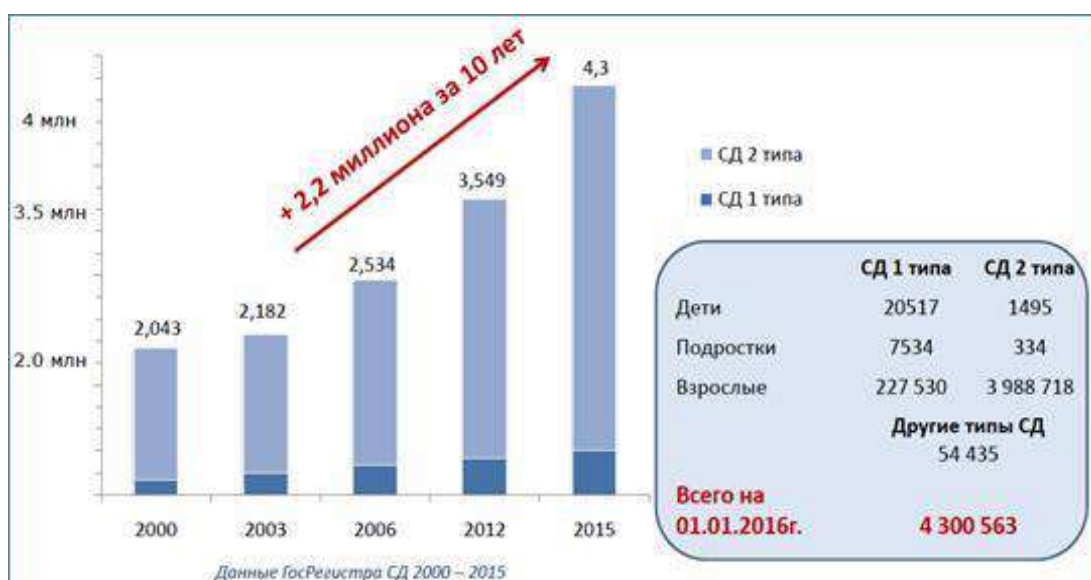


Рисунок 5 – Рост и распространенности сахарного диабета в РФ

Все типы диабета могут вызывать различные осложнения во многих органах человеческого организма и повышают риск преждевременной смерти. В 2012 году причиной смерти 1,5 миллиона человек во всем мире был сахарный диабет. Правильное питание, регулярная умеренная физическая активность, поддержание здоровой массы тела и отказ от употребления табака в большинстве случаев способствуют предотвращению заболевания сахарным диабетом и появлению связанных с ним осложнений.

На 01.01.2021 г. в онлайн-регистр СД включено 84 региона РФ, 4658 ЛПУ.

Общая численность пациентов с СД в РФ, состоящих на диспансерном учете, на 01.01.2021 г., по данным регистра, составила 4 799 552 (3,23% населения РФ), из них: СД1 - 5,5% (265,4 тыс.), СД2 - 92,5% (4,43 млн), другие типы СД - 2,0% (99,3 тыс.) (рис. 1). Группа «другие типы СД» включала пациентов с нарушением толерантности к глюкозе - 67,3 тыс., нарушением гликемии натощак - 12,1 тыс., гестационным СД (9,4 тыс.) и другими типами СД (10,4 тыс.). Это изображено в таблице 1.

Таблица 1 - Общая численность пациентов (n) с сахарным диабетом в Российской Федерации на 01.01.2021

Возрастная группа	СД 1	СД 2
Дети, n	31 407	673
Подростки, n	11 544	250
Взрослые, n	222 449	4 433 953
Всего, n	265 400	4 438 876
Другие типы СД, n	99 276	
Всего на 01.01.2021	4 799 552	

Больные СД при пандемии коронавируса находятся в группе риска тяжёлого и даже критического течения COVID-19. Они в 10 раз чаще заболевают, течение болезни очень тяжелое. Часто развивается дыхательная недостаточность, возникает потребность

в искусственной вентиляции легких. В этой группе заболевших выше процент смертности. Среди всех заболевших ковидом, 27% имеют сахарный диабет

Людям, живущим с диабетом, крайне важно соблюдать меры предосторожности, чтобы по возможности избежать заражения. Следует постоянно контролировать уровень сахара, принимать назначенные лекарственные средства, соблюдать рекомендации врачей.

При прохождении производственной практики в Октябрьской ЦРБ функциональным подразделением медицинского учреждения, а именно ответственным статистом данного ЛПУ была предоставлена следующая статистика по диабетической стопе, которая представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Отчет по пролеченным больным стационара с диабетической ангиопатией за период с 2020 г. по 2022 г.

Нозология	2020 г.	2021 г.	2022 г.	Всего
С неврологическими осложнениями	2	-	-	2
С нарушениями периферического кровообращения	1	12	12	25
С поражением почек	1	-	-	2
С множественными осложнениями	7	2	1	10
Ампутации	6	6	6	18
Резекции	-	1	-	1
Некрэктомии	-	1	2	3
С комой	-	1	-	1
С др. уточнёнными осложнениями	-	1	-	1
Итого по заболеваемости	11	16	13	63

Исходя из данных, представленных в таблице 2, можно говорить, что за последние 3 года видимых спадов заболеваемости диабетической стопы нет, стабильное число ампутаций и течения болезни с различными нозологическими факторами, а также основным фактором является нарушение периферического кровообращения. Однако течение заболевания с множественными осложнениями близко к нулю.

Синдром диабетической стопы является основной причиной ампутаций нижних конечностей (47 % от всех ампутаций). Всем больным после реконструкций стопы и малых ампутаций необходима последующая консультация специалиста по подбору и изготовлению ортопедических изделий (стелек, корректоров стопы, ортопедической обуви).

Большие ампутации ассоциированы с высокой смертностью, утратой не только опорной функции конечности, но и возможности самостоятельно себя обслуживать. При этом значительно возрастают нагрузка на другую ногу и риск ее травматизации (в 50-70% поражается и контралатеральная конечность).

Частота ампутаций нижних конечностей составляет от 7 до 206 на 100 тыс. населения в год, из них от 5 до 24 связаны с СД (или 6-8 на 1000 больных СД в год). В 50-70% причиной ампутаций нижних конечностей является гангрена сегмента конечности, в 20-50% - распространенный инфекционный процесс, а в большинстве случаев - сочетание инфекции глубоких тканей и ишемии.

Таким образом сахарный диабет входит в число самых распространенных в мире хронических заболеваний. В последнее время эта болезнь стала изучаться как социальная проблема, становящаяся все более актуальной. Наиболее негативными являются данные о повышении частоты ампутаций стоп при обоих типах СД в среднем по стране. Общие усилия медицинского сообщества и научные достижения приведут к сокращению страданий и улучшению качества жизни огромного числа людей с СДС и сократят распространенность данного осложнения.

Для достижения цели дипломной работы было проведено анкетирование в основной и контрольной группах. Для сравнения взяты несколько важных показателей профилактики СДС, таких как – гигиена стоп, подбор обуви, гимнастика для стоп, обработка стоп при травме (рисунок 6).

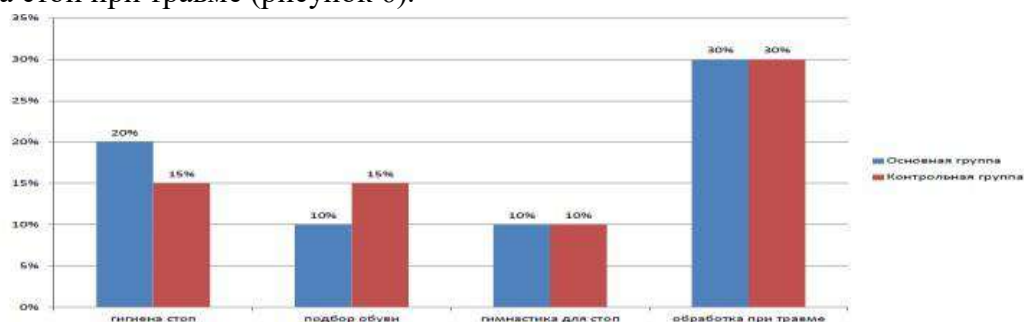


Рисунок 6 - Результаты анкетирования в основной и контрольной группах

В ходе анкетирования было выявлено, что показатели в обеих группах приблизительно одинаковы. Далее проведено интерактивное обучение с применением методов визуализации.

В результате обучения проведено ознакомление пациентов с профилактикой СДС, ознакомление с правилами гигиены. Проведено повторное анкетирование по вопросам СДС.

Далее видно, что процентное соотношение правильных ответов, после обучения значительно возросло (рисунок 7).

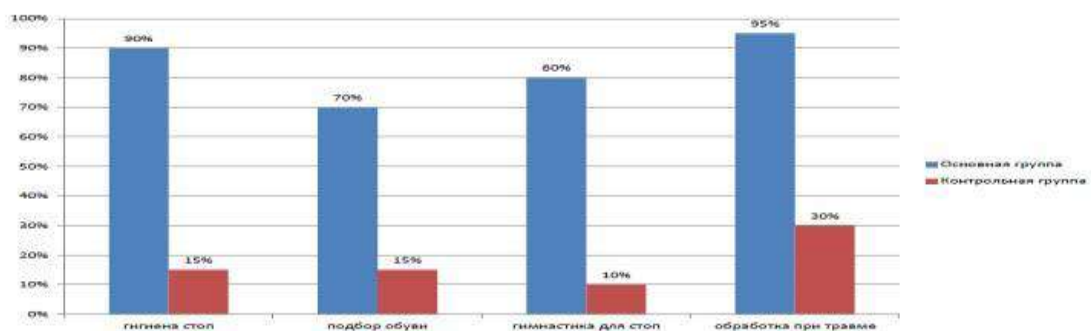


Рисунок 7 - Результаты анкетирования после обучения в основной и контрольных группах

Далее показана динамика правильных ответов в основной группе до и после обучения. На ней видно, что обучение прошло эффективно (рисунок 8).

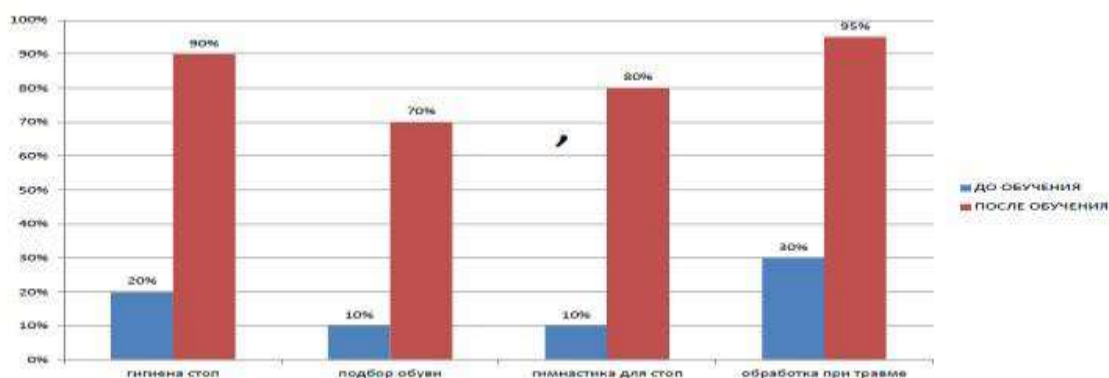


Рисунок 8 - Динамика правильных ответов в основной группе до и после обучения

Согласно данным проведенного анкетирования у пациентов после прохождения обучения хорошо видно изменение в области знаний о собственном состоянии здоровья, о мерах предосторожности и у многих возникло желание обучаться в данном направлении дальше.

Борьба с сахарным диабетом и его осложнениями зависит не только от согласованной работы всех звеньев специализированной медицинской службы, но и от самих больных, без участия которых не могут быть достигнуты целевые задачи по компенсации углеводного обмена при сахарном диабете, а его нарушение и вызывает развитие сосудистых осложнений, в том числе диабетическую стопу, во всём с чем большое значение имеет на коррекцию образа, обучение пациентов по уходу за стопами. Хорошо известно, что проблема успешно может быть решена только тогда, когда все известно о причинах, стадиях и механизмах ее появления и развития.

СД является причиной преждевременной смерти и ранней инвалидизации, что связано в первую очередь с его осложнениями. По статистике Эндокринологического научного центра РАМН, трофические нарушения функций нижних конечностей различного генеза встречаются у 15% больных. Развитие гангрены или гнойного процесса на стопе – основная причина ампутации более чем у 50% больных, а послеоперационная летальность составляет 13–20%. В течение 3 лет после ампутации 35% больных погибают.

С развитием медицинской науки постоянно возрастает роль медсестры, значение ее деятельности. Поэтому считается, что внедрение периоперативной сестринской практики в лечение больных с СДС поможет добиться успехов в их физической и психологической реабилитации.

Особенность ведения больных с данным заболеванием заключается в том, что главная роль в достижении оптимальных результатов лечения принадлежит самому пациенту. Для этого он должен быть хорошо осведомлен обо всех аспектах заболевания и уметь корректировать схему лечения в зависимости от ситуации. Больным приходится во многом брать на себя ответственность за свое здоровье, а это возможно лишь в том случае, если они соответственно обучены. По данным литературы, обучение больных СД самоконтролю способствует снижению частоты и длительности госпитализации, частоты и выраженности осложнений. При должной информированности количество ампутаций уменьшается более чем на 50%. В задачи обучения входят:

- улучшение качества жизни;
- снижение числа случаев декомпенсации;
- уменьшение частоты осложнений, приводящих к инвалидности;
- пропаганда осознанного отношения к заболеванию.

Школы здоровья для пациентов представляют собой эффективную форму лечебного и профилактического группового консультирования. Необходимость обучения не только самих пациентов, но и их родственников продиктована особенностями заболевания. СД вне зависимости от тяжести его течения навсегда изменяет жизнь пациента и его родственников. Даже при незначительных последствиях стресс, переживаемый пациентом в процессе лечения и во время пребывания в стационаре, накладывает отпечаток на его поведение. Пациент, страдающий СД, требует к себе большего внимания, чем до болезни, а его родственники вынуждены менять привычный уклад жизни, чтобы удовлетворить потребности больного. Изменение образа жизни почти всегда совершенно неожиданно для всех участников событий, поэтому заранее к ним никто не готовится, а для больного в начале заболевания характерен выраженный синдром дезадаптации [6].

Поскольку у пациентов бывает много родственников, возможны сочетанные реакции. Кто-то уходит от ответственности, кто-то берет на себя больше, чем может. В рамках защитного поведения иногда возникает враждебное отношение к пациенту у некогда любивших его родственников. Они перестают видеть в больном близкого, любимого человека. Могут появляться и другие социально значимые нарушения. Например, родственники очень часто отказываются от выгодных предложений по работе или от собственного семейного счастья. Напрашиваются следующие выводы:

- необходимо информировать родственников больного об особенностях его заболевания;
- в зависимости от этапа развития заболевания необходимо предоставлять родственникам соответствующую информацию.

Возникшее у родственников состояние можно рассматривать как синдром дезадаптации, в формировании которого выделяют следующие этапы:

- замешательство, возникающее сразу же при получении информации;
- желание перераспределить ответственность;
- нарушение планов;
- истероидные и ипохондрические синдромы;
- развитие синдрома хронической усталости.

Силами Школы здоровья по СД можно эффективно помочь и пациентам, и родственникам. Цели проведения занятий в Школе:

- повышение информированности пациентов и их родственников о заболевании;
- формирование ответственного отношения населения к состоянию своего здоровья;
- поддержка мотивации к постоянному профилактическому лечению;
- формирование у родственников пациента навыков реабилитации и ухода за больным членом семьи.

В рамках написания дипломной работы за контрольный период обследовано 13 пациентов, в том числе 8 (61,5%) женщин и 5 (38,4%) мужчин. У всех пациентов с данной патологией выявлена гипертоническая болезнь как сопутствующее заболевание,

72% пациентов посещают эндокринолога более 4 раз в год, 89,4% не знали, что у них формируется СДС, 58,4% не соблюдают диету и рекомендации врача, у всех пациентов снижена острота зрения и есть жалобы на боль и онемение в нижних конечностях, у 52,6% были трофические язвы, у 42,6% ампутировано от 1 до 10 пальцев стоп.

В исследование включали больных с такими диагнозами как СД, СДС, гангрены, поступивших в стационар в период с 2020 г. по 2022 г., что показано в таблице 3.

Таблица 3 - Пациенты с СДС, поступившие в стационар за период 2020-2022 гг.

Год	Число пациентов
2020	11
2021	16
2022	13

Предлагаемый подход к организации механизма информирования и ухода за пациентами с СДС основан на внедрении периоперативной практики. Отличительная черта предлагаемого метода состоит:

- во внедрении периоперативного процесса в операционно-перевязочном и хирургическом отделениях для пациентов с осложненной формой СДС;
- разработке механизма ухода за пациентами, начиная с момента поступления в стационар для оперативного вмешательства с указанием и описанием каждого этапа периоперативного процесса;
- информировании пациентов группы риска о возможности серьезных осложнений;
- разработке рекомендаций для каждого периода периоперативной практики.

Новизна предложенного механизма заключается в обеспечении преемственности между всеми этапами медицинской помощи, что позволяет проследить все этапы заживления ран, а также дает возможность оценить качество медицинской помощи. Благодаря предлагаемому подходу обеспечивается также преемственность между стационаром и амбулаторно-поликлиническими службами, что позволяет передавать для дальнейшего амбулаторного лечения – реабилитации – пациентов с СДС и гнойными ранами. При этом налаживается непрерывный качественный уход за такими больными.

По результатам исследования была определена группа пациентов с риском развития СДС и оценена информированность пациентов о заболевании.

Путём выкипировки и анализа карт пролеченных больных показал, что за период 2020-2021 гг. из 27 пациентов повторно обратились 11 (40,7%), а за 2022 г. из 13 – 3 (23%). Таким образом, благодаря внедрению в 2022 г. в сестринскую практику периоперативного процесса повысился профессионализм ухода, а частота повторных обращений сократилась на 17,7%.

Также была выявлена сезонность заболевания (рисунок 9).

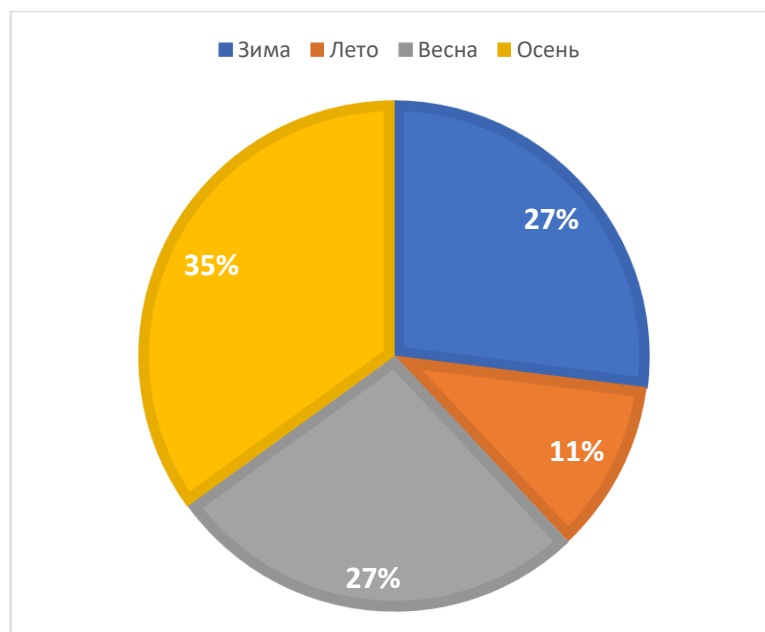


Рисунок 9 - Сезонность вспышек заболевания у пациентов с СДС

Сезонность вспышек заболевания у пациентов с СДС лето 11% осень 35% зима 27% весна 27%.

Анализ результатов внедрения периоперативного процесса с применением предложенного механизма ухода за пациентами и их информирования позволил сделать следующие выводы:

- пациенты были подготовлены к оперативному вмешательству (эмоционально и физиологически);
- не было осложнений, связанных с неправильной укладкой на операционный стол, электроожогов кожных покровов и др.;
- пациенты удовлетворительно перенесли анестезию, будучи проинструктированы заранее медсестрой о возможных проблемах;
- случаев воспаления операционной раны не отмечено, процесс заживления протекал без особенностей;
- больные выписаны с предоставлением полной информации о дальнейшем уходе и профилактике развития осложнений;
- пациенты активно включены в процесс лечения, ухода и реабилитации.

По результатам исследования были разработаны практические советы для больных с СДС и специальная домашняя аптечка с зеркалом для поиска язв на труднодоступных местах стоп. Практические советы были объединены в памятку, в которую вошли «запрещающие» и «разрешающие» правила. Памятка выдается каждому пациенту с СДС, а также больным СД, поступившим в хирургическое отделение с гнойно-некротической патологией. Специальная аптечка по уходу за нижними конечностями проста в оснащении и позволяет даже пожилым пациентам вовремя выявить повреждения на малодоступных для обозрения участках кожи конечностей.

Таким образом, уровень сестринского ухода повышается, а повторные случаи обращения в лечебные профилактические учреждения снижается. За это говорят выше представленные данные, а также проведенные исследования и опрос на базе ЛПУ. Информированность граждан повысилась после проведенных бесед, и

осведомлённостью пациентов некоторыми рекомендациями.

Таким образом, в ходе написания дипломной работы было проведено изучение особенностей деятельности медицинской сестры за пациентами с синдромом диабетической стопы. Для этого были изучены теоретические аспекты реабилитации пациентов при синдроме диабетической стопы, проанализированы данные, полученные при анкетировании, разработаны адаптированные рекомендации для пациентов по первичной профилактике СДС. Многочисленные исследования показывают, что междисциплинарный подход, ранняя диагностика и обучение пациента может значительно уменьшить количество больных с синдромом «диабетической стопы» и ампутаций при его осложнениях. Считается, что медицинская помощь должна быть направлена на первичный уход, который включает в себя: скрининг, выявление факторов риска, диагностику, разработку программ для работы с пациентами.

Библиографический список

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 Типа: проблемы и решения. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.;
2. Майоров А. Ю., Суркова Е. В. Сахарный диабет 1 Типа. - М.: Перспектива, 20017.;
3. Бреговский В.Г., Зайцев А. А. Поражение нижних конечностей при сахарном диабете. - М., 2018.;
4. Дедов И.И., Удовиченко О. В., Галстян Г.Р. Диабетическая стопа /Практическая медицина. - М, 2019.;
5. Славин Л. Е., Годжаев Б.Н., Анчикова Л.И. Синдром диабетической стопы / Практическая медицина. - 2018. - № 27. - С. 54-57;
6. Оболенский В. Н., Семенова Т. В., Леваль П.Ш., Плотникова А. А. Синдром диабетической стопы в клинической практике /Русский медицинский журнал. - 2018. - № 2. - С. 45.;
7. Храмин В.Н., Демидова И. Ю. Синдром диабетической стопы: Методическое пособие для самоподготовки слушателей циклов усовершенствования врачей. - М., 2019. - 54 с.;
8. Российская ассоциация эндокринологов, Московская ассоциация хирургов. Синдром диабетической стопы: клинические рекомендации. - М., 2019. - 46 с.;
9. Абаев Ю. К. «Многокомпонентные перевязочные средства в лечении гнойных ран» / Ю. К. Абаев, В.Е. Капуцкий, А. А. Адарченко, хирургия 2020 № 10 с. 69-71;
10. Алешкина М. Ю. Основы сестринского дела: справочник / М. Ю. Алешкина, Н.А. Гуськова, О. П. Иванова, С. В. Науменко, А.М. Спринц, И.Н. Филиппова, Е.П. Шатова; под ред. А.М. Спринца. – СПб.: Спец Лит, 2019.-463 с.;
11. Барыкина Н. В. Сестринское дело в хирургии: учебное пособие для студ., обучающихся в мед.училищах и колледжах / Барыкина Н. В., Зарянская В.Г.; под общ. Ред. Б.В. Кабарухина. - 5-е изд.- Ростов н/Д.: Феникс, 2019.- 448 с.;
12. Бураковский В.И. Сердечно-сосудистая хирургия / В.И. Бураковский, Л.А. Бокерия. М: Медицина 2018. – 749 с.;
13. Ван Дамм Х. Болезнь Бюргера в Бельгии / Х. Ван Дамм / Ангиология и

сосудистая хирургия. 2018.- Т. 7, № 3. – С. 75-82.;

14. Ефименко Н. А. Руководство по общей хирургии / Н. А. Ефименко, В. Е. Розанов, П. Н. Зубарев. – М.: Медицина, 2020. – 752 с.;

15. Баурова Л.В. Теория и практика сестринского дела в хирургии: Учебное пособие / Л.В. Баурова. - изд. 2-е. – М.: Лань, 2019. – 320 с.;

16. Кузнецов Н. А. Операционный риск: принятие решений / Н. А. Кузнецов. – М.: Литерра, 2019. – 65 с.;

17. Удовиченко О. В. Диабетическая стопа / О. В. Удовиченко, Н.М. Грекова. – М.: Практическая медицина, 2019. – 272 с.

Шутова Сати Талыбовна

Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

31.02.01 Лечебное дело, 3 курс

Научный руководитель - преподаватель физкультуры Заговалко А.А.

E-mail: sati.assss.sbbbbb@mail.ru

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

На данный момент определение здорового образа жизни имеет разностороннее представление. И поэтому мы можем подвести его к таким понятиям как профилактика заболеваний, образ жизни, который способствует поднять уровень иммунитета, а также он является неотъемлемой частью в укреплении здоровья.

На сегодняшний день в нашем мире происходит развитие технического процесса, вследствие чего нарушается экология, загрязняются воздух и водоёмы, и это затрудняет формирование здорового образа жизни. И с каждым днём факторов, наносящих вред здоровью людей, становится всё больше.

В формировании здорового образа жизни играют роль многие составляющие – это доступность медицинского обслуживания населения, проведение профилактических мероприятий, доступность спортзалов и уличных спортивных площадок, так же немало важным компонентом является агитация здорового образа жизни, например, введение в школах специализированных уроков или курсов, направленных на пропаганду активного и правильного образа жизни.

Любое государство имеет цель - сохранение и защиту здоровья своих граждан, но без помощи самих граждан ему не обойтись. Если люди стремятся заниматься спортом, правильно питаться, отказываться от вредных привычек, это меняет их в первую очередь, как личность, с которой нужно брать пример.

В каждой структуре есть свои принципы формирования. Для актуальности данной темы, следует соблюдать правила, рассмотренные ниже.

1. Психологическая стабильность.

Это способность выносить большие нагрузки и преодолевать усталость, сохранять уверенность в себе. Эта черта характера обеспечивает человеку быструю адаптацию к новым условиям, достижение высоких спортивных результатов,

продвижение по карьерной лестнице.

2. Рациональное распределение труда и отдыха.

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

3. Отказ от вредных привычек.

Ваши вредные привычки – это ваши препятствия на пути к здоровой жизни. Отказ от них – самый первый и существенный шаг к оптимизации жизни. Нужно признать свои слабости, которыми могут являться не только курение или алкоголь, но и чрезмерное употребление кофе, шоколада, непунктуальность и прочее.

4. Правильное и сбалансированное питание.

Правильно составленный рацион повышает способность организма к сопротивлению негативным факторам окружающей среды, способствует сохранению здоровья, активного долголетия, сопротивлению утомляемости и высокой работоспособности.

5. Здоровый сон.

Во время правильно протекающего сна организм восстанавливает силы, потраченные на дневную активность. Именно поэтому здоровый человек просыпается с ощущением свежести и прилива сил.

6. Соблюдение личной гигиены.

Соблюдение правил личной гигиены способствует избежать многих инфекционных заболеваний. Чистоплотность спасает от кишечных заболеваний, индивидуальные средства гигиены (носовые платки, полотенца, одежда) спасут от воздушно-капельных и кожных заболеваний.

Начинать приобщение к здоровому образу жизни, конечно же нужно с детского и подросткового возраста. Сохранение здоровья детей и подростков является приоритетом, так как в детстве формируется личность, психика, тело человека, а также от юной половины нашей страны зависит здоровье нации.

В формировании здорового образа жизни главенствующую позицию занимает семья, но к ним на помощь приходят школа, спортивные секции, кружки, ведь для создания благоприятной среды для ребенка, эти группы следует объединить, для усиления эффекта.

Факт того, что семья играет основную роль в создании ребенка, как личности, это неоспоримо, так как дети перенимают поведение своих родителей и родственников, и в зависимости его окружения, он приобретает определенные качества.

Если близкие люди имеют множество вредных привычек, не занимаются спортом и ведут аморальный образ жизни, то есть вероятность того, что ребенок унаследует данные качества. Но также может быть и обратная ситуация, семья регулярно занимается спортом, придерживается здорового образа жизни, правильного питания и т.д., тогда шанс того, что ребенок вырастет в социально-здоровом окружении возрастает. Но ни один из этих факторов не даёт гарантии, что ребёнок вырастет именно таким, потому что своё окружение, увлечения, хобби и занятия он выбирает самостоятельно, что в последующем является немало важным показателем.

В первую очередь для этого необходимо иметь фундамент. Что в него входит:

1. Эффективные методы информационно- просветительской деятельности.

Методы будут эффективны, если пользоваться средствами массовой информации, так же для детей и подростков можно применять их в качестве кино, мультфильмов, спортивных и современных игр.

2. Формирование благоприятной среды.

Состояние окружающей среды должно обеспечивать экологическую безопасность и никаким образом не влиять на здоровье человека.

3. Формирование культуры здорового и безопасного образа жизни.

Должны быть определенные нормы поведения, которые обеспечивают сохранение и укрепление физического развития, психики, и индивидуального развития ребенка.

4. Проведение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни.

Интересно проведенное мероприятие будет являться ориентиром для школьников и подростков. На такие встречи можно приглашать людей, которые на своём жизненном пути сталкивались с большими трудностями, но, собравшись с силами, смогли это преодолеть.

5. Стабильная психологическая атмосфера.

Она будет служить генератором новых идей, не даст человеку сомневаться в себе, а так же будет побуждать его на активные действия.

Подводя итог выше сказанному, хочется сделать следующий вывод: активно занимайтесь физической деятельностью, следите за своим эмоциональным состоянием, создавайте красоту не только снаружи, но и внутри себя, пробуйте новые увлечения, и конечно же, берегите здоровье!

Библиографический список

1. Айзман, Р. И. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие.

2. Гурьев, С.В. Физическое воспитание детей дошкольного и младшего школьного возраста: учебно-методическое пособие / С.В.Гурьев. – Москва.

3. Закоркина Н.А. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие / Н.А.Закоркина. — Омск: Издательство ОмГПУ, 2019. — 146 с.

Мирзоев Нусратшо Гайратшоевич
Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 2 курс
Научный руководитель:
Перечкина Наталья Григорьевна, методист
umk08metod@mail.ru

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является важной проблемой современной медицины. Этим заболеванием страдают приблизительно 10% населения земного шара. В России на диспансерном учёте находится около 3 млн. таких больных. Согласно отчётам МЗ РФ, в последние годы доля пациентов с впервые выявленной язвенной болезнью в России возросла с 18 до 26%.

Проблемы язвенной болезни определяется тем, что она является основной причиной инвалидности 68% мужчин, 30,9% женщин от числа всех страдающих заболеваниями органов пищеварения.

Цель работы: проанализировать факторы риска, влияющие на развитие язвенной болезни желудка и меры профилактики.

Практическая значимость: полученные в ходе работы результаты могут быть использованы в дальнейшей работе медицинского брата/сестры. Результаты исследований помогут правильно организовать профилактическую работу медицинской сестры и изменить состояние информированности населения о болезни, оказания профилактики больным с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки (рисунок 1) [9].

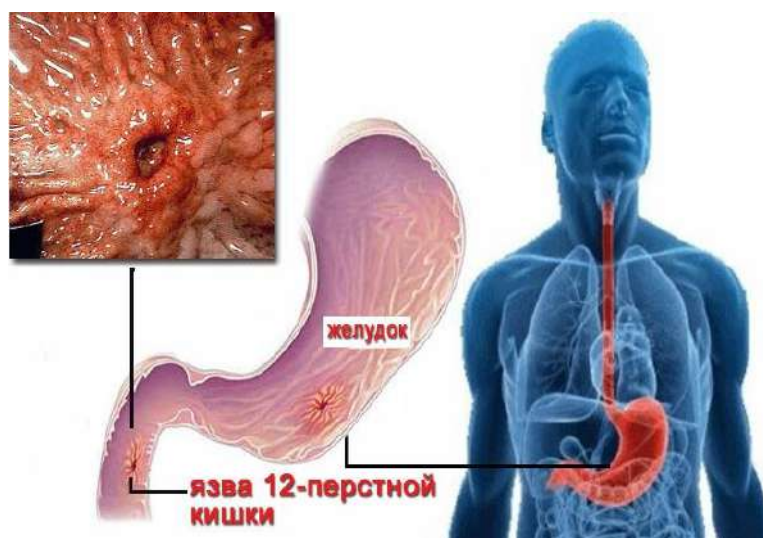


Рисунок 1 - Язва желудка и двенадцатиперстной кишки

В зарубежной литературе для обозначения этого заболевания обычно используют термины «язва желудка» или «язва двенадцатиперстной кишки», а также «пептическая язва». В отечественной литературе термином «пептическая язва» чаще обозначают язвенные поражения пищевода («пептическая язва пищевода») или оперированного желудка («пептическая язва анастомоза»), обусловленные пептическим действием желудочного сока на слизистую оболочку [10].

Основные причины язвенной болезни представлены на рисунке 2.



Рисунок 2 – Причины язвенной болезни

До недавнего времени считалось, что основную роль в патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки играет повышенная секреция соляной кислоты слизистой желудка. При этом, ученые не могли объяснить тот факт, что в некоторых случаях язва развивалась на фоне сниженной секреции кислоты. Факторами, предрасполагающими к патологическому повышению выделения соляной кислоты считались хронический стресс, неправильное питание, психологические перегрузки, злоупотребление табаком и алкогольными напитками и пр. Считалось, что все эти факторы негативно воздействуют на гипоталамические центры регулирующие ритмы секреции желудка, что в свою очередь приводит к повышению выделения соляной кислоты и пепсина, которые разрушают стенки желудка и двенадцатиперстной кишки [13].

Однако в 1984 г. было опубликовано сообщение об обнаружении особого вида бактерии населяющих слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки больных язвенной болезнью. В 2005 г. авторам статьи австралийским ученым Барри Маршаллу и Робину Уоррену была присуждена Нобелевская премия, за открытие бактерии *Helicobacter pylori* и ее роли в патогенезе язвенной болезни. На данный момент инфекция *H. Pylori* считается основным этиопатогенетическим фактором не только язвенной болезни, но и хронического гастрита (тип В). В 1994 г. *H. Pylori* был назван экспертами ВОЗ канцерогеном «номер 1» в отношении развития рака желудка [14].

Предполагается, что *H. Pylori* в определенной степени может способствовать прогрессированию атеросклероза и сопутствующих ему заболеваний (ишемической болезни сердца, инсульту головного мозга), а так же повышает риск функциональных заболеваний кровеносных сосудов (синдром Рейно).

Бактериальная инфекция *H. Pylori* очень распространена, и ее можно иметь, даже не подозревая об этом, потому что инфекция обычно не вызывает никаких симптомов.

До сих пор не известно, почему у некоторых людей *H. Pylori* становится причиной язвы, тогда как у большинства людей она язву не вызывает [7].

В целом патогенез язвенной болезни стоит рассматривать как динамический процесс, в котором главную роль играет нарушение баланса между факторами защиты и факторами агрессии слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, в пользу последних. Как уже говорилось выше, хеликобактериоз является основным фактором провоцирующим язвообразование. Установлено, что *H. Pylori* оказывает не только прямое разрушительное действие на слизистую желудка через колонизацию клеток, стимуляцию избыточного выделения соляной кислоты и формирования аутоиммунного воспаления, но и снижает функцию защитных систем слизистой: снижает выделение слизи содержащей бикарбонаты, нарушает процессы микроциркуляции в слизистой оболочке [4].

Однако, одной хеликобактерной инфекцией патогенез язвенной болезни не исчерпывается. Существует ряд внутренних и внешних факторов предрасполагающих к возникновению язвенной болезни. Присутствие таких факторов, в некоторых случаях, и определяет восприимчивость организма к *H. Pylori*, так как далеко не во всех случаях носительство этой инфекции вызывает развитие язвы.

К предрасполагающим факторам относятся: несбалансированное питание, употребление очень горячих или очень холодных продуктов, алкоголизм, курение, хронические заболевания внутренних органов (холециститы, панкреатиты, гепатиты), хронический стресс [3].

Признаки язвы желудка и кишечника носят разнообразный характер и проявляются не сразу и не одновременно. Первые характерные приметы проявления подобных заболеваний начинаются еще на ранней стадии и ошибочно принимаются многими людьми за несерьезные функциональные расстройства органов пищеварения. На ранней стадии симптоматика размытая, многие признаки сходны, но быстрое излечение еще возможно, если болезнь вовремя диагностирована. Длительный процесс развития заболеваний поначалу проявляется от случая к случаю, эпизодически, примерно 1-2 раза в год. Будущий пациент гастроэнтеролога, не придавая этому особого внимания, не обращается за врачебной помощью, хотя общее ухудшение состояния прогрессирует постоянно и неуклонно, и это связано с поражением все новых участков [6].

Безответственное отношение к своему здоровью приводит к тому, что признаки язвы двенадцатиперстной кишки или желудка приобретают ярко выраженный характер, и наступает стадия болезни, на которой не реагировать уже невозможно.

Заболевание носит рецидивирующий характер. Это значит, что язва может обостряться, как большинство болезней, весной или осенью. Симптомы при язве следующие: боли в желудке; тошнота; рвота; вздутие; неприятная отрыжка кислым; слабость; потеря массы тела; постоянная изжога; тяжесть после еды; бледность кожных покровов; нарушения стула (рисунок 4) [3].

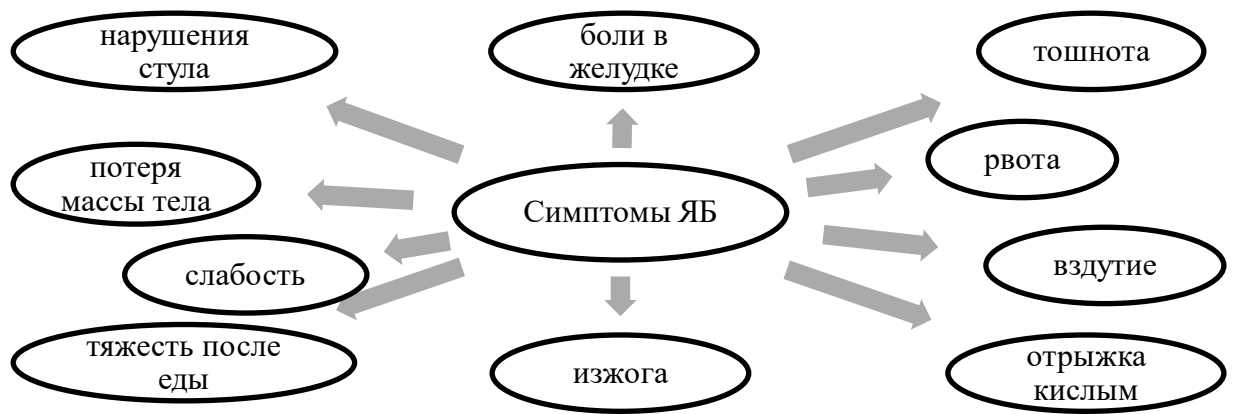


Рисунок 3 – Симптомы язвенной болезни

Иногда при язвенной болезни развиваются угрожающие жизни осложнения: пенетрация, перфорация (прободение), кровотечение и сужение (стеноз) пилородуоденального отдела желудка.

Язвы часто осложняются кровотечением, даже если они не вызывали болей. Симптомами язвенного кровотечения могут быть рвота ярко-красной кровью или красно-коричневой массой частично переваренной крови, которая напоминает кофейную гущу, и появление черного дегтеобразного кала. При очень интенсивном кровотечении в стуле может появляться алая кровь. Кровотечение может сопровождаться слабостью, головокружением, потерей сознания. Пациента необходимо срочно госпитализировать.

Язвы двенадцатиперстной кишки и желудка могут повреждать стенку этих органов насквозь, образуя отверстие, ведущее в брюшную полость. Возникает боль — внезапная, интенсивная и постоянная. Она быстро распространяется по всему животу. Иногда человек чувствует боль, которая усиливается при глубоком дыхании. Симптомы менее интенсивны в пожилом возрасте, а также у людей, принимающих кортикостероиды или у очень тяжело больных. Повышение температуры тела указывает на развитие инфекции в брюшной полости. При не оказании медицинской помощи развивается шок (резкое падение артериального давления). При перфорации (прободении) язвы требуется операция.

Язва может разрушить всю мышечную стенку желудка или двенадцатиперстной кишки и проникнуть в смежный орган, например печень или поджелудочную железу. Это осложнение называется — пенетрация язвы.

Отек воспаленных тканей вокруг язвы или рубец после предыдущих обострений болезни могут сузить выход из желудка (пилородуоденальный отдел) или просвет двенадцатиперстной кишки. При таком виде непроходимости часто возникает неоднократная рвота, выделяются большие объемы пищи, съеденной за многие часы до этого. Отмечается чувство переполнения желудка после еды, вздутие живота и отсутствие аппетита — наиболее частые симптомы нарушения проходимости. Со временем частая рвота ведет к потере веса, обезвоживанию и нарушению равновесия минеральных веществ в организме. Лечение язвы в большинстве случаев уменьшает непроходимость, но тяжелые нарушения проходимости могут потребовать эндоскопического или хирургического вмешательства.

Диагностика язвенной болезни представляет собой комплексный процесс.

Процесс диагностики ЯБ можно условно разделить на три этапа (рисунок 6) [5].

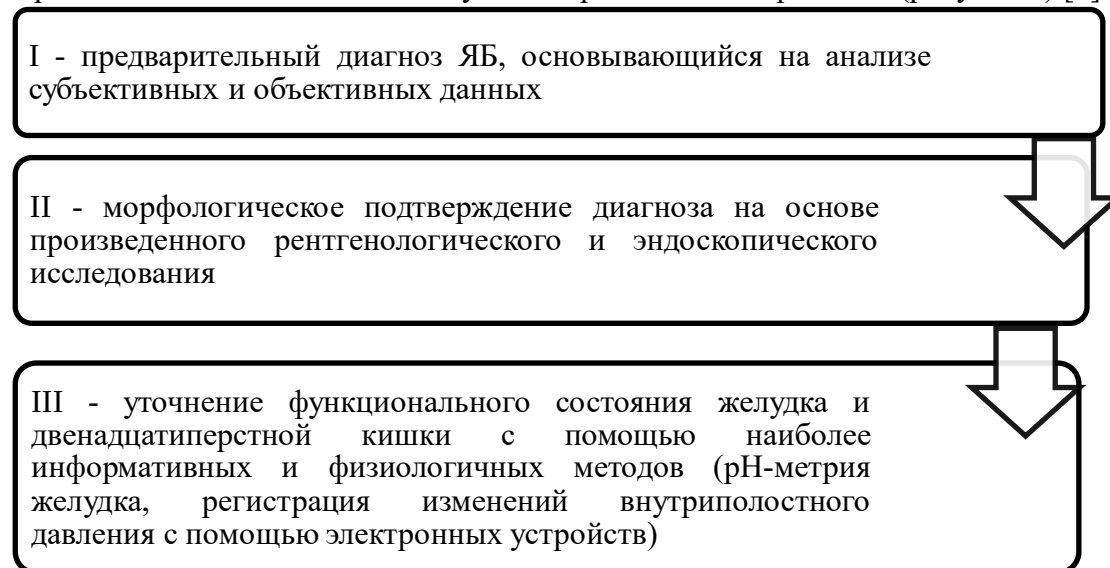


Рисунок 4 - Этапы диагностики

Лечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки почти одинаковое, зависит оно от причины возникновения заболевания и степени, размера раны, возраста пациента и других индивидуальных особенностей.

Стандартная процедура лечения заключается в устранении причин, спровоцировавших болезнь; медикаментозной терапии; соблюдении режима питания; физиотерапии; хирургическом вмешательстве (рисунок 5) [8, 14].



Рисунок 5 – Методы лечения язвенной болезни

Медикаментозные препараты подбираются с учетом того, чтобы подавить избыточную выработку соляной кислоты. Другая группа средств назначается для обеспечения защитной пленки слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. При наличии болезнетворного микроба назначаются антибиотики и антациды, которые способны его уничтожить [11].

Среди студентов Уссурийского филиала КГБ ПОУ «ВБМК» было проведено анкетирование (51 студент), на знание ими факторов, способствующих возникновению ЯБЖ.

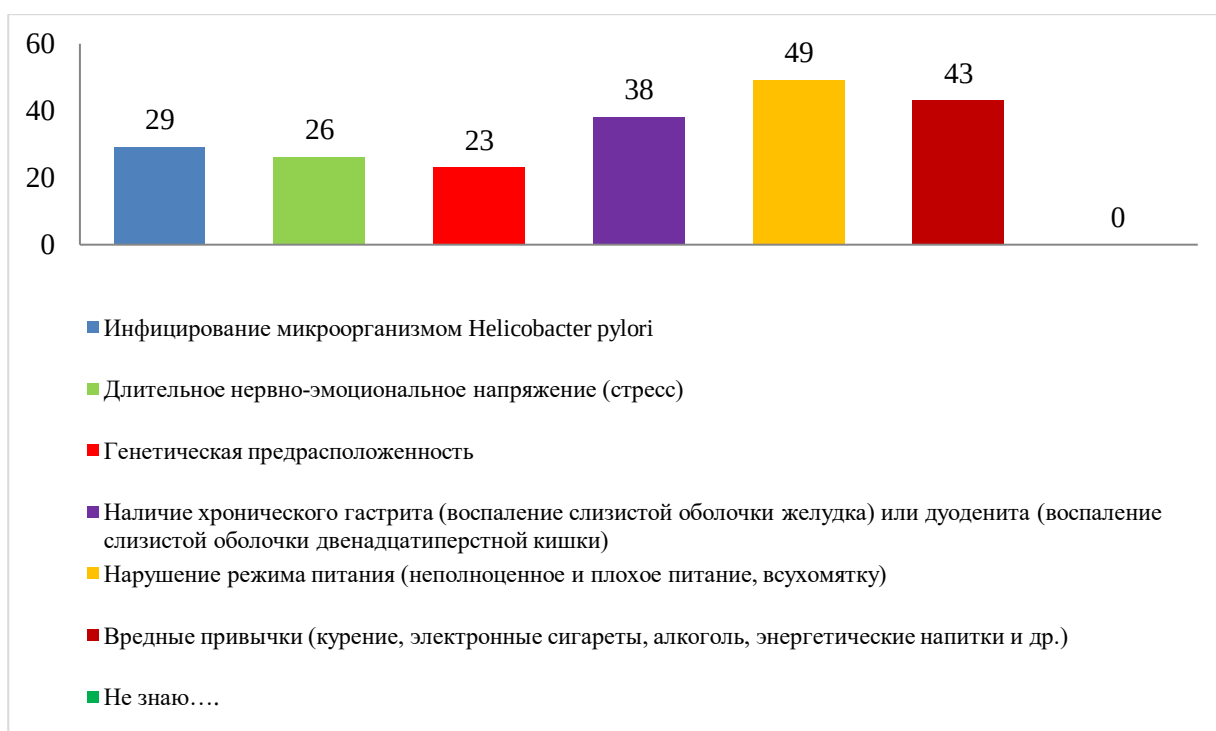


Рисунок 6 - Ответ на вопрос «Какие факторы способствуют возникновению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки»

Как видно, большинство студентов считают что основной фактор – это нарушение режима питания, вредные привычки и наличие хронического гастрита.

Также был задан вопрос о мерах профилактики ЯБЖ (рисунок 7).



Рисунок 7 - Меры профилактики

Большинство студентов ответили, что основными мерами профилактики является правильное питание, отказ от вредных привычек, регулярное прохождение медицинского осмотра, правильное питание.

Следует отказаться от курения. Курение воздействует на защитный барьер слизистой оболочки желудка, делая его более восприимчивым к развитию язв. Табакокурение также увеличивает кислотность желудочного сока и замедляет заживление слизистой.

Также необходимо исключить употребление алкоголя. Злоупотребление алкоголем может вести к раздражению и разъеданию слизистой оболочки желудка, вызывая появление воспаления и кровотечения.

Таким образом, основной и самой главной профилактикой заболеваний органов пищеварения, является ведение здорового образа жизни. Сюда относятся отказ от вредных привычек (курение, алкоголь и прочие), регулярные занятия физической культурой, исключение гиподинамии (вести подвижный образ жизни), соблюдение режимов труда и отдыха, полноценный сон и другое. Очень важно полноценное, сбалансированное, регулярное питание, которое обеспечивает поступление в организм нужных веществ (белки, жиры, углеводы, минералы, микроэлементы, витамины), наблюдение за индексом массы тела. Также считаем целесообразным выделить рекомендации по предотвращению заболевания ЯБЖ, которые заключаются в ежегодных медицинских осмотрах, даже если ничего не беспокоит. После 40 лет рекомендовано ежегодно проводить ультразвуковое исследование органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопию. И ни в коем случае нельзя запускать заболевание, при появлении симптомов обращаться к врачу, а не заниматься самолечением или только народной медициной.

Подводя итог можно сделать вывод, что язвенная болезнь достаточно распространенное заболевание. В последние годы наблюдается положительная динамика общей заболеваемости язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, но уровень смертности по этому классу заболевания по-прежнему высокий. Опрос студентов подтвердил влияние неправильного питания, стрессов и вредных привычек на развитие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Библиографический список

1. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 02.06.2010 № 415н. - Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12077149/>
2. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.11.2012 г. № 773н. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902385296>
2. Анохина, Г.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника / Г.А.Анохина. - М.: Кворум, 2016. - 166 с.
3. Валенкевич, Л.Н. Болезни органов пищеварения: руководство по гастроэнтерологии для врачей / Л.Н.Валенкевич, О.И.Яхонтова. - СПб.: Издательство

ДЭАН, 2017. – 655 с.

4. Диагностика язвы желудка и двенадцатиперстной кишки: как проходит [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://zhivotu.net/diagnostika-yazvy-zheludka-i-dvenadczatiperstnoj-kishki/>

5. Ивашкин, В.Т. Клинические рекомендации и алгоритмы. Гастроэнтерология. / Под ред. В.Т.Ивашкина. - М.: Волга Медиа, 2019. - 64 с.

6. Карпова, Т.А. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки / Т.А.Карпова. - М.: АСТ, 2016. - 128 с.

7. Клинические рекомендации. Язвенная болезнь / Российская гастроэнтерологическая ассоциация. Российское общество колоректальных хирургов. – 2019.

8. Логинов, А.С. Болезни кишечника / А.С.Логинов, А.И.Парфенов. - М.: Медицина, 2019. - 632 с.

9. Рысс, Е. Болезни органов пищеварения / Е.Рысс, Б.И.Шулудко. - СПб: Ренкор, 2020. - 288 с.

10. Стилиди, Е.И. Язвенная болезнь 12п. кишки [Электронный ресурс] / Е.И.Стилиди / krasotaimedicina. – Режим доступа: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_gastroenterologia/duodenal_ulcer

11. Терапия язвенной болезни. [Электронный ресурс] / ruslekar. - Режим доступа: <http://ruslekar.com>

12. Чернин, В.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки / В.В.Чернин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2016. - 528 с.

13. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [Электронный ресурс] / gemotest. – Режим доступа: <https://gemotest.ru/info/spravochnik/zabolevaniya/yazvennaya-bolezn-zheludka-i-dvenadtsatiperstnoy-kishki/>

Филиппова Светлана Викторовна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель Горелова Нина Петровна
E-mail: bmk.06@mail.ru

ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ

Тема, касающаяся пищевых добавок, очень актуальна в наше время. Внимание потребителей чаще уделяется качеству продукта и его виду. Большая часть пищевых продуктов прежде, чем попасть на прилавок, проходит переработку в условиях пищевого производства. На данном этапе продукту придают определенные качества (вид, вкус, срок годности).

Чтобы получить эти качества пищевому продукту в него дополнительно вводят вещества, называемые "пищевые добавки".

Пищевые добавки - это вещества, вводимые в небольших количествах в пищевые продукты для того, чтобы предохранить продукт от порчи, улучшить вкусовые качества, внешний вид пищи.

Ежедневно практически любой человек на земном шаре использует с продуктами питания хотя бы одну из самых популярных пищевых добавок-соль, перец, сахар, лимонную кислоту.

Спрос современного потребителя на пищевую продукцию с привлекательными цветом и запахом обеспечивают ароматизаторы, консерванты.

Можно утверждать и то, что каждый человек с пищей или водой получает несколько граммов чужеродных веществ, которые не относятся к пищевым. Но определенный вклад вносят и пищевые добавки. С расширением знаний о пище и совершенствованием технологий производства продуктов питания росло и использование пищевых добавок. Потребность в них выросла в связи с увеличением спроса на более питательные продукты.

Использование пищевых добавок актуально с целью повышения конкурентоспособности продукции. В большинстве случаев добавки вносятся для улучшения потребительских свойств продуктов питания.

Введение любых новых пищевых добавок должно иметь соответствующее обоснование. Оно может быть оправданным при отсутствии других возможностей выпуска доброкачественной продукции с сохраненными природными свойствами и соответственно пищевой ценности. При использовании пищевых добавок должен соблюдаться принцип: «как бы ни было экономически выгодно применение пищевой добавки, она может быть внедрена в практику только при условии полной безвредности для здоровья населения». Под безвредностью понимается не только отсутствие токсических и канцерогенных свойств, но и мутагенных, влияющих на воспроизводство потомства.

Особенное внимание должно быть обращено на то, чтобы исключить использование соответствующих добавок для маскирования свойств недоброкачественного сырья, порчи его или готового продукта.[2]

Таким образом, применение пищевых добавок довольно жестко регламентируется. Однако экспансия производителя, стремление добиться успеха на рынке создают определенное давление, результат которого - постоянное увеличение числа используемых добавок. В настоящее время их количество превысило несколько сотен наименований.

Цель: изучение влияния пищевых добавок на здоровье человека.

Задачи:

1. Изучить литературу по заданной теме.
2. Выявить уровень информированности населения г. Биробиджана по данной проблеме.
3. Изучить состав продуктов питания наиболее часто покупаемых населением.
4. Сделать вывод.

Предмет: пищевые добавки.

Объект: влияние пищевых добавок на здоровье человека.

Гипотеза: мы предполагаем, что большая часть опрошенного населения города Биробиджана знает о возможном пагубном влиянии пищевых добавок на организм и

перед покупкой изучает их состав.

Методы исследования: анализ литературы, интернет источники, опрос, исследование состава продуктов.

История пищевых добавок насчитывает не одно тысячелетие, с самых давних времен люди искали способы улучшить вкус пищи, ее запах и цвет, и для этого служили самые разные добавки, включая такие привычные нам вещества. как уксус, сахар, соль, а также некоторые природные красители. Например, в Древнем Риме для стабилизации вина использовали сернистую кислоту, а в восточных странах различные пряности.

В 20 веке, с развитием такой науки как пищевая химия добавки стали преимущественно искусственными. В 30-е годы 20 века добавки начали активно изучать, производить и использовать в пищевой промышленности, в том числе и в СССР, возлагая на них особые ожидания. В частности, добавки были призваны не только хранить продукты при транспортировке и улучшать вкус, но и стать основой для создания продуктов, которые почти не будут портиться.

Переломным моментом в истории развития пищевых добавок стал 1953 год, когда Европейский Союз разработал нынешнюю систему маркировки добавок, постановив, что они должны быть обязательно указаны на упаковке любого продукта, а их название должно начинаться с буквы Е, что означает всего лишь "Европа". Что же касается цифр, которые есть в названии каждой добавки, то они показывают, к какой группе относится данный вид и обозначает ту или иную добавку. При этом если добавка имеет кодировку, например "Е385", это означает, что она прошла контроль безопасности и соответствует всем критериям безопасных для здоровья продуктов.

В Советском Союзе эту систему маркировки узаконили к 1978 году. Примерно тогда же было выделено 45 классов пищевых добавок, среди которых 23 считаются основными.

Ученые всего мира постоянно ищут новые виды добавок, более безопасных для здоровья человека. На исследования влияния добавок на человеческий организм во всем мире ежегодно тратятся миллионы долларов.

Классификация пищевых добавок

Специалисты приписывают пищевым добавкам около 50 различных функций. Можно выделить 11 больших групп добавок:

- питательные добавки (природные компоненты пищи);
- добавки, сохраняющие свежесть;
- добавки, облегчающие переработку или изготовление;
- консерванты;
- приправы;
- красители;
- уплотнители (текстуранты);
- подсластители
- наполнители;
- добавки, позволяющие снизить калорийность пищи, и прочие.

Роль пищевых добавок

Внешний вид продуктов играет определяющую роль при их покупке. От аппетитно выглядящих яств мы ожидаем и нежного вкуса. Для создания таких ощущений пищевая индустрия и разработала специальные добавки. Вводя в состав продукта красители, ароматизаторы, усилители вкуса, производитель добивается значительного улучшения его соответствующих качеств. Для продления срока годности в ход идут консерванты и антиокислители. Для придания и фиксации у продукта заданной консистенции во время производства используются стабилизаторы и эмульгаторы. Различными же витаминами, минеральными веществами и подсластителями добиваются увеличения питательной ценности пищевых изделий.

Пагубно влияющие на организм пищевые добавки

Каждая пищевая добавка влияет на организм человека индивидуально. Все зависит от организма человека.

1. Вызывают расстройство пищеварения: E221-226, E320-322, E338-341, E407, E450-453, E461, E463, E465, E466.
 2. Вредны для кишечника: E220-E224, E154, E343, E626-635.
 3. Вредны для почек и печени: E171-173, E220, E302, E320-322, E510, E518.
 4. Повышают холестерин: E320, 466, 471.
 5. Провоцируют приступы астмы: E102, E107, E122-124, E155, E211-214, E217-227.
 6. Вызывают аллергические реакции: E131, E132, E160, E210, E214, E217, E230-232, E239, E311-313.
 7. Влияют негативно на кожу, вызывают сыпь: E151, E160, E230-233, E239, E310-312, E907, E951.
 8. Повышают артериальное давление: E154, E250, E251.
 9. Влияет на ход беременности и развитие плода: E233.
- Провоцируют рост опухолей: E103, E105, E121, E123, E125, E126, E130, E131, E143, E152, E210, E211, E213-217, E230, E240, E249, E252, E280-283, E330, E447, E954.

Запрещенные в РФ пищевые добавки

Не смотря на то, что пищевые добавки улучшают его вид и вкусовые качества часть из них запрещена к использованию в пищевой промышленности РФ.

1. Синтетический краситель E121 (цитрусовый красный). Представляет собой ядовитое вещество, является канцерогеном. Провоцирует развитие онкологических заболеваний, негативно влияет на дыхательную и мочеполовую системы.
2. Искусственный краситель E123 (амарант). Признан канцерогеном согласно результатам тестовых испытаний. Повышает риск образований опухолей злокачественного характера, способствует появлению внутриутробных пороков плода и задерживает его развитие.
3. Искусственный краситель E128 (красный 2G). Канцероген. Действует на нервную систему: вызывает нарушение координации, памяти, состояние общего недомогания.
4. Консервант E216 (пропилпарабен). Сильнейший аллерген. Вызывает рак груди у женщин и бесплодие у мужчин.
5. Консервант E217 (натриевая соль). Противопоказана для людей, страдающих астмой, аллергией. Вызывает головную боль, нарушение функций пищеварения, способствует росту злокачественных новообразований.

6. Консервант Е240 (формальдегид). Провоцирует появление онкологических болезней, в частности – носоглотки.

7. Улучшитель хлебопекарный Е924а (бромат калия). Канцероген. Оказывает токсическое действие на мочевыделительную систему.

8. Улучшитель хлебопекарный Е924b (бромат кальция). Токсичен для слизистых оболочек и кожного покрова человека, вызывает стремительный рост злокачественных опухолей

Организация и проведение исследования

Практическая часть состоит из двух частей:

1.анкетирование населения

2.изучение состава товаров часто приобретаемых населением.

Мы провели анкетирование среди 40 человек ,15 из которых студенты Биробиджанского медицинского колледжа ,остальные пациенты ОГБУЗ областная поликлиника.

Анкетирование населения

Анкета представлена в приложение А.

На 1 вопрос анкеты «Укажите ваш пол» ответы представлены на рисунке 1.

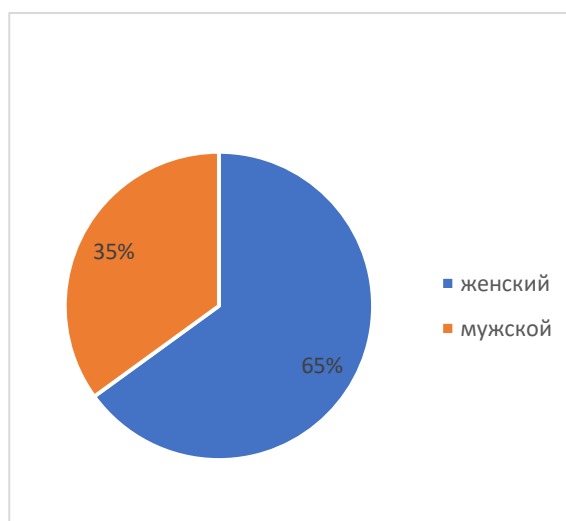


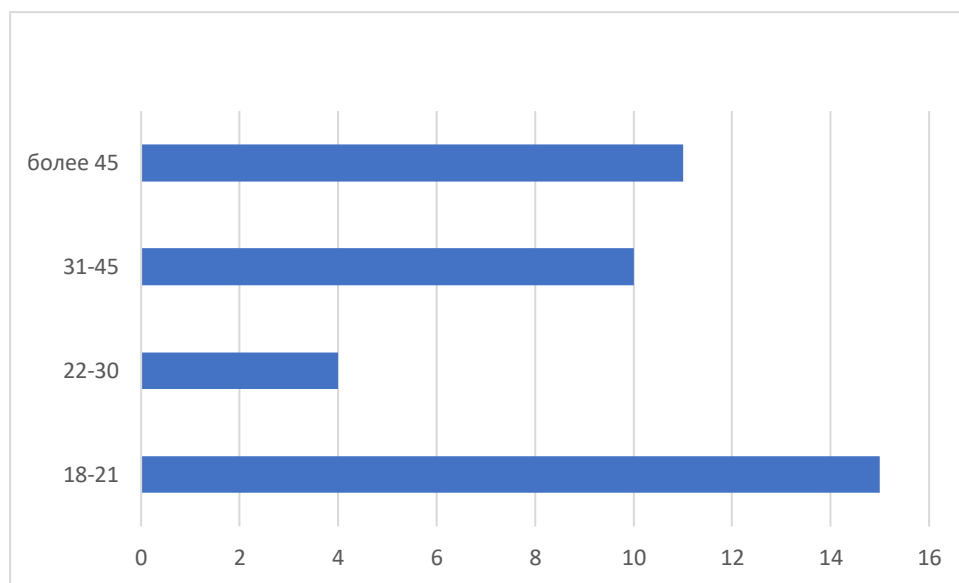
Рисунок 1. Укажите ваш пол

На вопрос «Укажите ваш пол» респонденты ответили так: 65% женский пол, 35% мужской пол

Вывод: Большая часть опрошенных лица женского пола

На 2 вопрос « Ваш возраст» ответы представлены на рисунке 2.

Рисунок 2. « Ваш возраст»



На вопрос «Ваш возраст» респонденты ответили так : 15 человек в возрасте 18-21 год , 11 человек в возрасте более 45 лет ,10 человек в возрасте 31-45 лет ,4 человека в возрасте 22-30 лет

Можно сделать вывод, что в анкетировании приняли участие все возраста.

На 3 вопрос анкеты «Какие продукты вы покупаете чаще всего?» ответы представлены на рисунке 3.

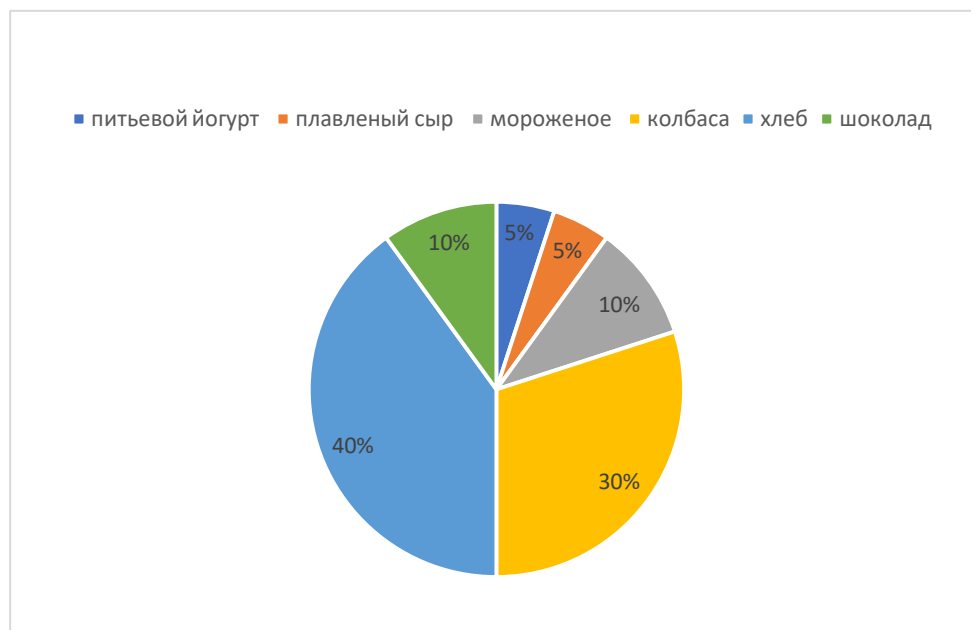


Рисунок 3. « Какие продукты вы покупаете чаще всего»

На вопрос « Какие продукты вы покупаете чаще всего ?» ответили так: 40% ответили хлеб ,30% колбасу ,10% мороженое ,10% шоколад,5% плавленый

сыр, 5%питьевой йогурт.

Вывод: Самыми популярными для покупки продуктами среди опрошенных стали: хлеб, шоколад, колбаса мороженое плавленый сыр, питьевой йогурт.

На 4 вопрос анкеты «Знаете ли вы, что такое пищевые добавки?» ответы представлены на рисунке 4.

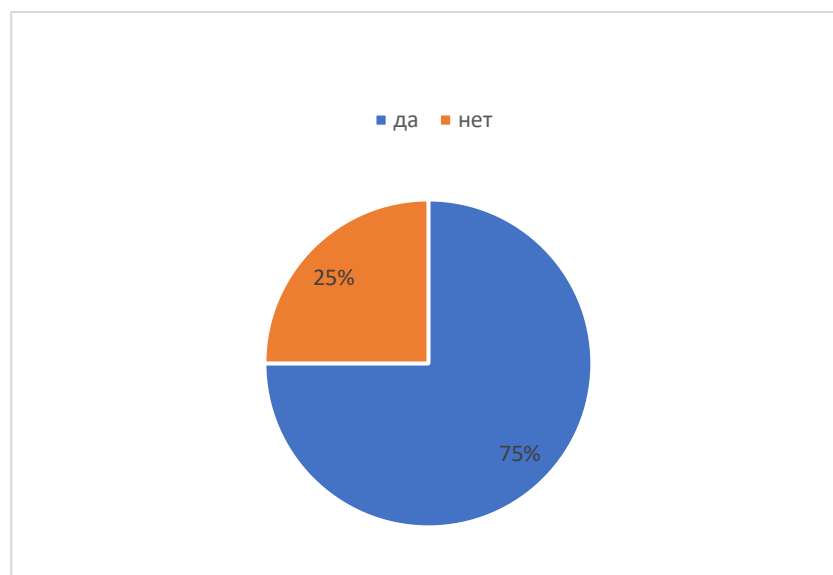


Рисунок 4. « Знаете ли вы, что такое пищевые добавки»

На вопрос « Знаете ли вы, что такое пищевые добавки»? ответили так:
75% да, 25% нет

Можно сделать вывод, что большая часть знает что такое пищевые добавки.

На 5 вопрос анкеты « Какое по вашему мнению они оказывают влияние на организм?» ответы представлены на рисунке 5.

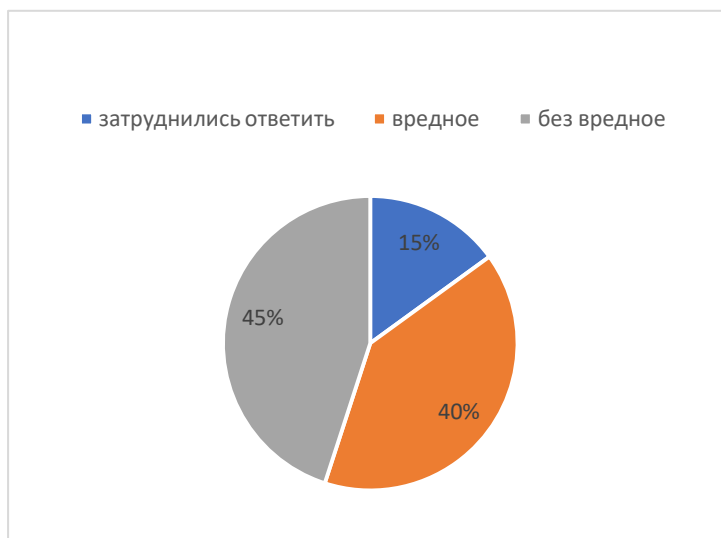


Рисунок 5. « Какое, по вашему мнению, они оказывают влияние на организм?»

организм?»

На вопрос «Какое по вашему мнению они оказывают влияние на организм?» ответы были такими: 40% вредное, 45% положительное, 15% затруднились ответить.

Вывод: большая часть населения считают влияние пищевых добавок как вредное так и безвредное.

На 6 вопрос анкеты «При покупке продуктов обращаете ли вы внимание на их состав?» ответы представлены на рисунке 6.

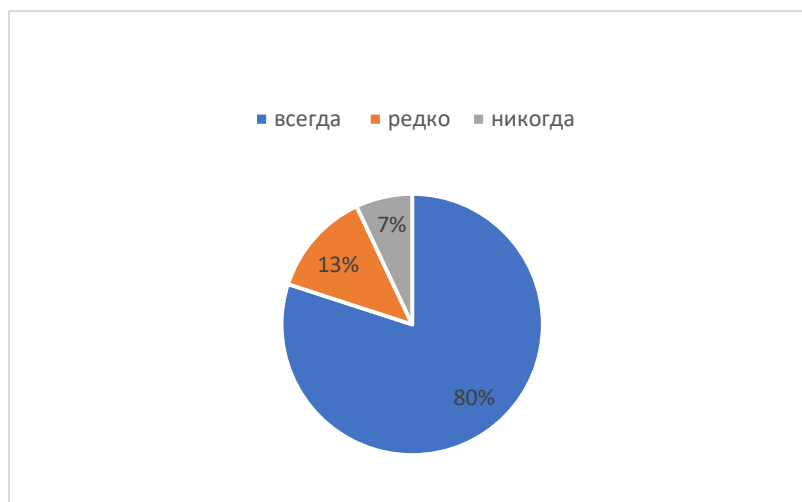


Рисунок 6. «Покупая продукты обращаете ли вы внимание на их состав?»

На вопрос «Покупая продукты обращаете ли вы внимание на их состав?» ответы были такими: 80% всегда обращают внимание, 13% редко, 7% никогда не обращают внимание на их состав.

Вывод: Большая часть опрошенных всегда обращают внимание на состав покупаемого продукта.

На 7 вопрос анкеты, «Какие самые популярные пищевые добавки вы знаете?» ответы представлены на рисунке.

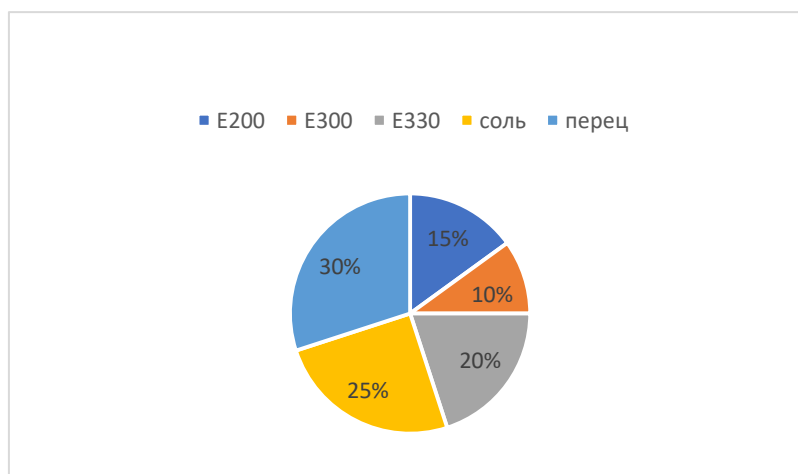


Рисунок 7. «Какие самые популярные пищевые добавки вы знаете?»

На вопрос «Какие самые популярные пищевые добавки вы знаете?» ответы были такими: 30% перец, 25% соль, 20% E330, 15% E200, 10% E300.

Вывод: Большая часть респондентов знают о разных пищевых добавках.

На 8 вопрос анкеты, «С какими пищевыми добавками вы сталкиваетесь чаще всего?» ответы представлены на рисунке 8.

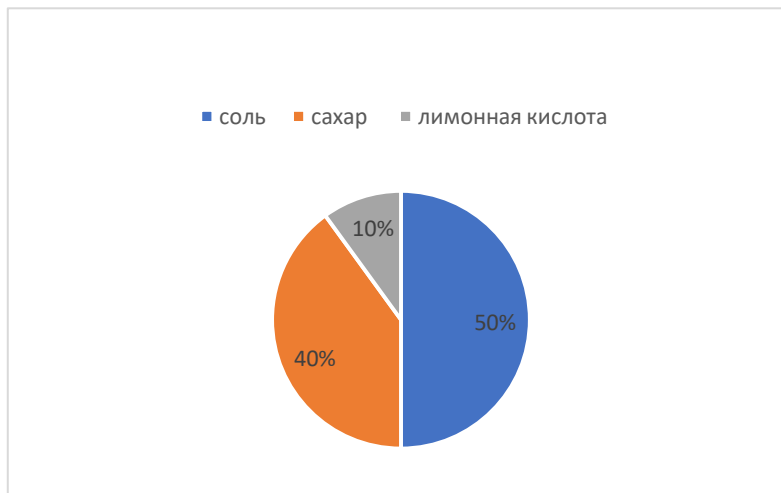


Рисунок 8. «С какими пищевыми добавками вы сталкиваетесь чаще всего?»

На вопрос «С какими пищевыми добавками вы сталкиваетесь чаще всего?» ответы были такими: 50 % соль, 40% сахар, 10% лимонная кислота.

Вывод: чаще всего респонденты встречаются с пищевыми добавками соль, сахар, лимонная кислота.

На 9 вопрос анкеты «Опасаетесь ли вы вреда наносимого пищевыми добавками?» ответы представлены на рисунке 9.

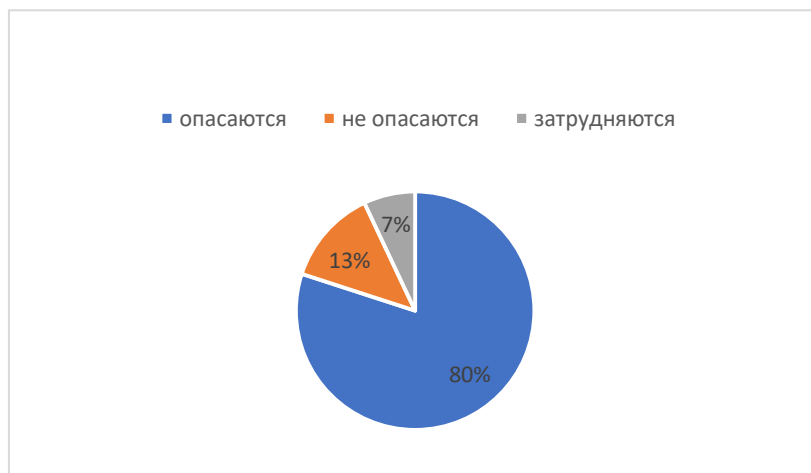


Рисунок 9. «Опасаетесь ли вы вреда наносимого пищевыми добавками?»

На вопрос «Опасаетесь ли вы вреда наносимого пищевыми добавками?» ответы были такими: 80% опасаются вреда наносимого пищевыми добавками поэтому всегда проверяют состав продукта перед покупкой, 13% не опасаются, 7% затруднились.

Вывод: большая часть населения опасаются вреда наносимого пищевыми добавками так как всегда проверяют состав продукта при покупке.

На 10 вопрос анкеты «хотите ли вы больше знать о пищевых добавках» ответы представлены на рисунке 10.



Рисунок 10. «Хотите ли вы больше знать о пищевых добавках?»

На вопрос «Хотите ли вы больше знать о пищевых добавках?» ответили так: 70% хотели бы больше знать о добавках, 5% затруднились с ответом, 25% не хотели бы больше знать о пищевых добавках.

Вывод: Среди населения есть люди которые хотели бы больше знать информации о пищевых добавках.

По результатам проведенного анкетирования выяснилось, что большинство людей информированы о пищевых добавках, изучают состав продукта перед покупкой, но не смотря на это есть и те кто не знают о пищевых добавках и не смотрят состав продукта перед покупкой.

Поэтому мы делаем вывод, что тему пищевых добавок нужно развивать.

2.3. Контрольная закупка и изучение состава товаров на содержание пищевых добавок (по информации производителя на этикетке) наиболее популярных у населения продуктах питания

Контрольную закупку и изучение состава товаров на содержание пищевых добавок я провела по тем продуктам, которые употребляют в пищу население чаще обычного (по результатам анкетирования), нами были закуплены: Йогурт

Питьевой Фермерское подворье Злаки 2,5%, Сыр плавленый Hochland Сэндвич нарезка 45%, Мороженое пломбир ванильное, Колбаса Изумительная люк, Хлеб белый из муки в/с, Шоколад молочный Милка с фундуком.

Изучение товаров проводилась по определенному алгоритму:

наименование товара

масса

изготовитель

состав

калорийность

срок годности

наличие пищевых добавок.

предупреждение об опасности

товар 1:

Наименование: Йогурт Питьевой Фермерское подворье Злаки 2.5%

Масса: 0,5 мл

Изготовитель: Благовещенский ЗМП

Состав: Молоко цельное, молоко обезжиренное, сахар-песок, молоко сухое обезжиренное, йогуртная закваска, бифидобактерии.

Калорийность: 78 кКал

Срок годности: 14 суток

Наличие пищевых добавок: сахар-песок

Предупреждение об опасности: отсутствует

Вывод: В питьевом йогурте Фермерское подворье злаки запрещённые пищевые добавки не используются.

Товар 2:

Наименование: Сыр плавленый Hochland Сэндвич нарезка 45%

Масса: 150 гр

Изготовитель: ООО "Хохланд Руссланд".

Состав: сыр полутвердый, масло сливочное, сухое молоко обезжиренное, концентрат молочного белка, пищевая добавка эмульгаторы (E331, E339, E452), консервант сорбиновая кислота, соль поваренная, вода питьевая.

Калорийность: 284 ккал

Срок годности: 180 дней

Наличие пищевых добавок: эмульгаторы (E331- натриевая соль лимонной кислоты, E339-фосфат натрия, E452-полифосфат), консервант сорбиновая кислота, соль поваренная.

Предупреждение об опасности: отсутствует

Вывод: В плавленом сыре Hochland Сэндвич запрещенные пищевые добавки не используются.

Товар 3:

Наименование: Мороженое пломбир ванильное

Масса: 70 гр

Изготовитель: ООО «ЧИСТАЯ ЛИНИЯ»

Состав: молоко коровье цельное – 60,7%, молоко цельное сгущенное с сахаром – 12% (молоко цельное, молоко обезжиренное, сахароза, лактоза), сливки натуральные – 8,0%, масло сливочное – 8,0%, сахар – 6,8%, молоко сухое обезжиренное – 2,0%, глюкозный сироп – 2,0%, комплексная пищевая добавка – 0,4% (эмульгатор моно- и диглицериды жирных кислот, стабилизаторы: гуаровая камедь, камедь рожкового дерева, камедь тары, каррагинан), ароматизатор натуральный ваниль – 0,1%. Может содержать следы глютена.

Калорийность: 200 ккал

Срок годности: 1 год

Наличие пищевых добавок: эмульгатор моно- и диглицериды жирных кислот, стабилизаторы: гуаровая камедь, камедь рожкового дерева, камедь тары, каррагинан), ароматизатор натуральный ваниль, сахар, лактоза

Предупреждение об опасности: отсутствует

Вывод: В мороженом пломбир ванильное присутствуют запрещенные пищевые добавки не используются.

Товар 4:

Наименование: Колбаса Изумительная люкс

Масса: 350 гр

Изготовитель: ИП Мамедов

Состав: мясо птицы, шпик, вода питьевая, крахмал, фиксатор окраски E250, пряности, загустители E419 E425, стабилизатор E450 E451, усилитель аромата E621, сахар, краситель кармин.

Калорийность: не более 350 ккал

Срок годности: 60 дней

Наличие пищевых добавок: фиксатор окраски E250, пряности, загустители E419 E425, стабилизатор E450 E451, усилитель аромата E621, сахар, краситель кармин

Предупреждение об опасности: отсутствует

Вывод: В колбасе Изумительная люкс запрещенные пищевые добавки не используются.

Товар 5:

Наименование: Хлеб белый из муки в/с

Масса: 300 гр

Изготовитель: ООО «Невада»

Состав: Мука пшеничная в/с, вода питьевая, масло растительное, сахар-песок, соль, дрожжи

Калорийность: не указана

Срок годности: 24 часа

Наличие пищевых добавок: присутствует

Предупреждение об опасности: отсутствует

Вывод: В белом хлебе из муки в/с присутствуют пищевые добавки. Запрещенные пищевые добавки не обнаружены.

Товар 6:

Наименование: Шоколад молочный Милка с фундуком

Масса: 85 гр

Состав: Сахар, масло какао, какао тертое, фундук обжаренный дробленый, молоко сухое цельное, сыворотка сухая молочная, молоко сухое обезжиренное, жир молочный, эмульгаторы (лецитин соевый, E476), паста ореховая (фундук), ароматизатор. Содержит фундук, молочные продукты, лецитин соевый. Может содержать следы арахиса, других орехов и пшеницы.

Калорийность: 535 ккал

Срок годности: 9 месяцев

Наличие пищевых добавок: добавки эмульгаторы (лецитин соевый, E476), ароматизатор

Предупреждение об опасности: отсутствует

Вывод: В молочном шоколаде Милка с фундуком запрещенные пищевые добавки не используются.

Вывод: все товары «контрольной закупки» содержат пищевые добавки, но не содержат в себе вредные или запрещенные на территории РФ пищевые добавки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учебно-исследовательская выполнена на тему «Пищевые добавки как фактор влияющий на здоровье населения РФ». Материал, содержащийся в кработе, позволяет изучить: историю появления пищевых добавок, их классификацию, роль пищевых добавок, какие пищевые добавки пагубно влияют на организм человека, запрещенные в РФ пищевые добавки.

Актуальностью изучения темы является то что сегодня практически не осталось продуктов питания, где бы ни использовались пищевые добавки. Они окружают нас в повседневной жизни, мы потребляем продукты, но не знаем, какое воздействие они могут оказать на организм. После изучения теоретического материала и проведения практической части в виде анкетирования населения и изучения состава продуктов часто потребляемых населением можно сделать ряд выводов:

Во-первых, после изучения теоретического материала я узнала, что пищевые добавки- это вещества, добавляемые в технологических целях в пищевые продукты в процессе производства, упаковки, транспортировки или хранения для придания им желаемых свойств, например, определённого аромата (ароматизаторы), цвета (красители), длительности хранения (консерванты), вкуса, консистенции и так далее. В строгом смысле слова соль и перец тоже ими являются. Для регулирования всех пищевых добавок и информирования потребителей, каждой добавке присваивается уникальный номер, называемый «номером Е», который используется в Европе для всех пищевых добавок. В связи с увеличением количества добавок был расширен диапазон маркировки. Сейчас Европейским союзом ежегодно утверждаются и добавляются в список разрешенных для использования в пищевой промышленности несколько добавок. Такие добавки после индекса Е содержат код больше 1000, например E1422. За многолетнюю историю пищевые добавки показали свою полезность и эффективность в улучшении качества продуктов, увеличении срока

их хранения, повышении вкусовых и других характеристик. Конечно есть ряд добавок, которые не совсем положительно влияют на организм, но тем не менее нельзя игнорировать и их пользу. Например, широко применяемая в мясо -колбасной промышленности добавка E250 (нитрит натрия), препятствует развитию опаснейшего заболевания - ботулизма.

На территории России использование пищевых добавок контролируется национальными органами Роспотребнадзора и нормативными актами и санитарными правилами. В Российской Федерации разрешено применение пищевых добавок зарегистрированных в соответствии с требованиями санитарного законодательства и с соблюдением всех требований законодательства в сфере технического регулирования, что гарантирует их безопасность. Во-вторых, после анкетирования населения города Биробиджана и изучения состава продуктов, наиболее часто приобретаемых респондентами можно утверждать, что большинство людей информированы о пищевых добавках, изучают состав продукта перед покупкой, но не смотря на это есть и те кто не знают о пищевых добавках и не смотрят состав продукта перед покупкой.

Все продукты питания « контрольной закупки» содержат пищевые добавки: консерванты, ароматизаторы, усилители вкуса, антиокислители, загустители, эмульгаторы.

В-третьих, выявила, что все продукты питания, которые содержат пищевые добавки имеют большой срок хранения.

В-четвертых, мною был составлен буклет на тему «Пищевые добавки» приложение Б.

Теперь можно сказать, что все поставленные задачи решены. Поставленная цель курсовой работы достигнута, гипотеза о том, что мы предполагаем, что большая часть опрошенного населения города Биробиджана знает о возможном пагубном влиянии пищевых добавок на организм и перед покупкой изучает их состав – подтверждена.

Будникова Татьяна Семёновна
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Преподаватель инфекционных заболеваний Дорофеев В.А.
E-mail: budnikova-1703@mail.ru

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – это острая вирусная природно-очаговая болезнь, характеризующаяся избирательным поражением эндотелия мелких сосудов и капилляров, протекающая с интоксикацией, развитием геморрагических проявлений и своеобразного почечного синдрома, определяющего тяжесть болезни.

Актуальность данного заболевания обусловлена широтой распространения, отсутствием тенденции к снижению заболеваемости, тяжестью патологического

процесса с поражением почек, большим количеством осложнений и отсутствием этиотропного лечения и вакцины против данного заболевания.

Этой проблеме должно быть уделено особое внимание, прежде всего, из-за тяжелого течения, с возможностью развития инфекционно – токсического шока, острой почечной недостаточности и частыми летальными исходами.

Учитывая опасность данного заболевания для человека, является важным рассмотрение его в моей исследовательской работе.

Цель работы: определение роли фельдшера в диагностике и лечении геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Исходя из поставленной цели, поставлены следующие задачи:

1. Изучить и проанализировать теоретический материал по данной теме.
2. Уметь выявлять осложнения у больных с ГЛПС.
3. Рассмотреть и проанализировать клинический случай больного с ГЛПС.
4. Определить принципы и методы диагностики ГЛПС на догоспитальном этапе.
5. Сделать вывод по данной теме.

Гипотеза: знание фельдшером принципов диагностики геморрагической лихорадки с почечным синдромом, умение выделять основные диагностические критерии заболевания позволяют своевременно поставить диагноз, назначить в соответствии с выставленным диагнозом соответствующее лечение, в том числе на догоспитальном этапе, и добиться благоприятного исхода заболевания.

Объектом исследования является: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

Предмет исследования: роль фельдшера в диагностике и лечение геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Методы исследования:

1. Научно – теоретический анализ литературы.
2. Анализ истории болезни пациента.
3. Наблюдение.
4. Описание.
5. Сравнение.

В результате изучения научной литературы и интернет источников установлено, что возбудителем данного заболевания является хаантан вирус, который был выявлен из легких полевой мыши, а также пуумала вирус, резервуаром которого является рыжая полевка.

Вирус Hantaan в основном циркулирует в природных очагах Дальнего Востока России, Южной Кореи, КНДР, Китая, Японии.

Вирус Puumala обнаружен в Финляндии, Швеции, России, Франции, Бельгии.

Установлено, что основными путями заражения являются:

воздушно-пылевой, это когда возбудитель вместе с бактериальным аэрозолем, который содержит продукты жизнедеятельности зверей, через верхние дыхательные пути попадает в легкие человека с последующей диссеминацией через кровь в другие органы;

пищевой путь передачи происходит при употреблении продуктов, которые не подвергались термической обработке (капуста, морковь и др.), загрязненных

инфицированными грызунами. Передачи инфекции от человека к человеку не происходит;

контактно-бытовой путь передачи через поврежденные кожные и слизистые покровы, при соприкосновении с грызунами или инфицированными объектами внешней среды (хворост, солома, сено и т.п.).

В процессе изучения данного заболевания, так же можно выделить основные клинические проявления, которые указывают на ГЛПС – это глазные симптомы (сетка перед глазами, рассеянность перед глазами); геморрагическая сыпь в виде полос, напоминающая «удары хлыста»; полиурия, которая сменяется анурией.

Основными методами диагностики ГЛПС по данным литературы и интернет источников являются сбор эпидемиологического анамнеза, данные физикального обследования, ПЦР тест, который позволяет выделить вирус РНК в крови, а также ОАМ, ОАК И БАК.

При осуществлении диагностики инфекционных заболеваний следует руководствоваться следующими основными принципами:

индивидуальный дифференцированный подход к каждому больному с учетом пола, возраста, профессии пациента, наличия или отсутствия у него сопутствующих заболеваний, вредных привычек, сведений о приеме лечебных препаратов, в первую очередь антибиотиков, анальгетиков и сильнодействующих средств;

учет и анализ всех составляющих эпидемического процесса;

приоритет клинических методов диагностики над лабораторными и инструментальными.

Индивидуальный дифференцированный подход к каждому больному.

Пол больного при диагностике ГЛПС особой роли не играет, за исключением того факта, что мужчины чаще болеют этим заболеванием в силу своей профессиональной деятельности.

Значительно чаще на течение ГЛПС и ее прогноз оказывает возраст больного, который необходимо в обязательном порядке учитывать при постановке диагноза. Общеизвестно, что дети и пожилые люди переносят инфекционные заболевания в более тяжелой форме, у них чаще регистрируются атипичные формы болезней и возникают различные осложнения и хроническое течение. В основном это объясняется особенностями иммунитета в этих возрастных группах больных. У детей он еще полностью не сформирован, а у пожилых людей защитные механизмы организма ослаблены из-за наличия сопутствующих заболеваний, воздействия на организм на протяжении всей жизни стрессов, неблагоприятных профессиональных, экологических и других факторов.

Молодые, лица среднего возраста физически и эмоционально развитые чаще болеют манифестными формами ГЛПС, то есть протекающими типично. У них реже возникают осложнения, а также переход болезни в хроническое течение.

Лечение при ГЛПС должно быть комплексным, при этом приоритет должен принадлежать патогенетической терапии.

Подтверждены необходимость следования принципам диагностики и лечения инфекционных заболеваний при оказании медицинской помощи больным ГЛПС, а также умение фельдшера выделять основные и вспомогательные диагностические критерии.

Роль фельдшера при оказании доврачебной медицинской помощи регламентируется федеральными нормативными актами.

В должностные обязанности фельдшера входит:

оказание лечебно-профилактической и санитарно-профилактической помощи; первой неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях;

умение диагностировать типичные случаи наиболее часто встречающихся заболеваний и назначать лечение, используя при этом современные методы терапии и профилактики заболеваний, а также выписывать рецепты;

оказывать доврачебную помощь, помогать врачу при операциях и сложных процедурах, принимать нормальные роды;

осуществлять текущий санитарный надзор, организовывать и проводить эпидемиологические мероприятия;

организовывать и проводить диспансерные наблюдения за различными группами населения (дети; подростки; беременные; участники и инвалиды воин; пациенты, перенесшие острые заболевания; пациенты, страдающие хроническими заболеваниями);

организовывать и проводить профилактические прививки детям и взрослым;

осуществлять экспертизу временной нетрудоспособности;

обеспечивать хранение, учет и списание лекарственных средств, соблюдение правил приема лекарственных препаратов пациентами;

вести медицинскую учетно-отчетную документацию;

проводить санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

При обращении больного с ГЛПС фельдшеру необходимо:

поставить диагноз;

оценить тяжесть состояния больного и его транспортабельность;

обеспечить обязательную госпитализацию больного в стационарное учреждение;

выбрать способ транспортировки больного (санитарная машина, реанимобиль, санитарная авиация);

проконсультировать больного со специалистами инфекционной больницы по мобильной связи;

отправить экстренное извещение об инфекционном больном;

при необходимости начать оказание неотложной помощи.

Профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом должна быть общегосударственной и личной.

Общегосударственная:

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ГЛПС представляет собой постоянное динамическое наблюдение за эпидемическим процессом, включая мониторинг заболеваемости, слежение за циркуляцией возбудителя, оценку ситуации, прогнозирование и контроль эффективности проводимых мероприятий.

Проводить санитарно-просветительную работу среди населения.

Личная профилактика:

При уборке подсобных помещений, гаражей, погребов и других работах с большим количеством пыли (снос старых строений, погрузка сена, соломы, травы,

разборка штабелей досок, брёвен, куч хвороста, уборка помещений и т. п.) рекомендуется надевать ватно-марлевую повязку из 4-х слоев марли и резиновые перчатки. Во время работ не следует принимать пищу, курить. Те же меры личной профилактики применяются при перевозке и складировании сена, соломы, заготовке леса, переборке овощей и др.

Не захламлять жильё и подсобные помещения, дворовые участки, особенно частных домовладений, своевременно вывозить бытовой мусор.

Исключить возможность проникновения грызунов в жилые помещения и хозяйственные постройки.

Категорически запрещается употреблять в пищу подпорченные или загрязненные грызунами продукты. Вода для питья должна быть кипяченой. Пищевые продукты следует хранить в недоступных для грызунов местах.

Ни в коем случае нельзя прикасаться к живым или мертвым грызунам без рукавиц или резиновых перчаток.

Горожанам, имеющим дачные и садовые участки, весной и осенью необходимо:

Обеспечить грызунонепроницаемость в загородных домах, сооружениях в целях исключения условий для проникновения и обитания в них грызунов;

Приобретать и раскладывать готовые отравленные приманки или другие средства борьбы с грызунами в жилых помещениях, на прилегающих к домам территориях, садовых участках или заключать договора с организациями дезинфекционного профиля для проведения профилактических дератизационных мероприятий;

Двукратно, весной и осенью проводить дератизацию на всех объектах садово-дачного кооператива, товарищества и прилегающей к нему территории (сплошная дератизация);

Проводить дератизацию по границе садово-дачного кооператива, товарищества на создаваемых защитных полосах шириной 200-500 м с целью предупреждения миграции грызунов (барьерная дератизация);

Весной перед началом дачного сезона в первый приезд в пустовавший дом необходимо сразу же провести проветривание садового домика, открыв при этом окна и двери. В ясный день вытащить и просушить на солнце матрацы, одеяла, подушки и прочие вещи в течение 2-3 часов, так как солнечный свет убивает вирус. При осуществлении работ на участке, связанных с пылеобразованием, обязательно надевать марлевую повязку. Проведите дератизационные мероприятия вокруг вашего дома или садового участка (разложите приманки для уничтожения грызунов). Вымойте всю посуду горячей водой с применением моющих и дезинфицирующих средств или прокипятите её. Проведите обязательно влажную уборку дома с применением хлорсодержащих препаратов, (3% раствор хлорамина, хлорная известь). Чтобы исключить заражение, все эти работы нужно проводить в четырёхслойной марлевой повязке и перчатках. По окончании работ повязку и перчатки необходимо сжечь.

При посещении леса необходимо:

Избегать ночевки в стогах сена, скирдах соломы, шалашах, заброшенных строениях;

Во время ночевки в лесу выбирать сухие, не заросшие кустарником участки, не использовать для подстилок прошлогоднее сено или солому;

При ночевке в палатке необходимо хорошо прикрывать все щели, через которые

могут проникнуть грызуны.

Хранить продукты в хорошо закрываемой таре, недоступной для грызунов, посуду и пищу не раскладывать на траве, пнях, использовать для этих целей клеенку. Не употреблять воду из открытых водоисточников, родников предварительно не прокипятив ее.

При сборе хвороста, заготовке дров в лесу, других работах, связанных с возгонкой пыли, пользоваться перчатками и увлажненной 4-х слойной марлевой повязкой;

Соблюдать правила личной гигиены (мыть руки перед едой), не ловить и не брать в руки грызунов или их трупы, не брать грязными руками за мундштук сигареты.

Для надежного предупреждения заражения ГЛПС необходимо проводить истребление грызунов всеми доступными средствами на территории дач, садов, частных построек и т. д. Используя отравленные приманки, надо помнить о безопасности людей и особенно детей. Поэтому размещать их надо в укромных труднодоступных местах. Приобретая приманки, необходимо обратить внимание на наличие четкой инструкции по использованию и наличие государственной регистрации препарата

В то же время по анализу клинического случая отмечены определенные недостатки, как на догоспитальном этапе, так и при стационарном лечении.

Позднее обращение больного указывает на недостаточное знание населения первых признаков ГЛПС и ее опасности для здоровья и жизни человека. Это является следствием недостаточной санитарно-просветительной работы с населением.

В процессе написания научной работы использовались методы: научно-теоретический анализ литературы, анализ истории болезни пациента, наблюдение, описание, сравнение.

Цель курсовой работы: определение роли фельдшера в диагностике и лечении геморрагической лихорадки с почечным синдромом – достигнута.

Задачи курсовой работы выполнены.

Высказанная в курсовой работе гипотеза о том, что знание фельдшером принципов диагностики геморрагической лихорадки с почечным синдромом, умение выделять основные диагностические критерии заболевания позволяют своевременно поставить диагноз, назначить в соответствии с выставленным диагнозом соответствующее лечение, в том числе на догоспитальном этапе, и добиться благоприятного исхода заболевания – в основном подтверждена.

Библиографический список

1. Казанцев А.П. Справочник по инфекционным болезням / А.П. Казанцев. - М.: Медицина, 1985. -356 с.
2. Покровский В.И. Руководство по инфекционным болезням / Лобан К.М. - М.: Медицина, 1986. – 216 с.
3. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.infectology.ru/nosology/infectious/viral/hlps.aspx>
4. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vkryshtal.com/articles/health/g3.php>
5. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом [Электронный

ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>

6. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://probolezny.ru/gemorragicheskaya-lihoradka-s-rochechnym-sindromom/>

7. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/2018/16173>

Лебёдка Полина Денисовна,
г. Биробиджан,
ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 4 курс
Научный Руководитель –
преподаватель Куклева Т.В.
Lebedka413730@mail.ru

ДИАГНОСТИКА ОСТЕОМИЕЛИТА И ЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКА

По данным ряда авторов, хронический остеомиелит составляет 7-12% в структуре заболеваний, относящихся к гнойно-хирургической инфекции и до 6% среди патологии опорно-двигательного аппарата, инвалидизация при этом достигает 50-90%. Рост травматизма приводит к росту посттравматического остеомиелита. Широкое внедрение оперативных методов лечения закрытых переломов костей, а также заболеваний опорно-двигательного аппарата, привел к росту послеоперационных осложнений, одним из которых является послеоперационный остеомиелит.

Несмотря на то, что патогенез остеомиелита понятен и изучен достаточно хорошо, данное заболевание считается одним из самых трудноизлечимых в хирургии, несмотря на достижения современной медицины. По-прежнему велико число осложнений и рецидивов. Заболевание может протекать десятилетиями, пациенты могут перенести множество операций, но всё равно возвращаются на лечение.

Проблема лечения хронического остеомиелита не теряет своей актуальности в ортопедии, несмотря на достижения современной медицины. Это связано со значительной распространенностью заболевания, особенностями патогенеза, тяжестью и длительностью течения патологического процесса, сложностью профилактики, диагностики и лечения, резистентностью микрофлоры к антибиотикам, высоким выходом больных на инвалидность, а также высокой стоимостью лечения.

Цель работы:

- Выявить численность заболевания остеомиелитом среди пациентов травматологического отделения ОГБУЗ «Областная больница» и раскрыть меры профилактики, для пациентов травматологического отделения.

Задачи:

- Изучить и проанализировать теоретический материал по данной теме;
- Составить анкету и провести исследование среди пациентов травматологического отделения;

- Проанализировать полученные результаты;
- Сделать выводы по проведенной нами работе;
- Разработать один из видов санпросвет работы по данной теме.

Объект исследования:

- Диагностика и профилактика остиомиелита.

Предмет исследования:

- Пациенты травматологического отделения

Гипотеза: мы предполагаем, что пациенты травматологического отделения не достаточно информированы о профилактике остеомиелита.

Остеомиелит – это тяжелый инфекционно-воспалительный процесс, поражающий все элементы кости. Под термином «остеомиелит» в настоящее время понимают неспецифическое гнойное или гнойно-некротическое поражение костной ткани (остит), костного мозга (миелит), надкостницы (периостит) и окружающих мягких тканей.

Основными путями проникновения инфекции в костную ткань являются:

- Гематогенный – патогенные микроорганизмы из какого-либо источника инфекции (например, фурункулов, кариозных зубов, воспалительных очагов в деснах, миндалинах или придаточных пазухах, легких, мочеполового тракта и др.) с током крови проникают в костную ткань, приводя к развитию остеомиелита. Воспалительный процесс начинается с внутренних слоев кости – в первую очередь поражается костный мозг, губчатое вещество кости. В последующем процесс переходит на компактное вещество (наружный плотный слой кости) и надкостницу. Данный вид остеомиелита часто встречается в детском возрасте. Особенностью костной ткани у детей является ее обильное кровоснабжение. В большинстве случаев остеомиелит развивается в зонах роста костей (метафизах). При этом чаще поражаются длинные (большеберцовая, бедренная или плечевая) кости конечностей ребенка. У взрослых гематогенный остеомиелит, как правило, поражает тело позвонков.
- Прямое инфицирование костной ткани может наблюдаться при открытых переломах, обширных, глубоких ранах. Посттравматический остеомиелит развивается вторично после открытых переломов. Особую группу составляет остеомиелитическое повреждение костей после ДТП, спортивных травм, огнестрельных и минно-взрывных ранений, поскольку в характере перелома играет роль обширное поражение окружающих тканей. При этом возникает не только дефицит костной, но и мягких тканей с образованием больших дефектов. В некоторых случаях данным путем может происходить проникновение патогенных бактерий при различных хирургических ортопедических вмешательствах.
- Инфицирование из близлежащих гнойных очагов (контактный путь) – патогенные бактерии проникают в костную ткань из длительно существующих гнойно-воспалительных очагов в окружающих мягких тканях. Данная форма в основном встречается у взрослых. В процесс обычно вовлечена одна кость, но иногда наблюдается поражение нескольких участков. Экзогенное распространение инфекции от сопредельных зараженных тканей или открытых ран вызывает около 80% случаев остеомиелита и часто имеет полимикробный характер. Факторами риска у взрослых являются мужской пол, пожилой возраст, истощение, ослабленный иммунитет,

длительный прием глюкокортикоидов, гемодиализ, серповидноклеточная анемия (наследственное заболевание, которое характеризуется образованием патологического белка гемоглобина в эритроцитах) и употребление инъекционных наркотиков. Травмы, ишемия, инородные тела, пролежни, повреждение тканей лучевой терапией также предрасполагают к остеомиелиту.

Остеомиелит, обусловленный инфицированием окружающих тканей, часто локализуется в области стоп (у больных с сахарным диабетом или заболеваниями периферических сосудов).

Классификация заболевания

Остеомиелит различают:

- по пути инфицирования: экзогенный и эндогенный;
- по этиологии:
 1. острый гематогенный остеомиелит, вызванный золотистым стафилококком, стрептококками, коагулаза-отрицательными стафилококками, *Haemophilus influenzae*, грамотрицательными микроорганизмами;
 2. остеомиелит позвоночника, вызванный золотистым стафилококком, грамотрицательными кишечными палочками, микобактериями туберкулеза, грибами;
 3. остеомиелит при наличии местного очага или сосудистой недостаточности, вызванный комбинацией аэробных и анаэробных микроорганизмов;
 4. остеомиелит, развившийся на фоне инфекции протезных аппаратов, вызванной коагулаза-отрицательными стафилококками, золотистым стафилококком, коринеформными бактериями, грамотрицательными микроорганизмами.
- Клинические формы:
 - острый гематогенный остеомиелит:
 1. генерализованный (септикотоксемия, септикопиемия),
 2. очаговая форма;
 3. посттравматический остеомиелит:
 4. после перелома,
 5. огнестрельный,
 6. послеоперационный;
 - атипичные формы:
 1. абсцесс Броди,
 2. альбуминозный (Оллье),
 3. склерозирующий (Гарре).
- По стадиям:
 1. острая (2-4 недели);
 2. подострая (от 2 недель и более):
 3. выздоровление,
 4. продолжение процесса;
 5. хроническая (через 2-3 месяца от начала заболевания):
 6. обострение,
 7. ремиссия,
 8. выздоровление.
- По локализации:

1. остеомиелит трубчатых костей (эпифизарный, метафизарный, диафизарный, тотальный);
2. остеомиелит плоских костей.

Диагностика остеомиелита

При подозрении на остеомиелит необходимо выполнить следующие лабораторные исследования:

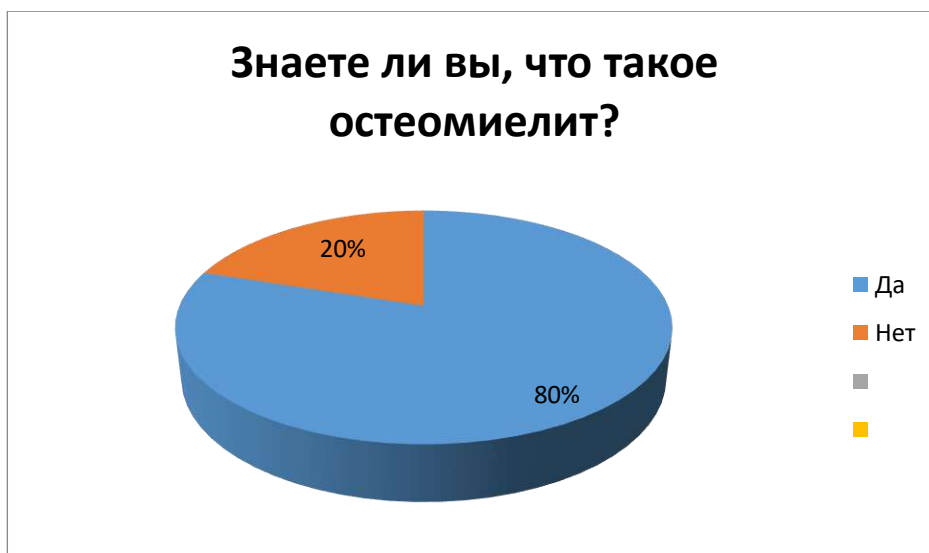
- общий анализ крови и определение скорости оседания эритроцитов;
- С-реактивный белок.
- Результаты этих анализов следует рассматривать в контексте медицинского осмотра, симптоматики заболевания, рентгенографического исследования, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии для обнаружения гнойно-воспалительных очагов и характерных изменений в костной ткани.
- Рентгенологическое исследование считается одним из наиболее эффективных методов диагностики остеомиелита. Признаки патологии у детей видны на снимке уже на 5-й день, а у взрослых — только через 2 недели от начала воспалительного процесса.
- Самым точным и эффективным видом диагностики является радионуклидная сцинтиграфия костей.
- Скопление гноя в мягких тканях выявляют с помощью ультразвукового исследования.

Профилактика остеомиелита

Для снижения риска развития остеомиелита рекомендуется

- своевременно реагировать на возникновение инфекционных процессов в организме;
- проводить лечение гайморита, кариеса, воспаления носоглотки и верхних дыхательных путей;
- осуществлять тщательную обработку ран, обморожений и ожогов, чтобы исключить возможность их инфицирования;
- вести здоровый образ жизни, избегать чрезмерных физических нагрузок, недоедания, следить за сбалансированностью питания;
- не допускать переохлаждения организма.

Для реализации поставленной цели мы решили опросить пациентов травматологического отделения. Нами было опрошено 15 пациентов, 9 женщин и 6 мужчин, что составляет 60% и 40%.

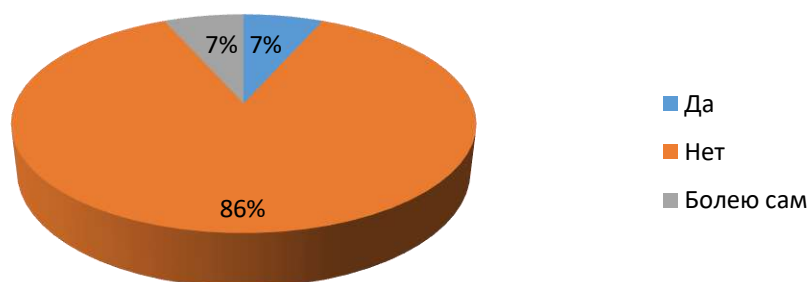


На первый вопрос: «Знаете ли вы, что такое остеомиелит?» 12 человек ответило утвердительно и только 3 человека отрицательно. Исходя из ответа пациентов, можно сделать вывод о том, что большая часть пациентов знакома с заболеванием остеомиелит.



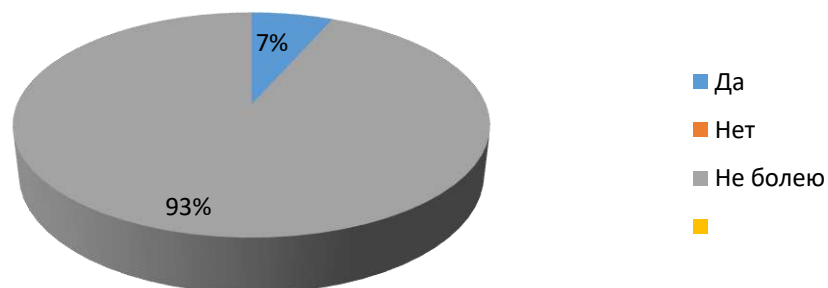
На второй вопрос: «Встречались ли вы раньше с этим заболеванием?» 2 человека ответило утвердительно, 13 человек отрицательно, следовательно, можно сделать вывод, что большая часть опрошенных никогда не встречалась с данным заболеванием.

В вашем окружение есть больные остеомиелитом?



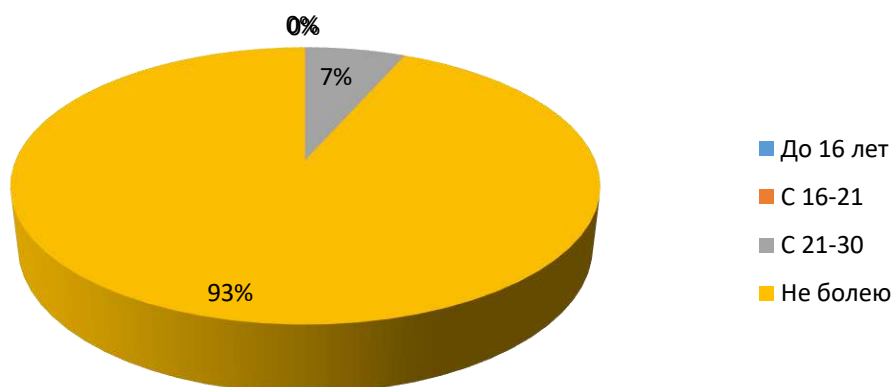
На третий вопрос: «В вашем окружение есть больные остеомиелитом?» 1 человек ответил утвердительно, 13 человек отрицательно, 1 человек ответил «Болею сам». Исходя из данных графика можно сделать вывод, что из всех опрошенных мной пациентов болеет только один.

Знаете ли вы причину своего заболевания?



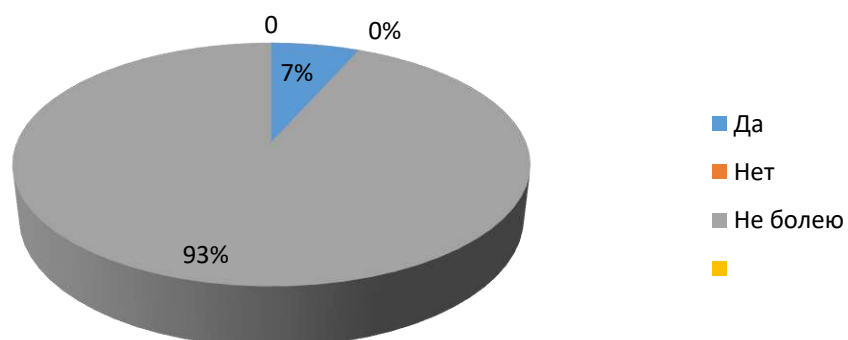
На четвертый вопрос: «Знаете ли вы причину своего заболевания?» 1% опрошенных ответили утвердительно, 14% ответило отрицательно. Можно сделать вывод, что из всех опрошенных болеет только один человек, который знаком с причиной своего заболевания.

Со скольких лет началось ваше заболевание?



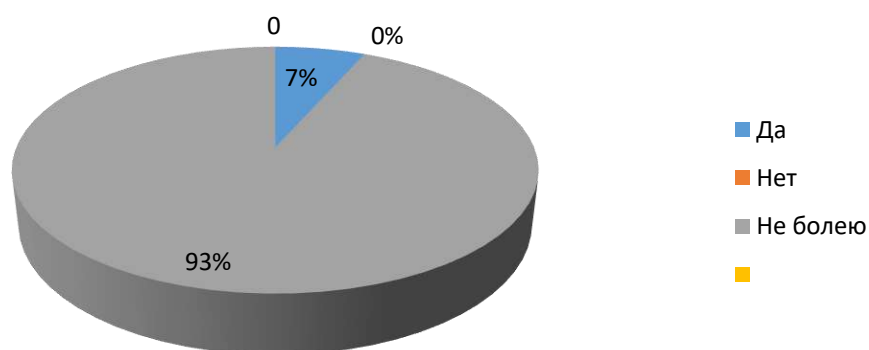
На пятый вопрос «Со скольких лет началось ваше заболевание?», один человек ответил в промежутке с 21-30 лет, 14 человек ответили, что не болеют. Исходя из данных опрошенных, можно сделать вывод, что один человек, у которого есть остеомиелит, болеет им в промежутке с 21-30 лет.

Наблюдаетесь ли своевременно у своего врача?



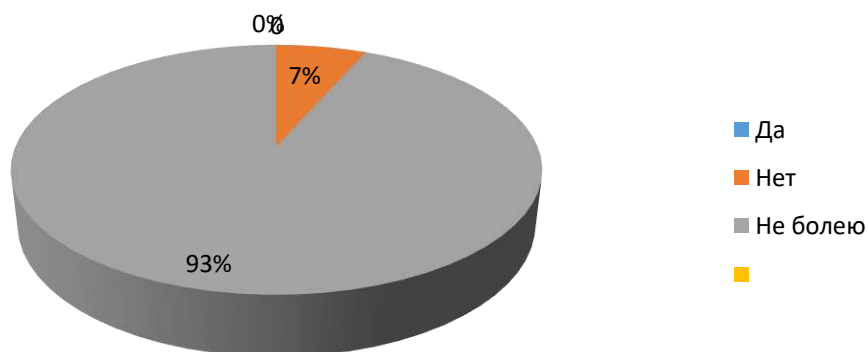
На шестой вопрос: «Наблюдаетесь ли своевременно у своего врача?», один человек, который болеет остеомиелитом ответил утвердительно, остальные 14 человек не болеют им. Соответственно можно сделать вывод, что человек болеющий остеомиелитом своевременно обращается к своему лечащему врачу.

Получаете ли вы своевременное лечение?



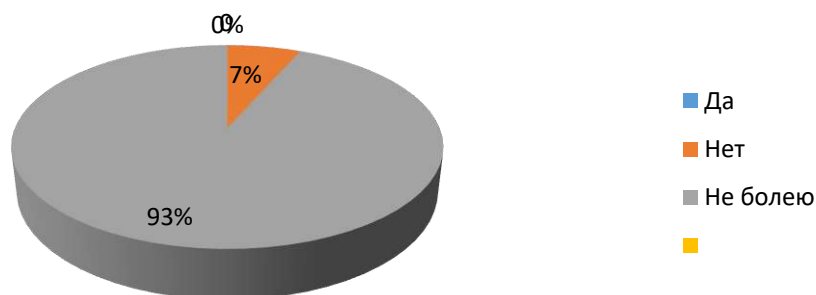
На седьмой вопрос: «Получаете ли вы своевременное лечение?», 1 человек болеющий остеомиелитом ответил утвердительно, остальные 14 человек не болеют остеомиелитом. Из этого можно сделать вывод, что человек, который болеет остеомиелитом всегда получает своевременное лечение.

Мешает ли ваше заболевание в повседневной жизни?



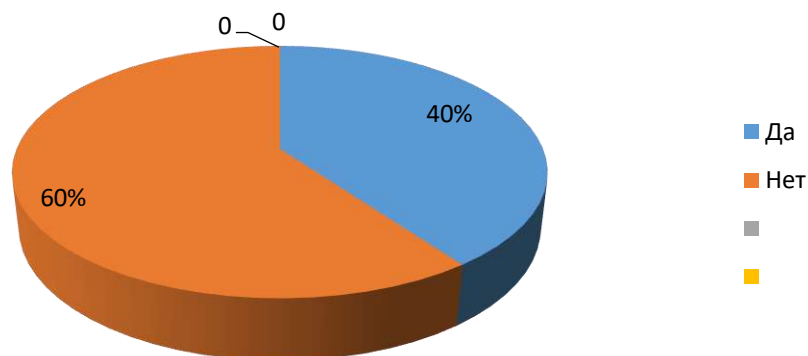
На восьмой вопрос: «Мешает ли ваше заболевание в повседневной жизни?», один человек, болеющий данным заболеванием, ответил, что заболевание в повседневной жизни ему не мешает, остальные 14 человек не болеют. Можно сделать вывод, что остеомиелит не мешает в повседневной жизни.

Проходите ли вы санитарно-курортное лечение, в связи с вашим заболеванием?



На девятый вопрос: «Проходите ли вы санитарно-курортное лечение, в связи с вашим заболеванием?», утвердительно не ответил ни один человек, отрицательно ответил, один человек, который болеет этим заболеванием, и 14 человек не болеют остеомиелитом. Можно сделать вывод, что к сожалению, человек, который болеет остеомиелитом не проходит санитарно-курортное лечение, что может плохо отражаться на самом состоянии здоровья пациента.

Хотели ли вы узнать больше об этом заболевании?



На десятый вопрос: «Хотели ли вы узнать больше об этом заболевании?», 6 человек ответили положительно, 9 человек ответили отрицательно. Можно сделать вывод, что меньшая часть опрошенных мной пациентов желают узнать больше о данном заболевании, не зависимо от того, болеют они им или нет.

Заключение

По данным ряда авторов, хронический остеомиелит составляет 7-12% в структуре заболеваний, относящихся к гнойно-хирургической инфекции и до 6% среди патологии опорно-двигательного аппарата, инвалидизация при этом достигает 50-90%.

Рост травматизма приводит к росту посттравматического остеомиелита. Широкое внедрение оперативных методов лечения закрытых переломов костей, а также заболеваний опорно-двигательного аппарата, привел к росту послеоперационных осложнений, одним из которых является послеоперационный остеомиелит.

Остеомиелит – это тяжелый инфекционно-воспалительный процесс, поражающий все элементы кости. Под термином «остеомиелит» в настоящее время понимают неспецифическое гнойное или гнойно-некротическое поражение костной ткани (остит), костного мозга (миелит), надкостницы (периостит) и окружающих мягких тканей.

Данным заболеванием болеют все люди, всех возрастов. По статистике частичность остеомиелита встречается у людей до 39 лет. Чаще этим заболеванием болеют мужчины, нежели женщины.

Главной причиной данного заболевания являются травмы и хирургические вмешательства - остеосинтез.

Исходя, из приведенного нами исследования можно сделать вывод о том, что из всех опрошенных пациентов остеомиелитом болеет только один человек, который заболел в возрасте от 21 до 30 лет. Причиной заболевания стала травма и последующая после неё операция – остеосинтез.

Данному пациенту его заболевание не мешает, он своевременно обращается к своему лечащему врачу, но санитарно-курортное лечение по необъяснимым причинам не проходит.

Остальная группа опрошенных нами пациентов остеомиелитом не болеют и никогда не сталкивались с этим заболеванием, но им интересно получить больше информации о данном заболевании.

В конце опроса и разговора с пациентами я рассказала им о мерах профилактики данного заболевания. Предложила им посмотреть буклеты посвящённые «Профилактике остеомиелита» и при необходимости ответила на интересующие их вопросы.

Библиографический список

1. Ишутов И., Алексеев Д. Основные принципы озонотерапии в лечении пациентов с хроническим остеомиелитом // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2011. Т. 4, № 2. С. 314-320.
2. Антисептики и биodeградирующие имплантаты в лечении хронического послеоперационного остеомиелита / Н.А. Кузнецов, В.Г. Никитин, Е.Б. Телешова, А.А. Мильчаков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2009. № 5. С. 31-35.
3. Инфекционные осложнения как показатель смены вариантов лечения в травматологии и ортопедии / Э.Б. Гатина, М.И. Митронин, И.Ф. Ахтямов, Б.Г. Зиатдинов, Т.А. Кильметов, И.К. Еремин // Практическая медицина. 2013. Т. 2, № 1-2 (69). С. 34-36.
4. Микрофлора хронического остеомиелита плечевой кости / Н.М. Ключин, З.С. Науменко, Л.В. Розова, Д.С. Леончук // Гений ортопедии. 2014. № 3. С. 57-59.
5. Хорошилов, В.Ю. Эпидемиология госпитальных остеомиелитов, разработка мер профилактики: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук / Хорошилов В.Ю. – СПб., 2011. – 42 с.

6. Чепелева, М.В. Иммунологические особенности хронического посттравматического остеомиелита / М.В. Чепелева, Н.М. Ключин // Травматология и ортопедия России. – 2012. – № 2 (64). – С. 67-70.
7. Юркевич, В.В. Ротационные артериализированные лоскуты при лечении остеомиелита костей стопы и дистальной трети голени / В.В. Юркевич, А.В. Пекшев, В.В. Подгорнов // Бюллетень сибирской медицины. – 2012. – Т. 11. – № 1. – С. 191-196.
8. Фомин, Н.Ф. Хирургическая анатомия минно-взрывных отрывов конечностей с позиций топографоанатома / Н.Ф. Фомин // Актуальные вопросы морфологии: труды междунар. науч. конф., посв. 100-летию со дня рождения проф. Б.З. Перлина. – Кишинёв, 2012. – С. 367.
9. Суворов, Н.А. Устранение дефектов мягких тканей микрохирургическими аутотрансплантатами при лечении хронического посттравматического остеомиелита: Автореф. дис. ... канд.мед.наук/ Н.А. Суворов. – М., 2012. – 24 с.
10. Сонис, А.Г. Гипербарооксигенотерапия в комплексном лечении хронического остеомиелита нижних конечностей / А.Г. Сонис, Е.А. Столяров, Е.А. Батаков, Д.Г. Алексеев, И.В. Ишутов // Хирургия. Восточная Европа. – Минск, 2012. – № 3. – С. 309-311.
11. Свешников, А.А. Задачи, поставленные РАМН перед центром Г.А. Илизарова, по профилактике и лечению остеопороза / А.А. Свешников // Илизаровские чтения: материалы Всеросс. науч.-практ. конф. С междунар. участием. – Курган, 2011. – С. 552–553.
12. Сазонова, Н.В. Экономические потери при хроническом посттравматическом остеомиелите / Н.В. Сазонова, Е.В. Ширяева, Д.С. Леончук, Н.М. Ключин // Забайкальский медицинский вестник. 2015. – № 4. – С. 125-129.
13. Салин, В.Н. Статистика: учебное пособие / В.Н. Салин, Э.Ю. Чурилова, Е.П. Шпаковская // — 4-е изд., стер. — М.: КНОРУС, 2012.— 288 с.
14. Сарап, П.В. Клинические аспекты патогенетических влияний, определяющих состояние иммунной системы у пациентов с urgentной хирургической патологией / П.В. Сарап, Ю.С. Винник, А.А. Останин // Бюллетень сибирской медицины. 2011. – № 1. – С. 162-167.

Мельник Евгения Петровна
г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс
Научный руководитель – преподаватель СУ в хирургии - Ведерникова О.К.
E-mail: evgeniamelnik823@gmail.com

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ ЛЁГКИХ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ БОЛЬНЫХ

Актуальность темы заключается в том, что рак легкого является одной из самых распространенных злокачественных опухолей.

Рак легкого — злокачественная опухоль, развивающаяся из покровного эпителия слизистой оболочки бронхов, эпителия слизистых желез или легочных альвеол, характеризующаяся быстрым ростом и метастазированием.

В среднем на 100 зарегистрированных случаев этого заболевания 72 человека умирают в течение первого года после постановки диагноза.

По статистике ВОЗ, каждый 14-й человек сталкивался или столкнется с этим заболеванием в своей жизни. Раком легких чаще всего страдают пожилые люди. Примерно 70% всех случаев обнаружения рака наблюдается у людей старше 65 лет. Люди моложе 45 лет редко страдают данным заболеванием, их доля в общей массе больных раком составляет всего 3%.

Уделяется внимание двум факторам, способствующим развитию рака легких, таким как:

1) усиление загрязнения атмосферного воздуха, которое во всех промышленно развитых странах за последние десятилетия стало больше вследствие увеличения выброса продуктов неполного сгорания угля, топливных масел, бензина, различных газов и пыли;

2) увеличение потребления табака.

Среди городского населения и особенно у жителей крупных и задымленных городов рак легкого наблюдается чаще, чем среди жителей сельских местностей.

Объект – заболеваемость раком легких.

Предмет – заболевания раком лёгких у курящих и некурящих больных

Цель: изучить заболеваемость раком легких у курящих и не курящих больных.

Задачи:

1. изучить этиологию, патогенез и клинические проявления рака легких;
2. рассмотреть факторы риска, диагностику и лечение рака легких;
3. выделить основные методы профилактики;
4. рассмотреть эпидемиологию рака легких в РФ и Приморском крае;
5. оценить риск развития заболевания у курящих и некурящих больных;
6. оценить эффективность профилактики и качество сестринской помощи.

Рак легкого — злокачественная опухоль, развивающаяся из покровного эпителия слизистой оболочки бронхов, эпителия слизистых желез или легочных альвеол, характеризующаяся быстрым ростом и метастазированием.

Главным моментом в этиологии рака легкого считается действие канцерогенов (урбанизация населения, длительные профессиональные контакты с пылью, содержащей никель, кобальт, железо, асбест, висмут, мышьяк, производственные смолы и сажу). Значительная роль отводится курению табака.

По статистике, частота развития рака у курящих в 5 – 7 раз выше, чем у некурящих. Заболевание и смертность от рака легких у курильщиков зависит от начала курения. Они почти в 6 раз выше у лиц, начавших курить в возрасте до 19 лет; при начале курения в возрасте старше 35 лет частота рака увеличивается в 3 раза. При выкуривании в сутки 1 – 4 сигарет опасность возникновения рака возрастает в 2 раза, а при выкуривании 15 – 20 и более сигарет или папирос ежедневно – в 7 раз и более.

Способствует развитию рака хронические заболевания легких (туберкулез, хронический бронхит, частые пневмонии, рубцовые изменения легочной ткани и др.) и пороки их развития, облучение радиоактивными веществами и рентгенологическими лучами более допустимых норм, продолжительный контакт (не менее года) с профессиональными вредностями.

В классификации рака легких выделяют следующие виды рака:

1) центральный рак лёгкого, который возникает в бронхах (главном, промежуточном, долевым, сегментарном и субсегментарном). По направлению роста выделяют:

- экзофитный (эндобронхиальный) рак, когда опухоль растёт в просвет бронха;
- эндофитный (экзобронхиальный) рак с преимущественным ростом опухоли в толщу лёгочной паренхимы
- разветвлённый рак с муфтообразно перибронхиальным ростом опухоли вокруг бронхов, а также
- смешанный характер роста опухоли с преобладанием того или иного компонента.

На рисунке 1 представлено расположение центрального рака легких.



Рисунок 1 – Центральный рак легкого

Симптомы центрального рака лёгкого по патогенетическому механизму можно разделить на три группы.

- Первичные (местные), обусловленные развитием в просвете бронха первичного опухолевого узла (кашель, кровохарканье, одышка и боли в грудной клетке), как правило, возникают рано.

- Вторичные признаки, которые развиваются в результате сопутствующих бронхогенному раку воспалительных осложнений либо обусловлены регионарным или отдалённым метастазированием, а также вовлечением соседних органов, обычно бывают более поздними и появляются при относительно распространённом опухолевом процессе.

- Общие (слабость, повышенная утомляемость, похудение, снижение трудоспособности и другие симптомы) признаки бывают следствием влияния на организм опухоли и сопутствующих воспалительных осложнений.

Кровохарканье, возникающее у 50% больных, проявляется в виде прожилок крови алого цвета в мокроте (реже мокрота диффузно окрашена кровью). Мокрота в виде «малинового» желе характерна для поздних стадий болезни.

Боли в грудной клетке различной интенсивности на стороне поражения беспокоят 60% больных, хотя у 10% пациентов боли могут возникать с противоположной стороны.

Кашель, который возникает рефлекторно на ранних этапах болезни, появляется у 80-90% больных. Вначале кашель сухой, временами надсадный. При прогрессировании рака лёгкого (с нарастанием обтурации бронха) кашель начинает сопровождаться выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты.

Интенсивность одышки, беспокоящей 30—40% больных, напрямую связана с размером просвета поражённого бронха. Она нередко обусловлена сдавлением крупных вен и артерий лёгкого, сосудов средостения, плевральным выпотом, т.е. гемодинамическими причинами.

1. Периферический рак лёгкого развивается в бронхах мелкого калибра и чаще всего представляет собой новообразование (узел) в паренхиме лёгкого. Если такой узел развивается на вершущке лёгкого и сопровождается специфической симптоматикой (синдром Бернара – Горнера), то такую опухоль называют раком Панкоста.

Различают три клинические формы периферического рака легкого: узловую, пневмониеподобную и рак Панкоста (рак вершущки легкого).

- Узловая форма исходит из терминальных бронхиол и клинически манифестирует только после прорастания крупных бронхов и соседних тканей.

- Пневмониеподобная форма периферического рака легкого развивается в легочной паренхиме, характеризуется инфильтрирующим ростом; гистологически всегда представляет собой аденокарциному; клинически напоминает вялотекущую пневмонию.

- Особенности локализации вершущечного рака легких обуславливают инфильтрацию опухолью шейного и плечевого нервных сплетений, ребер, позвоночника и соответствующую клиническую симптоматику.

На рисунке 2 представлено расположение периферического рака легких.

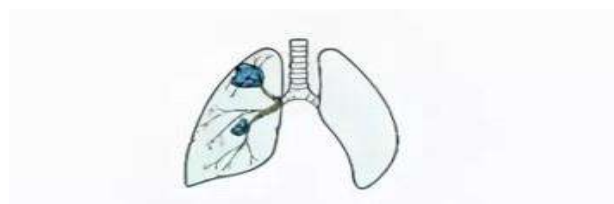


Рисунок 2 – Периферический рак легкого

Опасность рака легких периферической локализации заключается в длительном скрытом, бессимптомном течении и частом выявлении уже в запущенной или неоперабельной стадии. По гистологическому строению периферический рак легкого чаще представлен бронхоальвеолярной аденокарциномой или плоскоклеточным раком.

Бессимптомная стадия может быть обнаружена при флюорографическом обследовании, явные клинические симптомы, как правило, возникают уже довольно поздно - на III стадии. Течение узловой, пневмониеподобной и вершущечной формы периферического рака легкого имеет свои клинические особенности.

Узловая форма обычно заявляет о себе при сдавлении или прорастании более крупных бронхов, плевры, сосудов и других структур. На этой стадии появляется одышка, постоянный кашель с необильной мокротой и прожилками крови, боли в грудной клетке. Больного начинает беспокоить ухудшение общего самочувствия: беспричинная слабость, повышение температуры, снижение массы тела. Возможно развитие паранеопластического синдрома – остеопатии, деформации пальцев рук и т. п.

Пневмониеподобная форма периферического рака легкого протекает как типичная острая пневмония – с синдром интоксикации, фебрильной лихорадкой,

влажным кашлем с отделением обильной пенистой мокроты. Часто сопровождается развитием экссудативного плеврита.

Триаду признаков рака Панкоста составляют: локализация опухоли в верхушке легкого, синдром Горнера, выраженные боли в области надплечья. Синдром Горнера развивается при прорастании нижнего шейного симпатического ганглия и включает птоз, сужение зрачка, нарушение потоотделения в верхней конечности, надключичные боли на стороне поражения. Боли могут распространяться на весь плечевой пояс, иррадиировать в руку; характерны онемение пальцев, слабость мышц кисти. При прорастании опухолью возвратного гортанного нерва возникает осиплость голоса. Болевой синдром при верхушечном раке легкого необходимо дифференцировать от болей при плексите и остеохондрозе.

В далеко зашедших случаях периферический рак легкого может сопровождаться синдромом верхней полой вены, медиастинальным компрессионным синдромом, плевральным выпотом, неврологическими нарушениями.

Риск развития рака легких в большой степени зависит от возраста, чаще подвержены данному заболеванию лица пожилого возраста в комбинации с анамнезом интенсивного курения. Рак легких более распространен у мужчин, чем у женщин, у людей с низким социально-экономическим статусом.

У некурящих, важными факторами риска возникновения рака легких являются пассивное курение, воздействие ионизирующего излучения и профессиональное воздействие легочных канцерогенов (например, асбест).

Воздействие радиации, относящееся к общей популяции, включает воздействие радона из окружающей среды и радиационное облучение в условиях оказания медицинской помощи, особенно при облучении в высоких дозах (например, при лучевой терапии рака органов грудной клетки или молочной железы).

Курение часто взаимодействует с другими факторами, усиливая друг друга. Существует несколько примеров, включая облучение радоном и воздействие асбеста, при которых сочетание курения с другими факторами риска приводит к повышению риска, которое намного выше, чем сумма рисков, связанных с каждым фактором отдельно.

Диагностику рака легких рекомендуется периодически проходить всем людям, и в особенности курильщикам. Всем взрослым один раз в год, как правило, осуществляют профилактическую флюорографию - рентгенологическое исследование легких. Если на флюорограмме в легких были обнаружены какие-либо изменения, врач назначает дополнительные исследования, позволяющие установить правильный диагноз.

Основные методы диагностики, применяемые при раке легкого: рентген легких, бронхоскопия, компьютерная томография грудной клетки, пункция опухоли, торакотомия и онкомаркеры, а также лечение, которое заключается в таких методах, как хирургический, лучевая терапия, химиотерапия, таргетная терапия и фармакологическое лечение, заключающееся в назначении препаратов-ингибиторов, действующих только на опухолевые клетки, в которых выделены различные нарушения, задерживающих или даже блокирующих дальнейший рост.

Результаты молекулярно-эпидемиологических исследований указывают на возможную причинную связь между полиморфизмом генов, регулирующих метаболизм канцерогенных веществ, клеточный цикл и другие ключевые процессы канцерогенеза, и

риском рака легкого.

а рисунке 3 представлены виды профилактики при раке легких.



Рисунок 3 – Виды профилактики при раке легких

Первичная профилактика рака легких

Первичная и вторичная профилактика рака легких — это общие рекомендации, которые нужно соблюдать всем людям, чтобы снизить риск онкологии.

Первичная профилактика затрагивает организацию питания и образа жизни, питание должно быть регулярным, сбалансированным.

Для профилактики онкологии нужно придерживаться следующих рекомендаций:

- в рационе должно быть как можно больше овощей и фруктов;
- вместе с пищей нужно получать как можно больше витамина С, Е, группы В;
- каждый день нужно есть клетчатку (содержится в злаках, фруктах, овощах);
- в рационе должны быть цельнозерновые крупы, бобовые, злаки;
- источником белка может быть рыба, мясо птицы, нежирное мясо;
- нужно ограничить потребление «вредных» продуктов: жирного, сладкого, соленого, острого, копченого.

Для профилактики онкологии легких нужно вести здоровый образ жизни, соблюдая следующие рекомендации:

- откажитесь от курения и алкоголя;
- укрепляйте иммунитет — контролируйте состояние здоровья, чаще бывайте на свежем воздухе, закаляйтесь;
- лечите инфекционные заболевания, не допускайте появления хронических инфекций или воспалений. Проходите вакцинацию для профилактики инфекций;
- при наличии фактора риска, связанного с профессией, соблюдайте технику безопасности;
- ведите активный образ жизни, занимайтесь спортом, уделяйте физической активности хотя бы 30 минут в день;
- контролируйте уровень стресса и психологических нагрузок;
- следите за качеством и продолжительностью сна — каждый день нужно спать не меньше 7–9 часов.

Правильное питание и здоровый образ жизни обеспечивают профилактику не только онкологических, но и многих других заболеваний.

Чтобы правильно выстроить рацион с учетом особенностей здоровья и

существующих рисков болезней, обратитесь к диетологу.

Получить рекомендации по укреплению здоровья и иммунитета, а также профилактике инфекций можно у врача общей практики.

Вторичная профилактика — это регулярные обследования, которые нужно проходить, чтобы выявить онкологию на ранней стадии, если она появится.

Она необходима всем, для кого риск заболеть раком легких повышен.

Ежегодно проходить обследование необходимо:

1. тем, кто курит.

Если человек выкуривает до 1 пачки сигарет в день, ежегодный скрининг нужен при стаже курения в 20 лет.

Если в день курильщик выкуривает больше 2 пачек сигарет, он попадает в группу риска уже после 15 лет курения.

2. людям старше 55 лет.

3. Особенно важно регулярно обследоваться тем, у кого есть хронические заболевания органов дыхания или хронические инфекции.

4. работникам вредных производств. При стаже работы больше 10 лет угроза для здоровья возрастает. Необходимо контролировать состояние легких.

- 4 тем, кто долго живет в районах с экологически неблагоприятной обстановкой, с сильно загрязненным воздухом.

При профилактическом обследовании выполняют рентгенографию или компьютерную томографию легких.

В России все взрослые люди ежегодно должны делать флюорографию. Это исследование проверяет состояние легких, но оно не выявляет рак на ранней стадии. Поэтому тем, кто находится в группе риска, нужно проходить дополнительное обследование. Его можно спланировать, обратившись к пульмонологу или к онкологу.

Третичная профилактика - это меры профилактики рецидива рака легких для тех, кто уже перенес это заболевание. Они нужны, чтобы снизить риск метастазирования, а также появления других форм онкологии.

Для профилактики рецидива нужно:

1. исключить курение и употребление алкоголя;
2. укреплять иммунитет;
3. не допускать появления острых инфекций;
4. строго соблюдать рекомендации лечащего врача в период реабилитации.

Все пациенты проходят регулярные профилактические обследования:

1. осмотр;
2. консультация врача;
3. рентгенография легких;
4. клинический и биохимический анализ крови.
5. УЗИ, МРТ или КТ зоны операции.

Рак легкого занимает первое место в структуре онкологических болезней. Среди всех заболевших злокачественными опухолями рак легкого составил 11,5.

На рисунке 4 изображена заболеваемость онкологий по локализации

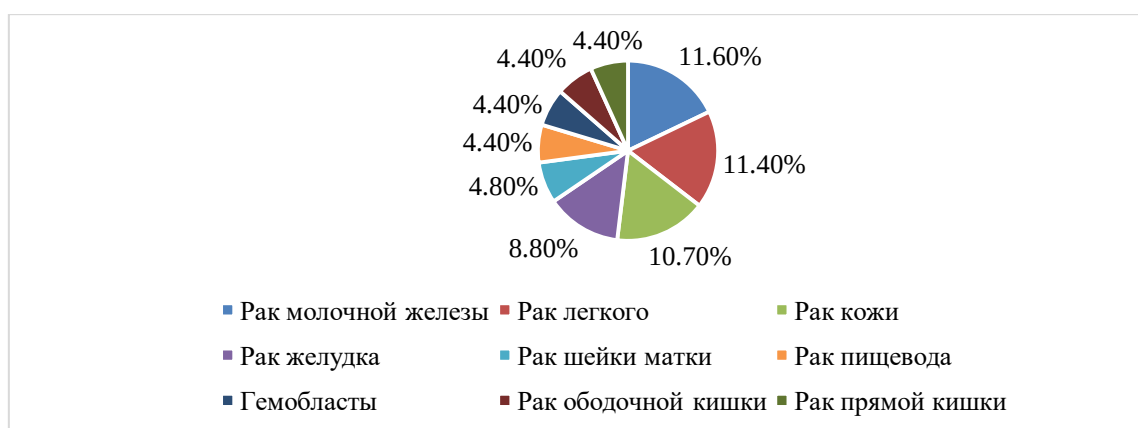


Рисунок 4 – Заболеваемость онкологий по локализации

В тоже время больных с 1-2-й стадиями среди них всего 19,6%.

Несмотря на определенные достижения в области диагностики, частота пробных торакотомий в среднем не превышает 20%, а 5-летняя выживаемость - не более 7%. 60% больных умирают в течение первого года с момента установления диагноза.

Рак легкого в России.

Ежегодно заболевают 63-65 тыс. человек (более всего в Санкт-Петербурге: 109 на 100 тыс.).

Стандартизованный показатель заболеваемости на 100 тыс. населения - у мужчин - 63,6; - у женщин - 7,0. Возрастной интервал - 50– 65лет (59%).

На рисунке 5 представлена частота возникновения рака легкого в разных возрастных группах

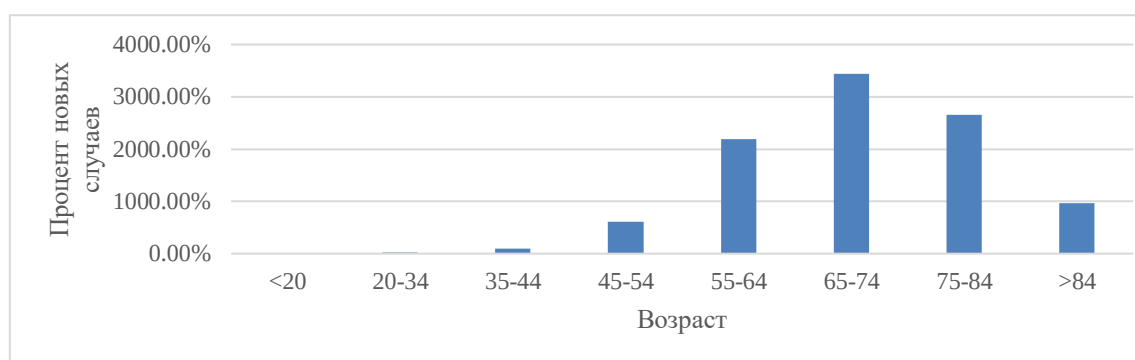


Рисунок 5 - Частота возникновения рака легкого в разных возрастных группах

В большинстве случаев рак легких выявляется у людей старше 65 лет, а больные младше 45 составляют крайне небольшой процент. Средний возраст пациентов с раком легкого — около 70 лет.

В таблице 1 отражена динамика заболеваемости раком легких в абсолютных числах, «грубых» и стандартизованных величинах среди мужчин и женщин России. Наблюдается постоянная положительная динамика в снижении заболеваемости рака легких среди мужского населения России, которое четко прослеживается при сравнении стандартизованных показателей с 2000 г. по 2019 г., снижение более чем на 29%.

Среди женского населения России имеется обратная тенденция, за 20 лет наблюдения стандартизованный показатель заболеваемости увеличился на 12,7%.

Таблица 1 - Динамика заболеваемости РЛ в России

Мужчины			
Год	Абсолютное число	«Грубый» показатель	Стандартизова нный показатель
2000	52 961	77,89	64,17
2010	46 407	70,7	53,97
2015	48 139	70,97	49,88
2019	47 005	69,01	45,42
2020	42 303	62,22	40,22
Женщины			
2000	10 164	13,17	7,07
2010	10 578	13,87	7,13
2015	12 212	15,54	7,72
2019	13 108	16,67	7,97
2020	12 072	15,38	7,32

Для эколого-медицинского анализа была проведена оценка распространения онкопатологии по биоклиматическим зонам Приморского края в зависимости от экологической ситуации.

По совокупности природно-климатических и санитарно-гигиенических показателей, характеризующих среду обитания, с использованием кластерного анализа было проведено районирование территории Приморского края и выделено 4 зоны экологической ситуации:

1. критическая;
2. напряженная;
3. удовлетворительная;
4. относительно благоприятная.

И также имеются 3 биоклиматические зоны:

1. континентальная;
2. переходная;
3. прибрежная.

При этом отмечен различный уровень основных показателей заболеваний рака легкого в зонах экологической ситуации.

Высокая распространенность болезненности и заболеваемости наблюдается в зонах критической и напряженной экологической ситуации континентальной и прибрежной биозон, где расположены предприятия угольной, горнохимической промышленности, судоремонта, стройиндустрии, машиностроения и районы с интенсивной химизацией и мелиорацией сельского хозяйства.

Это такие города, как Артем, Спасск, Владивосток, Дальнегорск, Уссурийск и районы Спасский, Дальнегорский, Кавалеровский, Шкотовский, Хорольский, Черниговский, Ханкайский.

Названные города и районы имеют более половины основных производственных предприятий 1 и 2 классов вредности.

Превышение предельно допустимых концентраций содержания вредных веществ в атмосферном воздухе, почве, воде на этих территориях зачастую достигает

десятикратных размеров.

В переходной биоклиматической зоне выделяются территории с напряженной и удовлетворительной экологической ситуацией, где уровни болезненности и заболеваемости имеют наиболее высокие показатели.

Необходимо отметить, что показатели смертности не имеют четкой привязанности к экологической ситуации, по-видимому, здесь действуют другие факторы. Так, в прибрежной биоклиматической зоне по смертности выделяются зоны с удовлетворительной и относительно благоприятной экологической ситуацией, которые представлены в основном северными отдаленными районами края, и здесь на первый план выходят вопросы организации медицинской помощи (укомплектованность кадрами, оборудованием и т.д.).

На рисунке 6 показано, что в относительно благоприятной зоне смертность превышает показатели болезненности и заболеваемости, так как данная зона представлена северными и заповедными районами края, где имеются проблемы с укомплектованием врачей и состоянием диагностической службы.

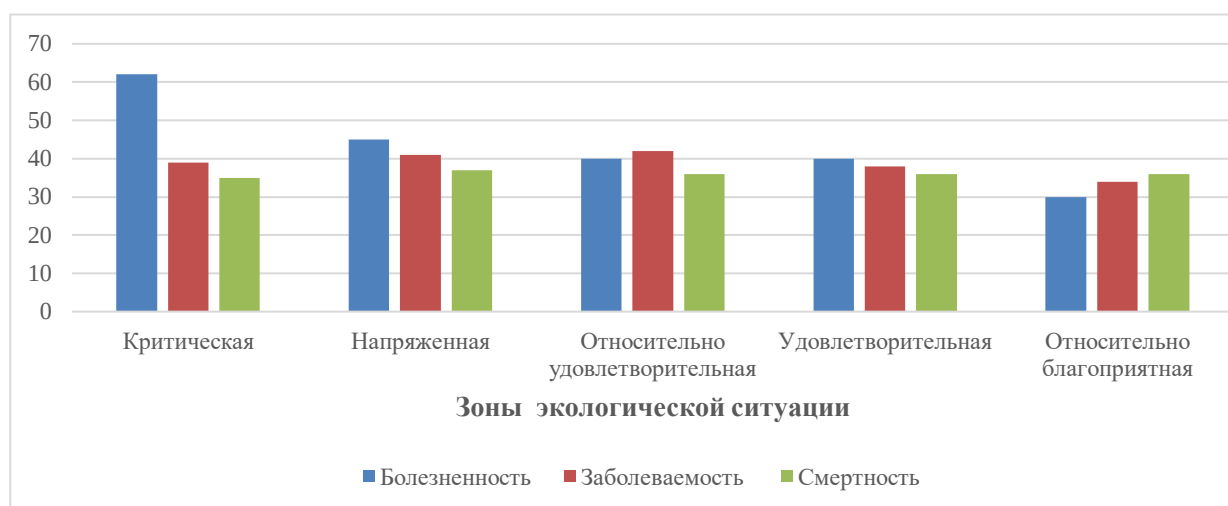


Рисунок 6 – Уровень основных показателей рака легкого в зависимости от экологической ситуации (на 100000 населения)

Распространение рака легкого, как в городах, так и в районах связано с общим воздействием среды обитания.

В городах на показатели болезненности и смертности рака легкого оказывают наибольшее влияние социально-гигиенический, климатический и растительный блоки.

В районах – растительный, экологический гидросферный блоки. Заболеваемость раком легкого жителей города более всего зависит от социально-гигиенического блока, а населения районов от климатического блока.

В Приморском крае только в 2005 г. было выявлено 897 случаев рака легкого, при этом интенсивный коэффициент заболеваемости обеих полов достиг уровня 38,0 на 100 тысяч населения, у мужчин - 71,0 и у женщин - 15,2.

На рисунке 7 изображена динамика распространения онкопатологии органов дыхания в Приморском крае

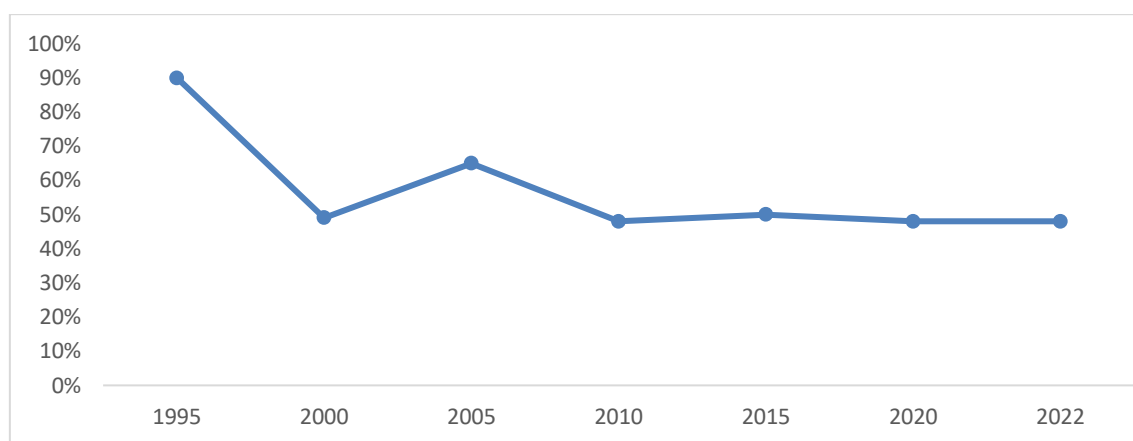


Рисунок 7 - Динамика распространения онкопатологии органов дыхания в Приморском крае

Рост заболеваемости РЛ в разных странах мира аналогичен изменениям в потреблении сигарет, при этом оказалось, что риск заболеть РЛ не уменьшается при переходе на фильтры или сигареты с низким содержанием смол и никотина. Приблизительно 85% случаев заболевания являются следствием курения, а дополнительная доля вызвана пассивным курением у некурящих.

Высокая распространенность болезненности и заболеваемости наблюдается в зонах критической и напряженной экологической ситуации континентальной и прибрежной биозон, где расположены предприятия угольной, горнохимической промышленности, судоремонта, стройиндустрии, машиностроения и районы с интенсивной химизацией и мелиорацией сельского хозяйства.

В настоящее время наличие связи между курением, содержанием канцерогенов в конденсате и частотой и тяжестью предраковых и раковых изменений бронхо-легочной системы признано как клиницистами, так и морфологами. Исследования учёных свидетельствуют о существовании группы курящих с высокой индивидуальной генетической восприимчивостью к раку лёгких. Было доказано наличие клеточных ферментов, которые способствуют образованию высокканцерогенных метаболитов.

Смола - это одно из наиболее опасных химических веществ, которые содержатся в сигарете. Сигаретная зависимость у людей возникает из-за воздействия никотина на мозг курильщика, а умирают люди от воздействия смолы на организм в целом. При затяжке сигаретный дым попадает в рот в виде концентрированного аэрозоля, а тот в свою очередь приносит с собой миллионы частичек на кубический сантиметр. При охлаждении дым конденсируется и превращается именно в смолу, которая в свою очередь оставляет вредоносный осадок в дыхательных путях курильщика.

На рисунке 8 показано из каких веществ состоит сигарета.



Рисунок 8 – Состав сигареты

Вероятность развития рака лёгких у лиц, выкуривающих 40 сигарет и более в день, примерно в 20 раз выше, чем у некурящих. Среди выкуривших за свою жизнь более 200 тысяч сигарет риск развития рака лёгких в 58 раз больше, чем у некурящих, а среди малокурящих и бросивших курить этот риск в 11 раз больше, чем у некурящих.

Влияние курения на развитие рака лёгких может быть частично объяснено взаимодействием различных веществ, образуемых при курении, с витаминами. Установлено, что курение способствует уничтожению витамина С и тем самым ослабляет защитные функции организма, а употребление витамина А в значительной степени снижает риск развития рака лёгких. Интенсивность курения играет ведущую роль в развитии рака лёгких и других новообразований вследствие содержания множества канцерогенов в ингалируемом дыме.

Ситуация представляется тем более неблагоприятной, чем больше сигарет выкуривается в день, чем больше стаж курения, чем более ранний возраст начала курения. Недостаточным утешением служит мнение о том, что некоторую часть вредных веществ задерживают фильтры.

Роль табака, как основного этиологического фактора в развитии бронхолегочной карциномы.

В последние годы многие видят в курении табака одну из основных причин увеличения заболеваемости раком легкого.

Процент курильщиков среди больных раком легкого варьирует в пределах от 85% до 94%.

Чем раньше начинают курить, тем выше риск заболеваемости раком легкого. Именно в раннем начале курение является основной причиной повышения заболеваемости раком легкого.

По данным ВОЗ 60% мужчин и 30% женщин курят, не достигнув совершеннолетнего возраста, курят 40% школьников

На рисунке 9 показано процентное соотношение курящих и не курящих больных раком легких.

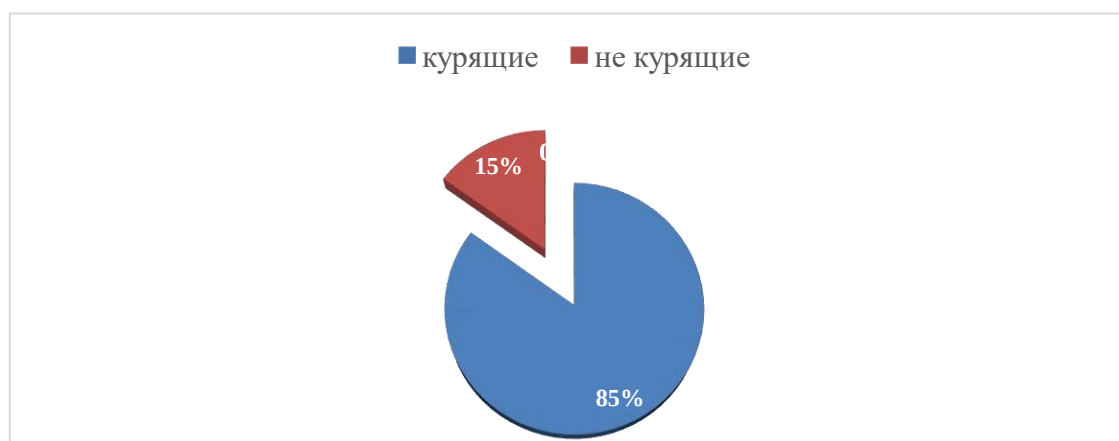


Рисунок 9 – Процентное соотношение курящих и некурящих больных раком легких

Возможность возникновения рака легкого у интенсивно курящих сигареты возрастает по сравнению с некурящими в 70 раз.

При спектральном анализе в табачном дыме и табачной смоле выявлено около 50 канцерогенных веществ, наиболее вредный из них является полициклический

углеводородбензапирен.

Отрицательной стороной употребления табака является то, что в нем содержится радиоактивный изотоп Р_о с длительным периодом полураспада, который при курении переходит в табачный дым и надолго задерживается в организме.

Человек, курящий длительное время, получает значительную дозу облучения, которая, действуя на ДНК хромосомного аппарата, в первую очередь в ткани легких вызывает мутагенные изменения и раковое превращение их. Этому способствует и постепенное накопление в организме при курении бензапирена, также действующего на ДНК.

Синергизм этих канцерогенных воздействий и создает реальную угрозу развития рака легких у курящих. Частота рака легкого зависит, однако, не только от интенсивности и характера курения, но и от его длительности и возраста, в котором человек начинает курить.

На рисунке 10 представлена зависимость между интенсивностью курения и частотой развития рака легкого на 100 тысяч человек.

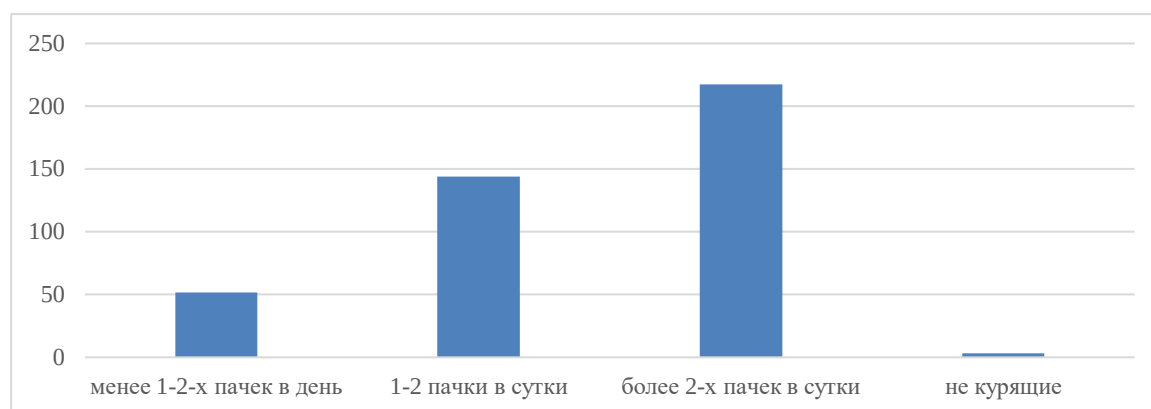


Рисунок 10 - Зависимость между интенсивностью курения и частотой развития рака легкого на 100 тысяч человек

Без сомнения, курение сигарет оказывает наибольшее влияние на шансы заболеть раком. Но есть и другие причины этого заболевания, поэтому у некурящих также может развиваться рак легких.

Без сомнения, курение сигарет оказывает наибольшее влияние на шансы заболеть раком. Но есть и другие причины этого заболевания, поэтому у некурящих также может развиваться рак легких.

Рак легких, как правило, диагностируется в более молодом возрасте у некурящих по сравнению с курильщиками.

Сохранение и укрепление здоровья граждан России — одни из важнейших условий поступательного социально-экономического развития страны. Высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности, трудности диагностики, необходимость проведения массовых профилактических мероприятий, сложное и дорогостоящее лечение позволяют отнести злокачественные новообразования к числу социально значимых проблем современного общества.

Основные подходы к решению таких первоочередных для здравоохранения вопросов, как усиление его профилактической направленности путем формирования единой профилактической среды, ориентация на сохранение здоровья человека,

повышение качества оказываемой медицинской помощи и уровня подготовки медицинских кадров, отражены в подпрограмме «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Важнейшим фактором увеличения продолжительности жизни населения, улучшения здоровья, сохранения работоспособности и активного долголетия граждан является профилактика. В Российской Федерации функционирует 3-уровневая система оказания медицинской помощи населению.

Первичная медико-санитарная помощь является базой, на которой реализуется профилактическая направленность здравоохранения, формируются основы для выработки у населения мотивации к сохранению и поддержанию высокого уровня здоровья, определяющего здоровое долголетие без инвалидизирующих заболеваний.

В рамках написания дипломной работы был проведён опрос жителей г.Уссурийска об их представлениях развития рака легких. Респондентами опроса являлись пациенты ЛПУ города.

На рисунке 11 показаны представления опрошенных о причинах возникновения рака легкого, в % от числа опрошенных.

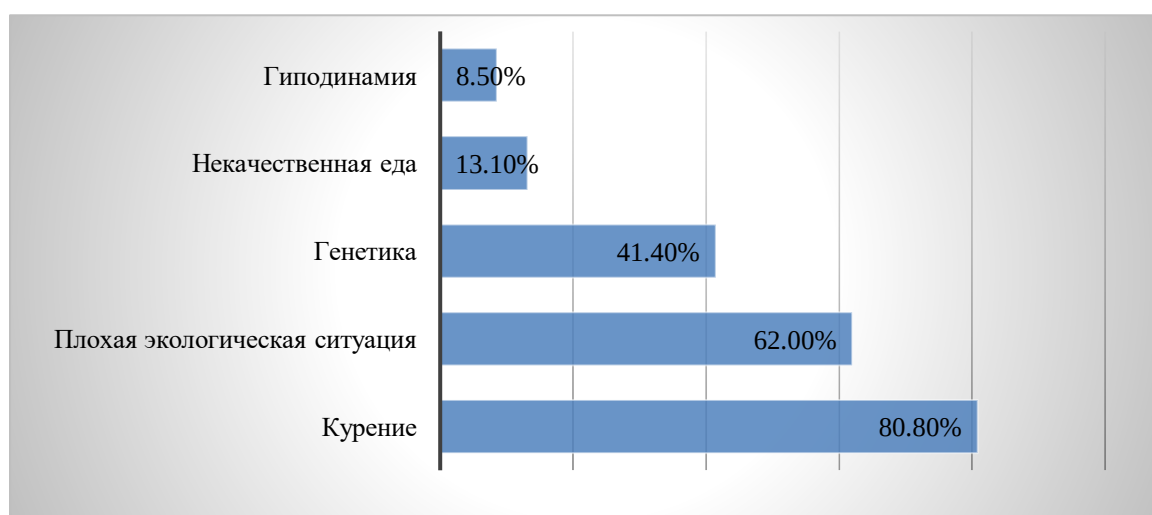


Рисунок 11 - Представления опрошенных о причинах возникновения рака легкого, в % от числа опрошенных

В представлениях жителей, основной причиной возникновения рака легкого является курение.

Современный уровень организации оказания профилактической помощи населению требует смещения акцента на активное привлечение к участию граждан в профилактических мероприятиях. Поэтому, наряду с необходимостью совершенствования организационных технологий, важным вектором работы по повышению эффективности профилактической помощи является совершенствование комплекса мероприятий, направленных на выработку у населения поведенческих установок, нацеленных на повышение ответственности гражданина за сохранение

личного и общественного здоровья.

Препятствием на пути к ЗОЖ может стать дефицит знаний у населения. Пропаганда ЗОЖ влечет за собой ряд важных положительных тенденций развития системы здравоохранения и общества в целом.

Возрастает роль профилактической составляющей оказания медицинской помощи, что способствует снижению распространенности среди населения факторов риска развития социально значимых заболеваний, показателей заболеваемости и инвалидизации, экономических затрат государства на лечение и социальные выплаты.

В ходе исследования было выявлено, что информированность о методах диагностики, раннего выявления заболевания – низкая, что показано на рисунке 12.



Рисунок 12 - Информированность о методах диагностики

Самые высокие показатели известности у флюорографии и рентгена (не выявляют рак легкого на ранней стадии).

Существующий уровень информированности не является фактором, сдерживающим рост заболеваемости раком вообще, и раком легкого в частности.

Участие в формировании ЗОЖ является неотъемлемой частью профессиональной деятельности каждого медицинского работника независимо от специальности и занимаемой должности.

В ходе исследования было выявлено, что многие люди считают нормой табакокурение. Были опрошены люди о причинах сдерживания от курения.

На рисунке 12 представлено, что в первую очередь является причиной сдерживания людей от курения, в % от числа опрошенных.

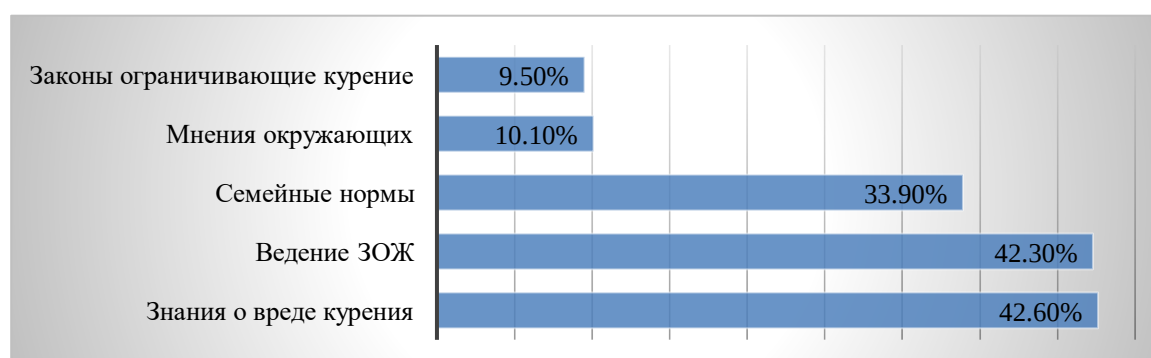


Рисунок 12 - Причины сдерживания людей от курения, в % от числа опрошенных

Лишь 9,5% опрошенных верят, что ограничительные меры могут помочь отказаться от этой вредной привычки. Больше всех, по мнению граждан помогут знания о вреде и приверженность здоровому образу жизни.

В ходе исследования было выявлено, что информированность о методах диагностики, раннего выявления заболевания – низкая.

А также, лишь 9,5% опрошенных верят, что ограничительные меры могут помочь отказаться от курения. Больше всех, по мнению граждан помогут знания о вреде и приверженность здоровому образу жизни.

Исходя из данных этой главы, можно сделать следующие выводы: рак легкого занимает первое место в структуре онкологических болезней. Среди всех заболевших злокачественными опухолями рак легкого составил 11,5.

В большинстве случаев рак легких выявляется у людей старше 65 лет, а больные младше 45 составляют крайне небольшой процент. Средний возраст пациентов с раком легкого — около 70 лет.

Высокая распространенность болезненности и заболеваемости наблюдается в зонах критической и напряженной экологической ситуации континентальной и прибрежной биозон, где расположены предприятия угольной, горнохимической промышленности, судоремонта, стройиндустрии, машиностроения и районы с интенсивной химизацией и мелиорацией сельского хозяйства.

Вероятность развития рака лёгких у лиц, выкуривающих 40 сигарет и более в день, примерно в 20 раз выше, чем у некурящих. Среди выкуливших за свою жизнь более 200 тысяч сигарет риск развития рака лёгких в 58 раз больше, чем у некурящих, а среди малокурящих и бросивших курить этот риск в 11 раз больше, чем у некурящих.

Без сомнения, курение сигарет оказывает наибольшее влияние на шансы заболеть раком. Но есть и другие причины этого заболевания, поэтому у некурящих также может развиваться рак легких. Рак легких, как правило, диагностируется в более молодом возрасте у некурящих по сравнению с курильщиками.

В ходе исследования было выявлено, что информированность о методах диагностики, раннего выявления заболевания – низкая. А также, лишь 9,5% опрошенных верят, что ограничительные меры могут помочь отказаться от курения. Больше всех, по мнению граждан помогут знания о вреде и приверженность здоровому образу жизни.

Сохранение и укрепление здоровья граждан России — одни из важнейших условий поступательного социально-экономического развития страны.

Важнейшим фактором увеличения продолжительности жизни населения, улучшения здоровья, сохранения работоспособности и активного долголетия граждан является профилактика.

В представлениях жителей, основной причиной возникновения рака легкого является курение.

Препятствием на пути к ЗОЖ может стать дефицит знаний у населения. Пропаганда ЗОЖ влечет за собой ряд важных положительных тенденций развития системы здравоохранения и общества в целом.

Библиографический список

1. Актуальные проблемы современной пульмонологии. Тромбоэмболия легочной артерии, рак легкого, абсцесс легкого. - М.: Человек, 2019. - 515 с.
2. В.А., Шуткин Генетические факторы предрасположенности к раку легкого / В.А. Шуткин, Е.Н. Имянитов и С.И. Бреништер. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2019. - 264 с.
3. Горбунова, В.А. Консервативное лечение рака легкого / В.А. Горбунова. - М.: Литтерра (Litterra), 2020. - 665 с.
4. Даников, Н.И. Исцеление возможно. Народная медицина против рака / Н.И. Даников. - М.: Лабиринт, 2016. - 224 с.
5. Зиц, В.Р. Актуальные проблемы современной пульмонологии: тромбоэмболия легочной артерии, рак легкого, абсцесс легкого. Учебно-методическое пособие / В.Р. Зиц. - М.: Олимпия / Человек, 2017. - 838 с.
6. Кременцов, Н. В поисках лекарства против рака: Дело "КР" / Н. Кременцов. - М.: СПб: Русский христианский гуманитарный институт, 2017. - 327 с.
7. Лапкин, К.В. Билиопанкреатодуоденальный рак / К.В. Лапкин, Ю.Ф. Пауткин. - М.: Университет дружбы народов, 2019. - 112 с.
8. Лечебное питание / ред. И.К. Латогуза. - М.: Ростов н/Д: Феникс, 2019. - 544 с.
9. Матэ, Ж. Досье рака / Ж. Матэ. - М.: Мир, 2015. - 268 с.
10. Михаленко, Елена Генетические критерии предрасположенности к раку легкого / Елена Михаленко. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2019. - 124 с.
11. О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации: Приказ Минздрава РФ от 23 сентября 2003 г. № 455. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/4179641/#ixzz6fzJjozEk>
12. Трахтенберг, А.Х. Злокачественные неэпителиальные опухоли легких / А.Х. Трахтенберг, Г.А. Франк. - М.: Медицина, 2019. - 232 с.

Кутовая Светлана Владимировна,
Г. Биробиджан, Биробиджанский медицинский колледж,
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Бастрыгина Т.В.
Email: soclab07@rambler.ru

АНАЛИЗ УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ Г. БИРОБИДЖАНА О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Аннотация: цель статьи - провести анализ информированности молодежи г. Биробиджана по вопросам ВИЧ-инфекции. В работе приведена оценка актуальности проблемы ВИЧ-инфекции для молодежи и анализ информированности по вопросам передачи вируса.

Ключевые слова: распространение ВИЧ-инфекции, молодежь, профилактика ВИЧ-инфекции, социологический опрос.

ВИЧ-инфекция - опасная, длительно текущая инфекция, развивающаяся в результате заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), прогрессирующая инфекция влечет за собой опаснейшее заболевание - синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Заболевание характеризуется усиленным снижением иммунитета, защитного барьера человека, влечет развитие вторичных инфекций [1].

Почему же для людей молодого возраста вопрос профилактики ВИЧ-инфекции занимает определенное важное место? Этому есть несколько причин. Данный возрастной период характерен возрастанием сексуальной активности. Отсутствие понимания опасности данного заболевания может стать определяющим фактором склонности к рискованным сексуальным связям. Также данный период характерен тем, что представители этой возрастной категории имеют более повышенное любопытство к психоактивным веществам, чем лица иного возраста [2]. «Первое знакомство» с наркотиками может повлечь за собой привыкание. А, как нам известно, заражение ВИЧ-инфекцией по статистике довольно часто происходит у потребителей инъекционных наркотиков.

Анализ статистических данных по ВИЧ-инфекции в Еврейской автономной области показывает, что по состоянию на 1 декабря 2022-го зафиксировано 455 случаев заражения ВИЧ-инфекцией. Возраст большинства пациентов — от 20-ти до 45-ти лет, из которых 27 человек — мужчины, 12 человек — женщины [4].

В период с 2019 по 2022 гг. отмечается отрицательная динамика ВИЧ – инфицирования: с 1999 по 2009 гг. регистрировалось от двух до четырёх случаев в год. Далее самым пиковым был 2012 год, когда зафиксировали 12 случаев заболевания. Начиная с 2014 года, среднее количество инфицированных превышает 30 чел. В 2019 году в ЕАО зарегистрировали уже 61 новый случай инфицирования [4].

Рассматривая распределение по муниципальным образованиям, выявлено, что наибольшее число зараженных ВИЧ - инфекцией было выявлено в г. Биробиджане (23 случая), семь случаев в Облученском районе, четыре – в Биробиджанском, три – Ленинском и один случай в Сидовичском районе [4].

По путям передач и на первый план выходит половой путь передачи инфекции, также значительная роль отводится передаче инфекции через употребление внутривенных наркотиков, незначительная роль отводится другим путям передачи.

Учитывая вышеприведенные данные, была поставлена цель - изучить осведомленность студенческой молодежи города Биробиджана по вопросам ВИЧ-инфекции и методах ее профилактики.

Гипотеза исследования: Мы предполагаем, что профилактические мероприятия с молодежью приводят к повышению уровня знаний о заболевании и методах профилактики ВИЧ - инфекции.

Базой исследования выступили три средне-специальных учебных заведения г. Биробиджана: Медицинский колледж, Колледж культуры и Технологический техникум. Далее, для удобства изложения информации, в тексте статьи колледжи будут упоминаться именно в таком порядке.

При анализе данных проведенного исследования методом анонимного анкетирования среди студентов было выявлено, каким объемом знаний по вопросам, связанным с профилактикой ВИЧ-инфекции владеют студенты средних специальных учреждений г. Биробиджана.

Для того чтобы определить исходный уровень знаний студентов была разработана анкета, состоящая из 21 вопроса. Общее количество опрошенных студентов 174 человека в возрасте от 16 до 21 года, из них 62 – Биробиджанского медицинского колледжа, 58 – Биробиджанского колледжа культуры, 54 – из Биробиджанского Технологического колледжа. Далее, для удобства изложения информации, в тексте статьи колледжи будут распределяться именно в таком порядке. В выборку вошли студенты с 1 по 4 курс (рис. 1).

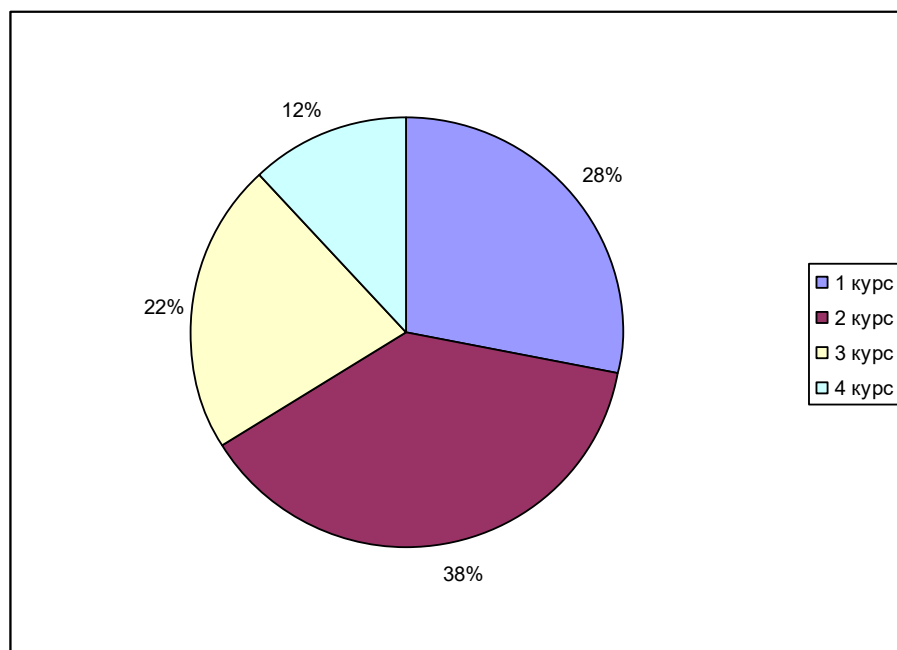


Рисунок 1. Распределение студентов колледжей по курсам

Для уточнения студентам был задан вопрос «Заболевание СПИД и ВИЧ - инфекция одно и то же?». Были получены следующие варианты ответов: студенты Медицинского колледжа дали ответ «Нет» - 68%, из Колледжа культуры - 44%, Технологического техникума – 36% (рис. 2).

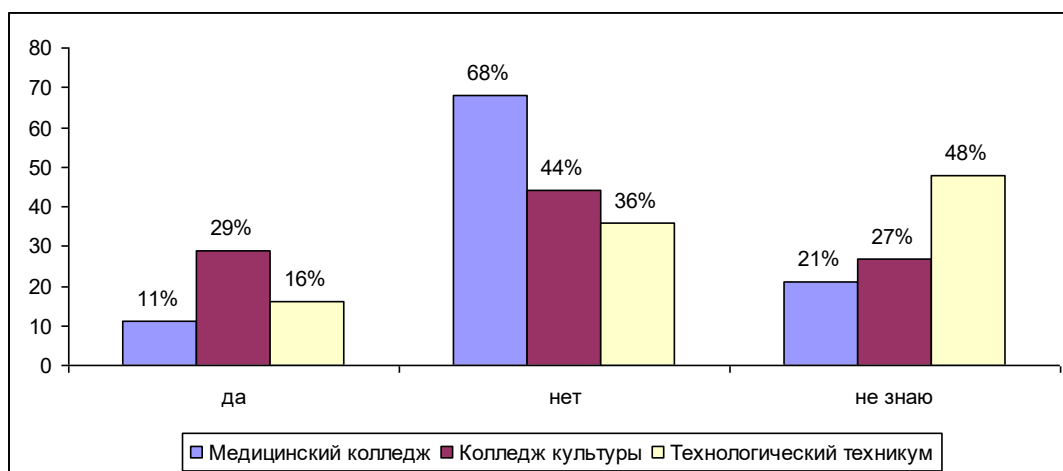


Рисунок 2. Распределение ответов на вопрос «Заболевание ВИЧ и СПИД это одно и то же?»

Более половины (57%) студентов не знают о том, где можно пройти анонимно

обследование на ВИЧ – инфекцию и две трети опрошенных никогда не сдавали данный тест. Кроме того, только 42% считают, что при данном заболевании возможно медикаментозное лечение. Однако более 50% считает, что при отрицательном результате теста на ВИЧ нельзя быть уверенным, что вы не ВИЧ-инфицированы. Почти 80% опрошенных считает, что внешний вид человека не дает информации о том заражен ли он ВИЧ – инфекцией.

Выясняя основные пути передачи ВИЧ-инфекции, был предложен вопрос «По Вашему мнению, как можно заразиться ВИЧ-инфекцией?», большее количество опрошенных студентов всех курсов выбрали основной путь передачи половой, что по данным ответа составило 87-65-68%, парентеральный путь составил 63-26-22% и вертикальный 45-19-24%, при этом все варианты ответов являются верными. Однако во всех трех колледжах респондентами был отмечен ответ «затрудняюсь ответить» (Рис. 3).

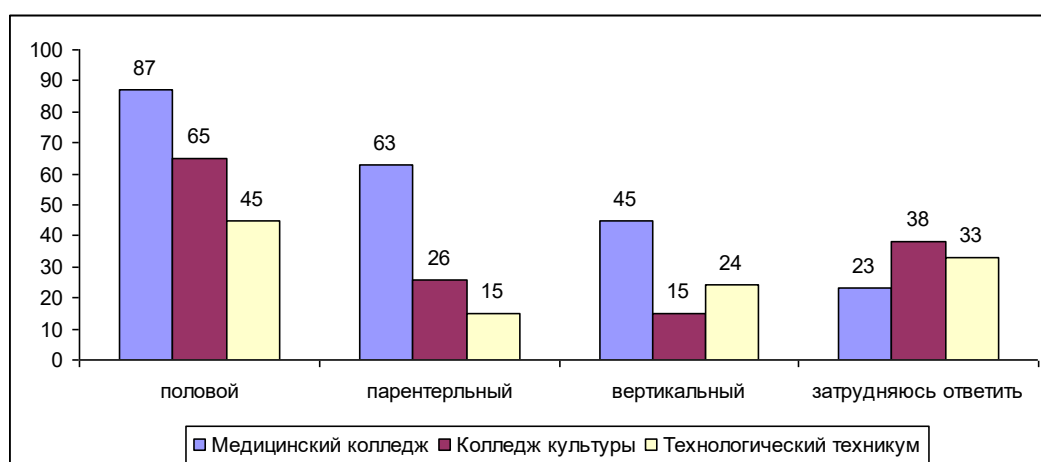


Рисунок 3. Распределение ответов на вопрос о путях передачи ВИЧ – инфекции (%), вопрос с множественными ответами)

Подобная неосведомленность показывает, что проводимая информационно-просветительская работа с этой группой студентов была недостаточной. Также довольно много студентов дали неверные ответы о путях передачи ВИЧ-инфекции, что потенциально может приводить к распространению вируса или неадекватному отношению к ВИЧ-инфицированным.

Ответы на вопрос «Знаете ли вы, что такое инкубационный период?» (период «окна», то есть скрытый период, когда в крови не выделяется ВИЧ, хотя человек уже является ВИЧ-инфицированным) приведены в рисунке 4.

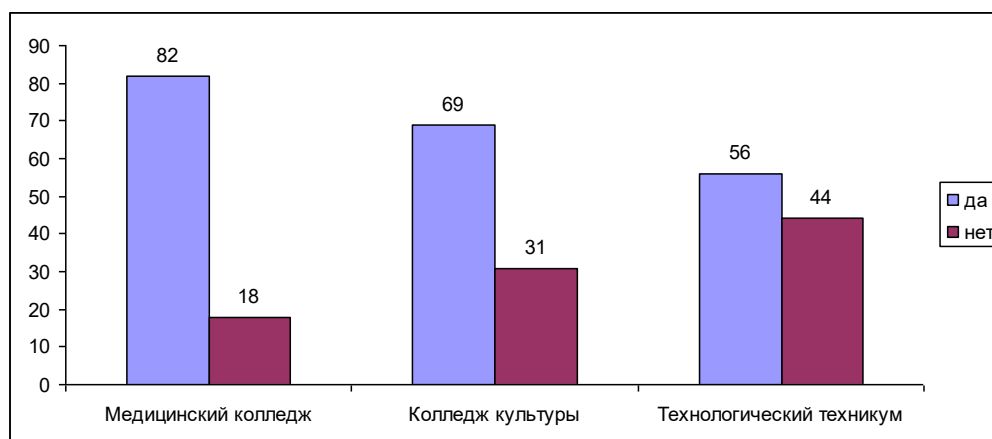


Рисунок 4. Распределение ответов на вопрос «Знаете ли вы, что такое инкубационный период?» (%)

Полученные ответы показали, что знания об инкубационном периоде имеют достаточно большое количество студентов (82-69-56%). Однако 44% студентов Технологического колледжа, 31% студентов Колледжа культуры и 18% студентов Медицинского колледжа не знают о таком периоде, что также несет опасность инфицирования. Кроме того, данный результат говорит о том, что проводимая информационная профилактическая работа в части разъяснения того, что существует скрытый период («окна»), что в этот период в крови еще не выделяется ВИЧ, но человек уже является ВИЧ-инфицированным и в связи с этим уже ответственен перед окружающими за возможность передачи вируса, явно недостаточна.

При ответе на вопрос «Как Вы считаете, через какой промежуток времени после сомнительного контакта можно предположить, что вы заражены ВИЧ- инфекцией?» 38% респондентов испытали трудности, 24% считают, что через несколько дней, 20% - через месяц, 14% - три месяца и 4% выбрали ответ «сразу» (рис. 5).

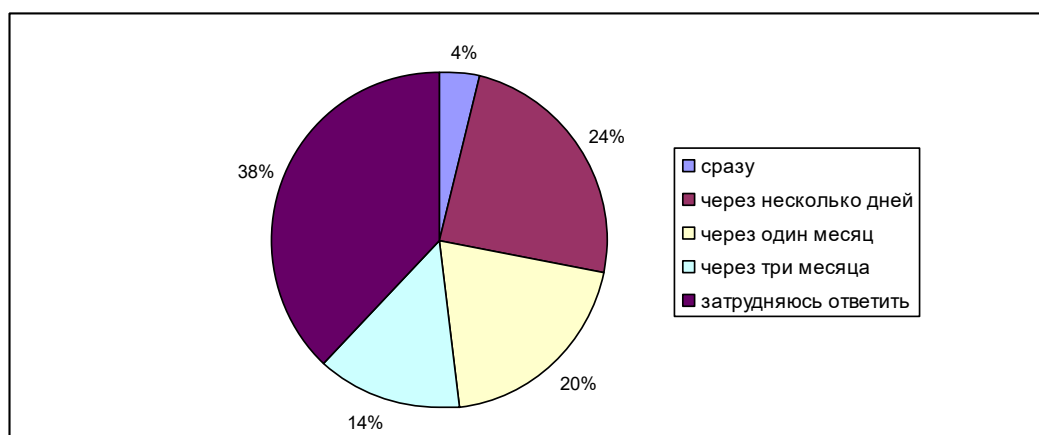


Рисунок 5. Распределение ответов на вопрос «Как Вы считаете, через какой промежуток времени после сомнительного контакта можно предположить, что вы заражены ВИЧ- инфекцией?» (%)

Инкубационный период ВИЧ-инфекции длится с момента заражения до трех месяцев, а в редких случаях может длиться до одного года с появлением первых острых проявлений инфекции организма человека.

Анализ ответов на вопрос «Следует ли опасаться заражения ВИЧ в быту

(приготовление пищи, использование общих предметов)?» показал, что большинство правильных ответов дают респонденты Медицинского колледжа (рис. 6). Однако достаточно большое количество респондентов во всех колледжах допускают бытовой путь передачи ВИЧ (22-41-39%).

Также мы видим, что более трети респондентов в Колледже культуры и Технологическом колледже выбрали ответ «затрудняюсь ответить».

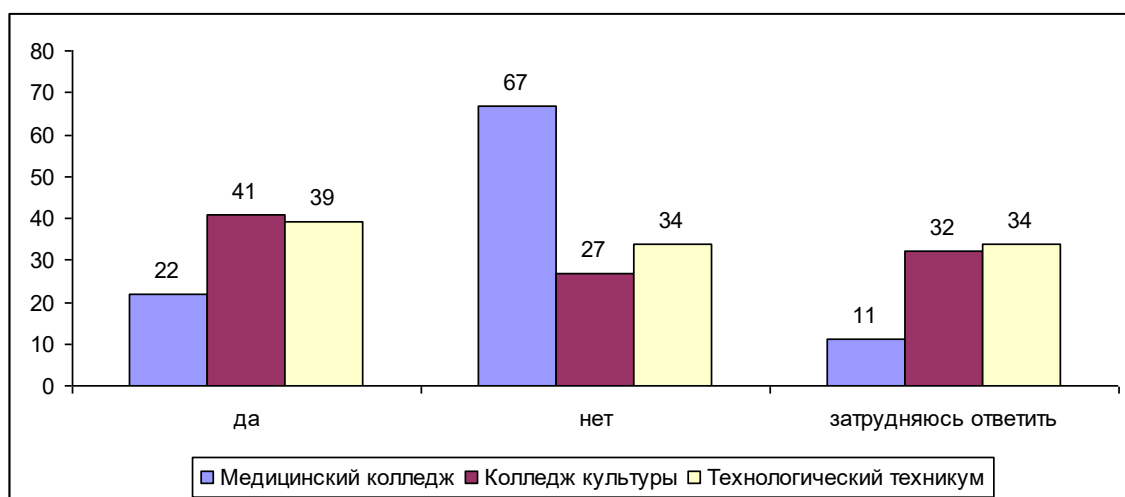


Рисунок 6. Распределение ответов на вопрос «Следует ли опасаться заражения ВИЧ в быту (приготовление пищи, использование общих предметов)?» (%)

Подобная неосведомлённость показывает, что проводимая информационно - просветительская работа с этой группой студентов была недостаточной. Отмеченная неосведомленность может быть предпосылкой к появлению дискриминации и стигматизации ВИЧ-инфицированных граждан.

Зная об основных путях передачи ВИЧ-инфекции, студентам был задан вопрос «Выберите из предложенного списка варианты возможного заражения ВИЧ-инфекцией».

По результатам ответов студентов было определено, что студенты колледжей дали относительно одинаковое количество ответов, где частыми вариантами ответов стали:

- драка с ВИЧ-инфицированным - 11%;
- переливание крови - 61%;
- общее использование нестерильных шприцев - 58%;
- уход за больным ВИЧ-инфицированным пациентом - 31%;
- незащищенный половой контакт - 60%;
- от матери ребенку или от ребенка матери при кормлении грудью - 54%.

Отсюда следует, что студенты достаточно информированы в данном вопросе. Избежать заражения ВИЧ-инфекцией совсем не сложно, для этого существуют простые правила профилактики, но, несмотря на это, количество ВИЧ -инфицированных людей постоянно растёт, что может говорить об эпидемическом состоянии и проблеме недостаточной информированности населения.

Ответы на вопрос «Через какие биологические жидкости можно заразиться ВИЧ-инфекцией» приведены на рисунке 7. В ответе на данный вопрос респонденты выбирали несколько вариантов ответов.

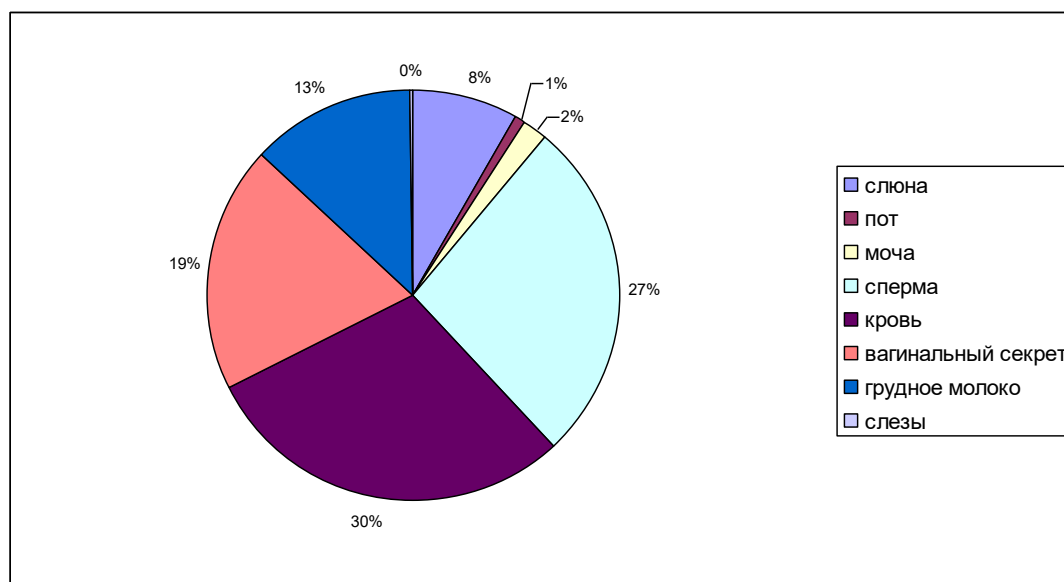


Рис. 7 Распределение ответов на вопрос «Через какие биологические жидкости можно заразиться ВИЧ-инфекцией?» (вопрос с множественными ответами)

Анализ показал, что в целом респонденты хорошо осведомлены о том, через какие биологические жидкости можно заразиться ВИЧ-инфекцией. Однако на некоторую недостаточность проведенной просветительской работы указывает количество ответов на варианты: «сплюна» - 26%, «слезы» 8% и «моча» 2%.

При выяснении вопроса «Можно ли избежать заражения ВИЧ-инфекцией?» студенты всех тех колледжей ответили «Да», что составило 94-95% более правильных ответов от общего количества опрошенных, где «Нет» - 3-4%, «Не знаю» - 2%.

Использование презервативов не может гарантировать 100% защиты от ВИЧ-инфекции при половом контакте. Но все же, данный метод предохранения является единственным способом, позволяющим снизить вероятность возможного заражения до 2-3% случаев. Момент заражения может так же наступить при нарушении целостности материала, не смотря на толщину изделия или истечение срока годности [3]. Анализ ответов на вопрос «Как вы думаете, предохраняют ли презервативы от заражения ВИЧ-инфекцией на 100%?» почти две трети респондентов выбрали вариант «нет», 24% дали положительный ответ и 18% затруднились ответить.

Также более двух третей считают, что у ВИЧ-инфицированной матери есть возможность родить здорового ребенка. Да, это действительно так и рождение здорового ребенка от ВИЧ-инфицированной матери возможно, поскольку, достижения в современной медицине позволяет нам уменьшить риск возможного заражения уже родившегося малыша или еще развивающегося в утробе матери. Но стоит заметить, что риск рождения больного малыша может возрасти у беременных женщин с поздней стадией заболевания или у тех, у кого на фоне ослабленной иммунной системы повышен уровень вирусной нагрузки. Риск инфицирования малыша также зависит от методов родоразрешения.

Что же касается изоляции ВИЧ-инфицированных, то 88% опрошенных студентов не видит в этом необходимости и 72% оказали бы им морально-психологическую поддержку.

Однако 12% респондентов относятся с опаской к ВИЧ-инфицированным и

столько же считают, что они должны быть изолированы от общества. Данные показатели могут говорить о шаблонном отношении и стереотипах о ВИЧ-инфицированных людях, а также в дальнейшем риске их стигматизации.

Результаты анкетирования показали, что, основным источником знаний о ВИЧ-инфекции молодые люди считают Интернет ресурсы (72%), Школу, образовательные организации (59%), СМИ (40%), информация от медицинских работников (39%), семью – 20% и друзья – 15%.

Таким образом, профилактика ВИЧ-инфекции - важная тема, которая должна иметь место в организации учебного и воспитательного процесса. Молодое поколение всегда нуждается в пропаганде здорового образа жизни. Студентам важно помнить, что ВИЧ-инфекция - это, безусловно, еще не приговор, но, придерживаясь определенных мер по защите самого себя, любой может избежать заражения и жить, не опасаясь за своих близких и свое будущее. ВИЧ-инфекцию, как и другие любые заболевания лучше предупредить, чем потом усердно применять медикаментозное лечение. Ведь на сегодняшний день, к сожалению, лекарство от данного заболевания не найдено. Поэтому нужно и важно знать все существующие на сегодняшний день способы и основные меры профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

Проведенное исследование показало, что у студентов всех трех колледжей имеются недостаток знаний о такой серьезной проблеме, как ВИЧ-инфекция. Конечно, студенты медицинского колледжа знают о проблематике больше, но в некоторых вопросах также существует дефицит информации. Поэтому необходимо проведение просветительской работы в этом направлении, пропагандируя основные, доступные способы формирования здорового образа жизни: искоренение вредных привычек, соблюдение режима труда и отдыха, систематическое занятие физкультурой, повышение общей санитарной культуры и гигиенических знаний.

Библиографический список

1. Барабохина В.А. Программа профилактики распространения ВИЧ-инфекции. Нравственное воспитание молодежи. / В.А. Барабохина. - Санкт-Петербург: Речь, 2016. – 240с.
2. Загайнова А.И. Профилактика ВИЧ - инфекции в молодежной среде: методическое пособие (информационно-практические модули I-III) для координаторов профилактических проектов, равных инструкторов и тренеров. / А.И. Загайнова. - Москва, 2014. - 377 с.
3. Мархоцкий Я.Л. Профилактика ВИЧ-инфекции: учебное пособие для вузов. 3-е изд., испр. и доп. / Я.Л. Мархоцкий. - Минск: Высшая школа. 2016. – 128 с.
4. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2021 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [г.http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/03/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2021-g..pdf](http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/03/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2021-g..pdf) (дата обращения: 02.02.2023)

Строкина Ульяна Сергеевна
г. Хабаровск, КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж»
имени Г.С. Макарова

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ АКУШЕРКИ

В современных социально-экономических условиях предъявляются особые требования к состоянию здоровья студенческой молодежи, так как период обучения в учреждениях профессионального образования – это время интенсивной социализации, обусловленной необходимостью жизненного и профессионального самоопределения, поиском своего места в меняющемся мире труда и профессий.

Готовность к сохранению и укреплению здоровья как характеристика личности, влияющая на жизненное долголетие, становится одним из факторов профессиональной уверенности специалиста, а ее формирование становится важной составляющей профессиональной подготовки в образовательном учреждении [3].

Проблема формирования готовности к сохранению и укреплению еще более актуализируется в связи с тем, что у студенческой молодежи происходит переплетение противоречивых тенденций прагматического отношения к здоровью. Ведь известно, что здоровье зависит как от внешних условий, образа жизни, так и от индивидуального ответственного отношения человека к здоровьесбережению.

Особенности профессиональной деятельности акушеров повышают требования к психо-эмоциональным возможностям организма, физической выносливости и состоянию здоровья. Поэтому еще на начальных этапах обучения в колледже необходимо прививать студентам здоровые привычки, применять здоровьесберегающие методики для сохранения и укрепления здоровья. Ведь здоровье играет ключевую роль в профессиональной адаптации, и благодаря этим двум составляющим: здоровье и адаптация, выпускник сможет расти как личность, и как специалист в своей профессиональной деятельности [2].

В группах студентов по специальности «Акушерское дело» реализуется опытно-экспериментальная программа применения здоровьесберегающих педагогических технологий, рассчитанная на три года обучения. Её целью является формирование устойчивой потребности в ведении здорового образа жизни, когда студент начинает работать над собой под влиянием собственных внутренних побуждений, осознавая свои недостатки или же стремясь достичь более высокого уровня здоровья.

На первом курсе было проведено тестирование студентов по определению готовности к ведению здорового образа жизни.

Результаты данного исследования: 32% респондентов не владели знаниями для ведения валеологического образа жизни; 52% — владеют этими знаниями, но испытывают затруднения при их применении; 16% — владеют необходимыми знаниями и могут применять их в жизни.

С помощью активного мониторинга состояния здоровья и анкетирования респондентов подбирались и разрабатывали методики по проведению здоровьесбережения.

Как видно из рисунка 1 уровни физического состояния (ФУС) студентов первого

и третьего курсов значительно отличаются друг от друга, так, на первом году обучения, были студенты, чей уровень физического состояния был низким, что составило 12%.

Однако, после проведения многочисленных занятий по овладению теоретическими и практическими знаниями и методами познавательной деятельности по базовым вопросам здоровьесбережения, виден результат проделанной работы – возрос уровень физического состояния студентов на третьем году обучения в колледже.

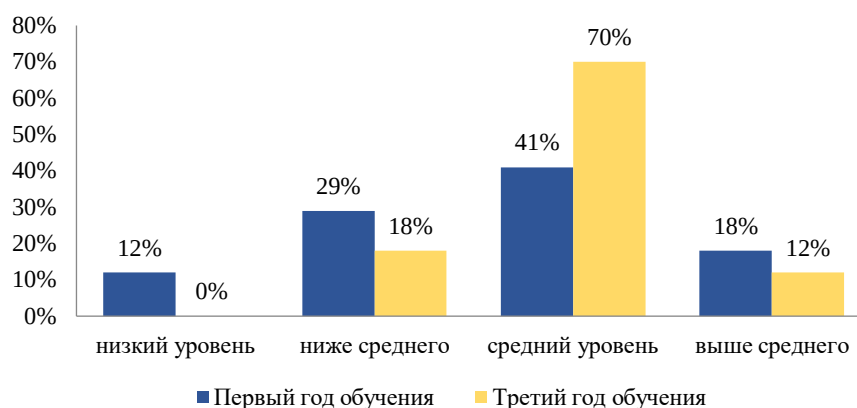


Рисунок 1 — Изменение уровня физического состояния у студентов 1 и 3 курсов

К концу экспериментальной работы количество студентов с высоким уровнем (группы А) увеличилось с 12% до 35%; количество студентов с средним уровнем (группа Б) увеличилась с 59% до 65%; Группа С уменьшилась с 29% до 0% (рисунок 2).

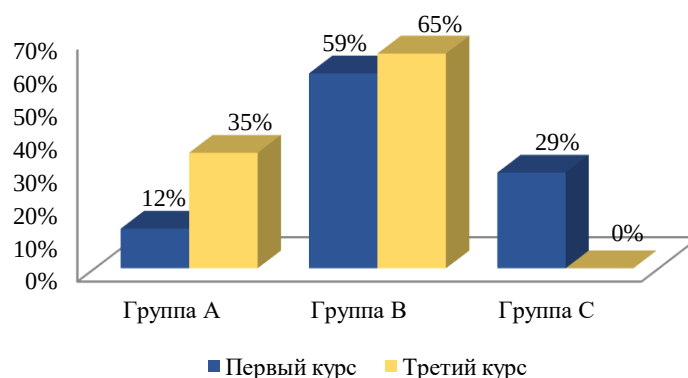


Рисунок 2 — Состав групп студентов по уровню сформированности потребности студентов в здоровом образе жизни на первом и третьем курсе

На третьем курсе студенты более ответственно подходят к вопросам о своем здоровье, чаще обращаются за медицинской помощью к специалистам, больше интересуются научно-популярными изданиями, где могут черпать новые знания об укреплении и охране своего здоровья.

Изменения в физическом состоянии в отношении к своему здоровью связаны с внедрением в учебный процесс занятий по сохранению и укреплению здоровья студентов, где активно обсуждаются проблемы по сохранению здоровья и пути их решения, где применялись различные методики по обучению ведению ЗОЖ и т.д.

Исходя из результатов анкетирования и определения уровня физического состояния на первом и третьем курсах, можно выделить следующее: для студентов

первого курса характерно противоречивое отношение к своему здоровью: при осознанном и личностно значимом понимании важности здоровья для адекватной жизнедеятельности человека, студенты, к сожалению, не всегда на должном уровне заботятся о своем психическом и физическом здоровье, не всегда последовательны и регулярны в реализации различных способов поддержания и сохранения ЗОЖ.

Однако отношение к своему здоровью студенты поменяли после проведенных занятий по здоровьесбережению в течение всего периода обучения. Теперь они стали более последовательны в реализации сохранения и укрепления здоровья, стали более ответственными по отношению к своему здоровью (к примеру: стали чаще посещать лечебные учреждения не только с целью лечения недуга, но и с целью профилактической) и сами проявляют интерес по здоровьесбережению. И это помогает им поднимать свой уровень физического состояния.

Таким образом, произошедшие положительные изменения позволяют нам утверждать, что организационно-педагогическим обеспечением формирования потребности студентов колледжа в здоровом образе жизни является:

- 1) использование индивидуально-дифференцированного подхода при организации деятельности студентов колледжа по формированию их потребности в здоровом образе жизни;
- 2) реализация деятельности преподавателей колледжа по формированию потребности студентов в здоровом образе жизни;
- 3) диагностирование результативности формирования потребности студентов колледжа в здоровом образе жизни.

Опытно-экспериментальная деятельность по здоровьесберегающим технологиям при подготовке по специальности «Акушерское дело», задачей которой сохранить здоровье студентов, адаптировать их к профессиональной деятельности продолжается.

Библиографический список

1. Дранкина А, Дешковская А.: Личные качества медсестры и эффективность сестринского процесс.// Сестринское дело. 1997. №2 28-29.
2. Дудникова М.А. Задачи педагогического колледжа по формированию здорового образа жизни студентов./ Духовное и физическое здоровье школьников Республики Татарстан. Материалы конференции руководителей системы образования городов и районов республики 3-4 августа 2000 г. Казань: ТаРРСС, 2000.- 176-178.
3. Каримова З.В. Формирование здорового образа жизни студентов в процессе учебных и внеучебных занятий. Духовное и физическое здоровье школьников Республики Татарстан. Материалы конференции руководителей системы образования городов и районов республики 3-4 августа 2000 года. Казань: ТаРРДС, 2000. 150-152.
4. Каримуллин Ф.Г. Здоровьесберегающие технологии в деятельности учреждений образования. Школа здоровья. 2000. №2. Т.4. 54-57.
5. Квасов Е., Изуткин Д.А. Факторы образа жизни и здоровье студентов за период их обучения в вузе. Сов. Здравоохранение. 1999. 11.-С. 26-30.

Умнова Екатерина Андреевна
г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 2 курс
Научный руководитель^
преподаватель «Анатомии и физиологии человека» - Никитенкова Е.А.
E-mail: umk08metod@mail.ru

ОСТЕОПОРОЗ. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА

Остеопороз – наиболее распространенное в мире заболевание опорно-двигательного аппарата человека, характеризующееся снижением массы костной ткани, нарушением ее микроархитектоники, приводящее к снижению прочности кости, повышенному риску переломов.

В связи с недостаточной диагностикой и недостаточной профилактикой, риски и заболеваемость по остеопорозу остаются на высоком уровне.

Это заболевание часто называют «молчаливой эпидемией XX века», так как в большинстве случаев человек даже не знает, что у него остеопороз до тех пор, пока потери кальция не приведут к переломам.

Актуальность данной работы обусловлена увеличением заболеваемости остеопорозом, снижением качества жизни пациента с данной патологией, инвалидностью и даже смертностью.

Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами тел позвонков и костей периферического скелета, приводя к большим материальным затратам в области здравоохранения и обуславливающими высокий уровень нетрудоспособности, включая инвалидность и смертность.

По данным Всемирной организации здравоохранения, среди неинфекционных заболеваний остеопороз занимает четвертое место после болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета. В России среди лиц в возрасте 50 лет и старше остеопороз выявляется у 34% женщин и 27% мужчин. Частота остеопороза увеличивается с возрастом. В целом, остеопорозом страдают около 14 млн. человек и еще 20 млн. людей имеют снижение минеральной плотности костной ткани, соответствующее остеопении.

За последние годы остеопороз занял прочное место среди ведущих заболеваний, таких как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, онкологические заболевания. Количество пациентов, страдающих этим недугом неуклонно растет. Каждая третья женщина после наступления менопаузы страдает этим недугом. Часто встречается он у мужчин и женщин после 70 лет. Обнаруживается он и среди молодых людей. Нередок он и при различных заболеваниях как вторичное заболевание.

Высокая и постоянно растущая распространенность остеопороза, значительная стоимость лечения как самого заболевания, так и его прямых осложнений – переломов, развитие болевого синдрома, деформаций и потери трудоспособности и способности к самообслуживанию, определяют важность данной проблемы для здравоохранения Российской Федерации.

Объект исследования: заболевание остеопороз.

Предмет исследования: информированность населения о факторах риска развития остеопороза.

Цель исследования: изучить уровень информированности населения о факторах риска остеопороза.

Практическая значимость работы исследования состоит в том, что в ходе работы даны практические рекомендации по профилактике остеопороза.

Методы исследования:

- 1) теоретический анализ;
- 2) статистический анализ данных;
- 3) анкетирование;
- 4) сравнение.

1. Этиология, патогенез, причины и факторы риска развития остеопороза

Остеопороз – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы костной ткани и нарушением ее качества (микроархитектоники), которые приводят к хрупкости костей и в последующем переломам при незначительной травме (например, падение с высоты собственного роста) [5].

Причины развития остеопороза многообразны, их принято классифицировать по группам факторов риска.

Модифицируемые факторы риска:

- 1) длительный прием глюкокортикоидов(более трех месяцев) - негативно сказывается на процессе восстановления костей.
- 2) курение– скорость потери костной ткани у курящих приблизительно в 1,5-2 раза выше, чем у некурящих. Курение изменяет гормональный фон и нарушает всасывание кальция в кишечнике;
- 3) недостаточное потребление кальция. При малом поступлении кальция снижается плотность костей, повышается риск переломов, костная масса теряется в более раннем возрасте;
- 4) дефицит витамина D. Он усиливает усвоение кальция из пищи и восстановление костной ткани;
- 5) злоупотребление алкоголем. Алкоголь даже в небольших дозах нарушает процессы формирования кости и увеличивает ее разрушение, кроме того, растет риск падений.
- 6) низкая физическая активность. Физическая активность в молодом возрасте способствует формированию более сильной костной ткани. Плотность кости у спортсменов на 25% выше, чем у людей с обычным уровнем физических нагрузок, а при активном образе жизни - на 30% выше, чем при малоподвижном. Прекращение ежедневной физической активности приводит к снижению костной массы: так, у лежащих больных костная ткань быстро теряет кальций.

Немодифицируемые факторы риска остеопороза:

- 1) возраст старше 65 лет. Остеопороз может возникать в любом возрасте, но наиболее часто им страдают пожилые люди. Чаще болеют женщины;
- 2) женский пол;
- 3) европеоидная раса;
- 4) предшествующие переломы;

- 5) низкая минеральная плотность кости;
- 6) склонность к падениям;
- 7) наследственность (семейный анамнез остеопороза);

8) масса тела менее 57 кг. Риск остеопороза выше у худых людей (особенно при массе меньше 57 кг) и ниже у полных. Дело в том, что жировая ткань продуцирует женские половые гормоны (эстрогены), защищающие костную ткань от потерь. Жировые отложения создают дополнительную нагрузку на кости (они становятся более сильными), а при падении жир, как подушка, смягчает удар и защищает от переломов.

Патогенез остеопороза не имеет единого механизма, поскольку снижение плотности костной ткани и нарушение микроархитектоники кости происходит по-разному, в зависимости от преобладающего фактора риска болезни. Общими для всех факторов являются следующие процессы:

1) нарушение формирования костной ткани в период роста, либо процессов ее обновления;

2) снижение массы костной ткани. При остеопорозе уменьшается и истончается кортикальный слой кости, уменьшается число трабекул губчатого вещества кости. Это приводит к деформации костей в детском возрасте и к переломам у взрослых [12].

3) нарушения обмена кальция, фосфора и витамина D.

Остеопороз часто считают болезнью людей пожилого возраста. Однако это не так. Снижение минеральной плотности кости может происходить и в молодом, и в более старшем возрасте. Физиологические потери минеральной плотности костной ткани начинаются у женщин в 30-35 лет – ежегодные потери костной массы составляют 1%. Поэтому очень важна профилактика этого заболевания уже в этом возрасте. Потеря костной ткани обычно ускоряется в середине жизни, как у женщин, так и у мужчин. Женщины теряют до 20% костной плотности в первые 5-7 лет после менопаузы [4].

Основная причина данного заболевания заключается в сбое обмена веществ организма. Если сравнивать кость здорового человека и больного остеопорозом, то можно заметить явные отличия, которые заключаются в чрезмерной пористости больной кости, и выглядит это очень страшно (рисунок 2) [10]. Такой вид кости объясняется уменьшением ее плотности, так как минеральные вещества не задерживаются в организме.

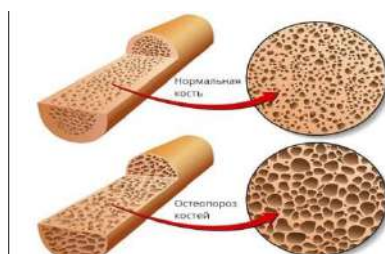


Рисунок 1 - Сравнение нормальной кости и кости при остеопорозе

Данная болезнь чаще всего проявляется после 30 лет, потому что до этого периода кости наполняются и достигают своей предельной плотности. То есть возраст от 20 до 30 лет имеет свои преимущества, так как кости набирают максимальную плотность, и в этот период люди реже страдают от переломов.

После 30 лет начинается обратный процесс, и в конце концов все возвращается к

начальной стадии, когда кости были хрупкими, как в детстве. Согласно статистике, после пятидесяти лет немалая часть пенсионеров страдает остеопорозом. И в случае получения переломов долгое время пожилые люди остаются прикованными к постели. Иногда из-за этого заболевания перелом может закончиться летальным исходом.

2 Классификация, симптомы, диагностика и лечение остеопороза

Существует два основных вида остеопороза: первичный и вторичный.

Первичный:

1) ювенильный остеопороз — остеопороз, характерный для детей и молодых людей, встречается редко, обусловлен, скорее всего, врожденными дефектами;

2) идиопатический остеопороз – встречается чаще у представителей сильного пола, но иногда обнаруживается и у женщин, возраст 20-25 лет, проявляется периодическими болями в позвоночнике, вероятны компрессионные переломы;

3) постклимактерический остеопороз (1 тип) – развивается у женщин в возрасте 50-70 лет. Основная его причина - недостаточное образование в организме женских половых гормонов – эстрогенов и нарушение метаболизма. Проявляется возникновением переломов позвонков, дистальных отделов лучевой кости.

4) сенильный остеопороз (2 тип) – остеопороз, связанный с общим старением и изнашиванием организма, уменьшением массы и прочности скелета после 70 лет.

85% случаев заболевания относится к первичному остеопорозу, преимущественно постклимактерическому.

Вторичный остеопороз является осложнением различных заболеваний (эндокринных, воспалительных, гематологических, гастроэнтерологических) или лекарственной терапии (например, стероидной).

Возможно развитие смешанного характера остеопороза. Например, при приеме глюкокортикоидов у женщин в постменопаузе вследствие серьезного соматического заболевания, которое само по себе может приводить к развитию вторичного остеопороза. В данном случае очень сложно выделить первопричину снижения прочности костей скелета [6].

Заметить заболевание на ранней стадии достаточно сложно, хотя существует несколько признаков (рисунок 2):

- изменения в осанке;
- боли в костях при изменении погоды;
- хрупкие ногти и волосы, разрушение зубов;
- боли в поясничном и грудном отделах позвоночника при длительной статической нагрузке;
- ночные судороги в ногах;
- старческая сутулость;
- уменьшение роста (за счет уменьшения высоты позвонков);
- явления пародонтоза [3].

Наиболее чувствительны к заболеванию: позвоночник, шейка бедра, кости рук и запястья.



Рисунок 2— Клинические проявления остеопороза

Назначение лечения остеопороза должно осуществляться после проведения диагностики, которая включает в себя сбор анамнеза, осмотр пациента, определение состояния эндокринной и иммунной систем. Для выявления ОП применяются инструментальные и лабораторные методы.

1. Денситометрия – основной инструментальный метод диагностики остеопороза, измерение минеральной плотности костной ткани.

2. Рентгенологическое исследование: следует проводить для диагностики переломов костей периферического скелета и позвонков.

3. Лабораторное исследование: общий клинический анализ крови; кальций и фосфор в сыворотке крови; клиренс креатинина; щелочная фосфатаза; общий белок и белковые фракции; парагормон [9].

После прохождения диагностики остеопороза специалисты подбирают план лечения, который основан на результатах исследований. Используют как консервативные, так и хирургические методы.

Медикаментозная терапия включает в себя препараты, которые останавливают разрушение костной ткани (бифосфонаты, деносумаб) и препараты, которые стимулируют костеобразование (терипаратид). В терапию обязательно включаются препараты кальция 1000-1200 мг/сутки с учетом продуктов питания и витамина D до 2000 МЕ в сутки.

При правильном и своевременном лечении прогноз в подавляющем большинстве случаев положительный.

Таким образом, остеопороз – прогрессирующее системное заболевание скелета, при котором имеет место снижение массы костной ткани и нарушение ее структуры, приводящее к увеличению хрупкости костей и повышенному риску их переломов. Частота заболеваемости остеопорозом увеличивается с возрастом. Остеопороз называют «молчаливой эпидемией», так как развитие патологии кости происходит незаметно для человека до тех пор, пока не случится перелом.

При правильном и своевременном лечении прогноз в подавляющем большинстве случаев положительный, нарастает костная плотность, значительно снижается риск типичных для остеопороза переломов.

3. Анализ уровня информированности населения об остеопорозе

Нами было проведено анкетирование среди населения г. Уссурийска.

Целью анкетирования являлось определение уровня знаний населения об остеопорозе и его профилактике.

В анкетировании приняло участие 80 респондентов. Распределение участников по полу представлено на рисунке 3.



Рисунок 3 – Распределение участников по полу

Из диаграммы видно, что наибольший процент опрошиваемых составили женщины (80%).

Среди опрошиваемых встретились различные возрастные категории от 16 до 78 лет. Распределение анкетированных по возрасту отражено на рисунке 4.

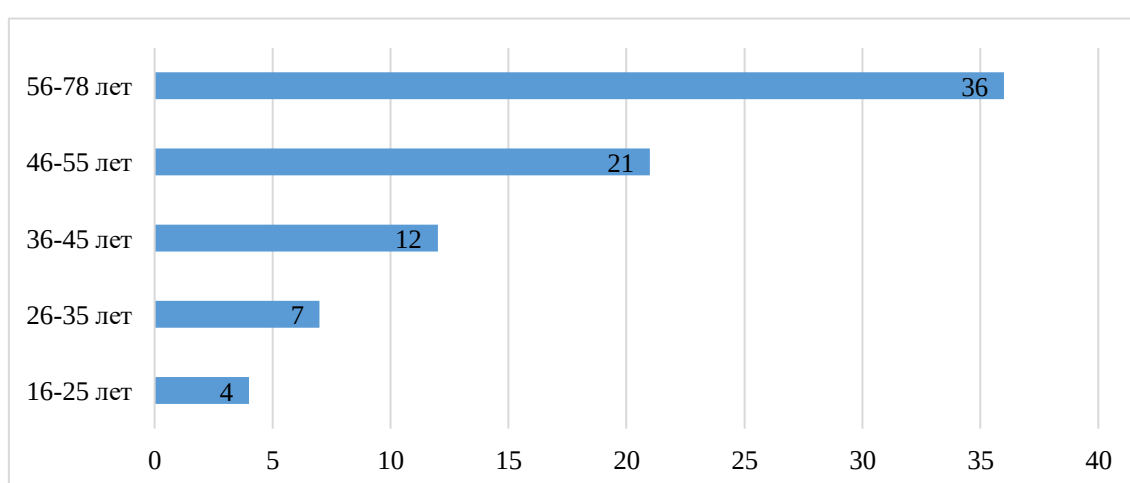


Рисунок 4 – Распределение участников по возрасту

Из диаграммы мы видим:

- 1) на первом месте респонденты в возрасте от 56 до 78 лет (36 человек, 45%);
- 2) на втором месте респонденты в возрасте от 46 до 55 лет (21 человек, 26%);
- 3) на третьем месте респонденты в возрасте от 36 до 45 лет (12 человек, 15%);
- 4) наименьшее количество респондентов составили возрастные категории от 16 до 35 лет.

Результаты опроса на вопрос «Известно ли Вам, что такое остеопороз» представлены на рисунке 5.

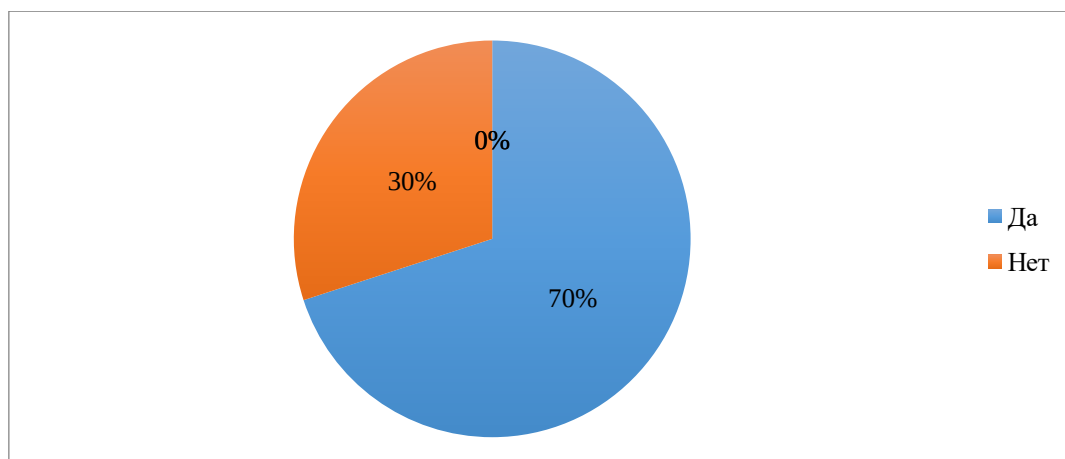


Рисунок 5 – Результаты опроса «Известно ли Вам что такое остеопороз?»

Анализируя результаты анкетирования видно, что 70% опрошенных людей знают, что такое остеопороз.

Результаты ответа на вопрос: «Знаете ли Вы клинические проявления остеопороза» представлены на рисунке 6.

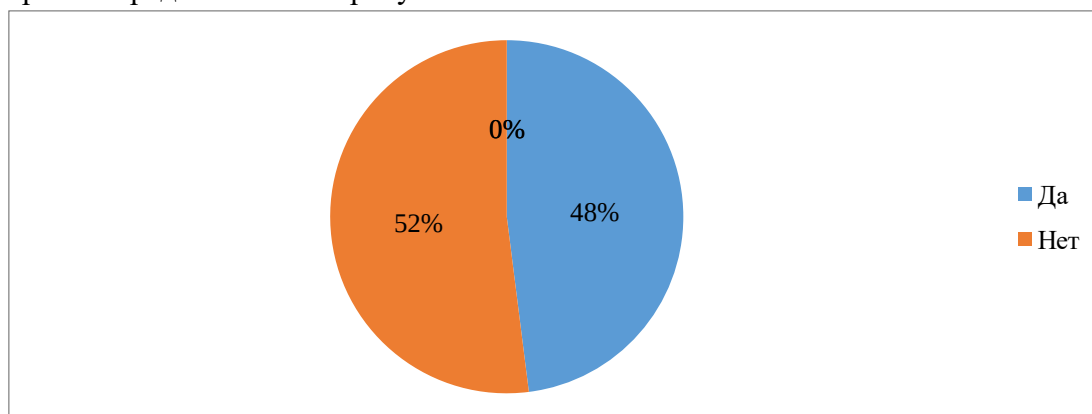


Рисунок 6 – Результаты опроса «Знаете ли Вы клинические проявления остеопороза»

Как видно из диаграммы, 52% опрошенных, не знают клинические проявления остеопороза.

Нам было интересно узнать знают ли респонденты методы диагностики и какие? Ответ представлен на рисунке 7.

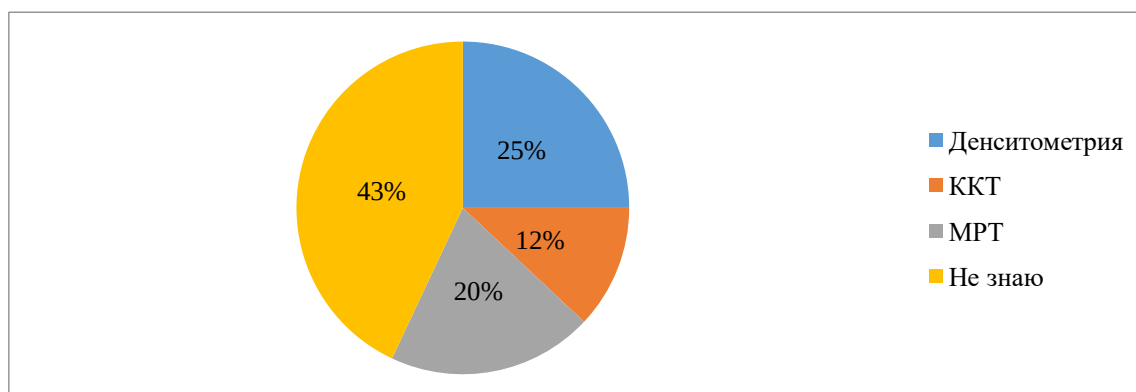


Рисунок 7 – Результаты опроса «Какие методы диагностики остеопороза Вы знаете?»

Исходя из диаграммы, мы видим, что большая часть опрошенных, а это 43%, не знает методы диагностики, 25 % - знают такой метод как денситометрия, и 20 % - МРТ и 12% - ККТ.

Ответ на вопрос: «Знаете ли Вы, чем опасен остеопороз?» представлен на рисунке 8.

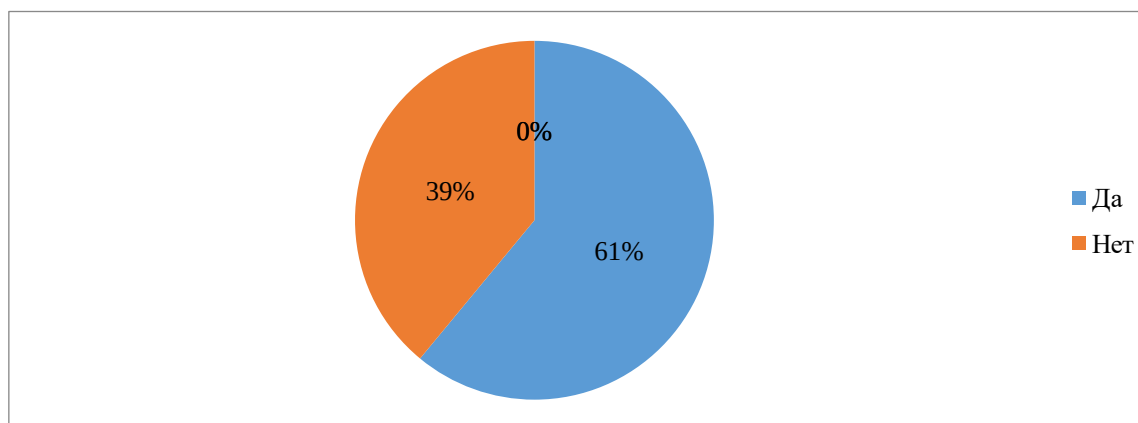


Рисунок 8 – Результаты опроса «Знаете ли Вы, чем опасен остеопороз?»

И мы видим, что 61% опрошенных знают, чем опасен остеопороз. Остеопороз чрезвычайно коварен. Развиваясь исподволь, без симптомов, он проявляет себя переломами, полученными в результате незначительной травмы.

Поэтому следующий вопрос, который мы задали анкетированным это: «Знаете ли Вы факторы риска остеопороза?». Ответ представлен на рисунке 9.

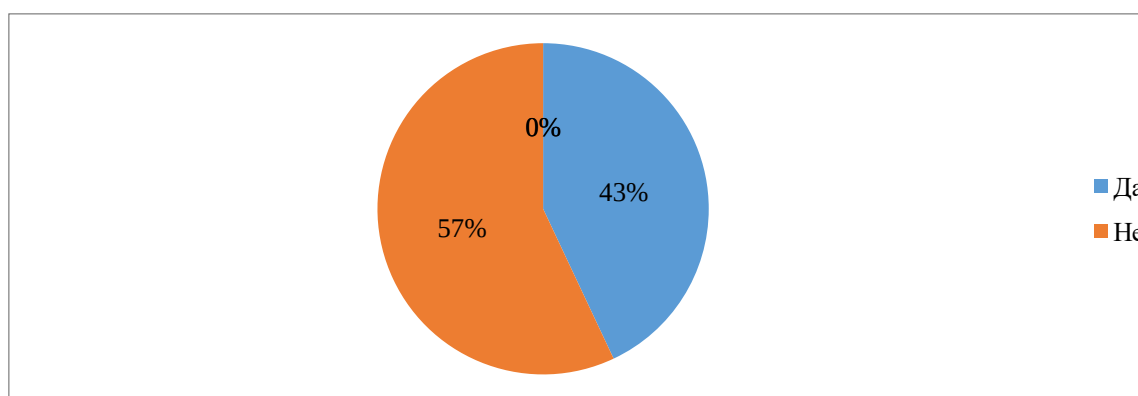


Рисунок 9 – Результаты опроса «Знаете ли Вы факторы риска остеопороза?»

Как мы видим из диаграммы наибольший процент опрошиваемых- 57% не знают факторы риска остеопороза, а 43% - знают.

Нам стало интересно узнать, какие факторы риска они знают. Ответ представлен на рисунке 10.

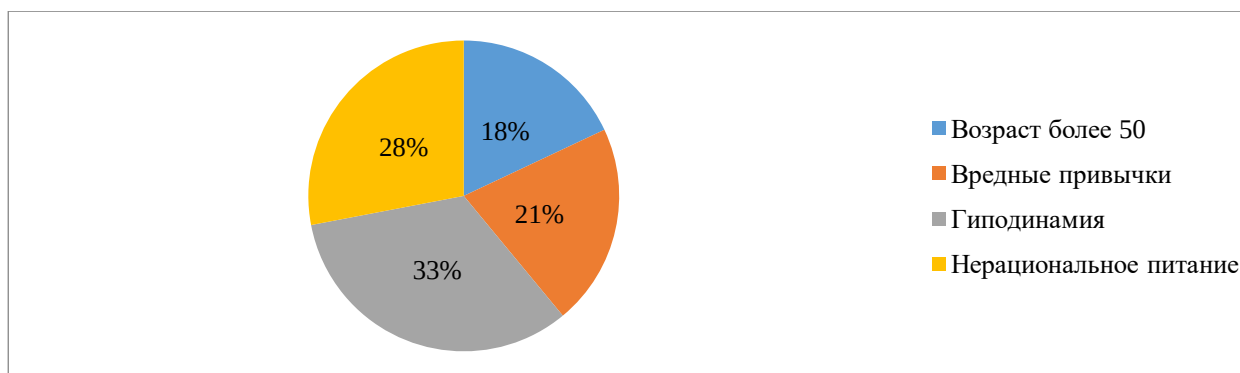


Рисунок 10 – Результаты опроса «Какие факторы риска развития остеопороза Вы знаете?»

Из диаграммы видно, что

- 1) на первом месте – 33%- это гиподинамия,
- 2) на втором месте - 28% ответили, что нерациональное питание,
- 3) на третьем месте - 21 % - вредные привычки
- 4) на четвертом месте - 18% - возраст свыше 50 лет.

Нам стало интересно, знают ли наши респонденты методы профилактики остеопороза. Ответ представлен на рисунке 11.

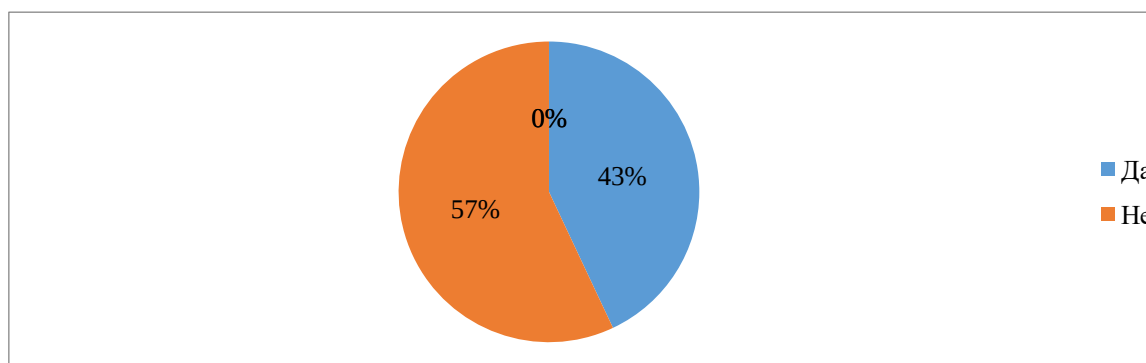


Рисунок 11 – Результаты опроса «Знаете ли Вы методы профилактики остеопороза?»

Только 43 % опрошенных, знают методы профилактики остеопороза, а 57% - ничего о них не знают. Именно профилактика способна замедлить развитие остеопороза.

Представляем Вам результаты ответов на вопрос: «Какие методы профилактики остеопороза Вы знаете?». Ответ представлен на рисунке 12.

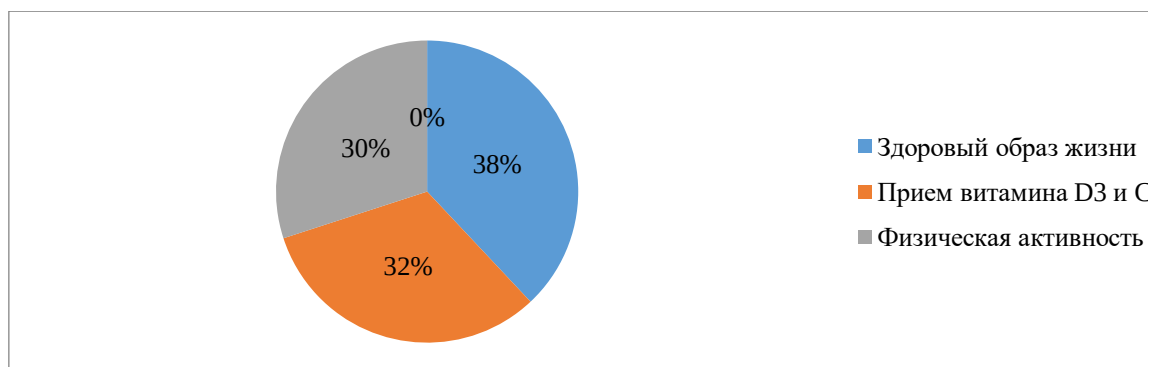


Рисунок 12 – Результаты опроса «Какие методы профилактики остеопороза Вы знаете?»

Из диаграммы мы видим: на первом месте – 38%– это здоровый образ жизни, на втором месте – 32 % – прием витамина D₃ и Ca, на третьем месте – 30% физическая активность.

Мы решили узнать у наших анкетированных: занимаются ли они физической культурой? Ответ представлен на рисунке 13.

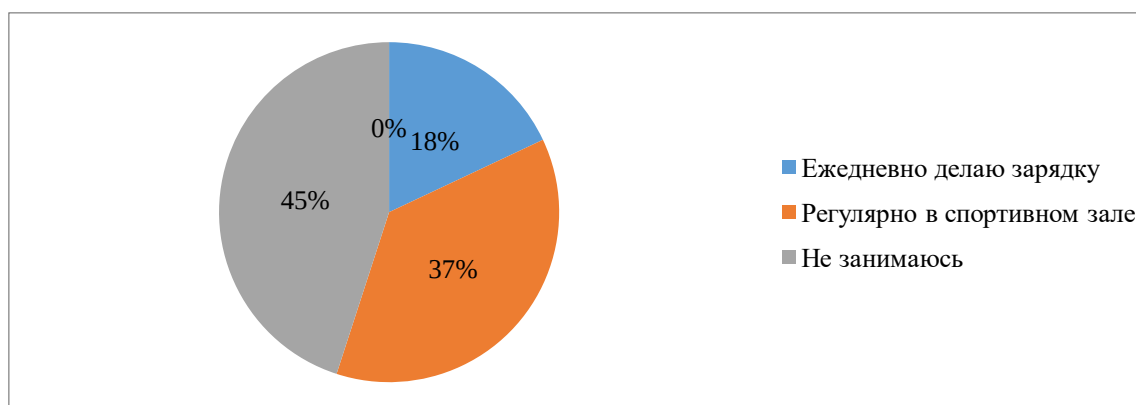


Рисунок 13 – Результаты опроса «Как часто Вы занимаетесь физической культурой?»

Несмотря на то, что 30% респондентов ответили, что один из методов профилактики остеопороза – это физическая активность, из диаграммы мы видим, что 45% ею не занимаются.

Питанию при остеопорозе уделяется большое внимание, т. к. на костную ткань оказывают влияние многие вещества и микроэлементы, содержащиеся в пище. При этом достаточное поступление кальция рассматривается как необходимое условие для лечения и профилактики остеопороза.

Мы решили узнать у респондентов, знают ли они продукты богатые Ca?». Ответ на вопрос представлен на рисунке 14.

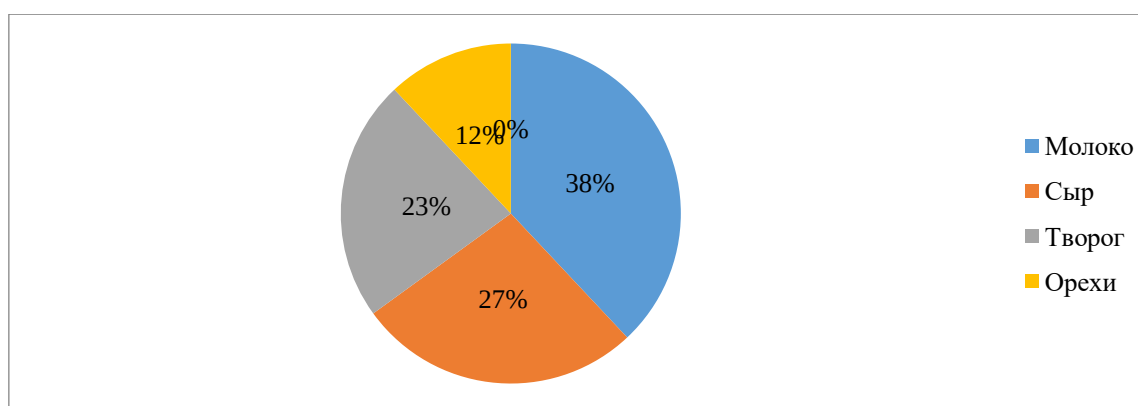


Рисунок 14 – Результаты опроса «Какие Вы знаете продукты богатые Са?»

Из диаграммы мы видим, что респонденты знают продукты, богатые Са:

- 1) на первом месте – 38%- молоко,
- 2) на втором месте - 27% - сыр,
- 3) на третьем месте -23 % - творог,
- 4) на четвертом месте -12% - орехи.

Мы решили узнать у наших анкетированных знают ли они, сколько составляет суточная потребность человека в Са? Ответ представлен на рисунке 15.

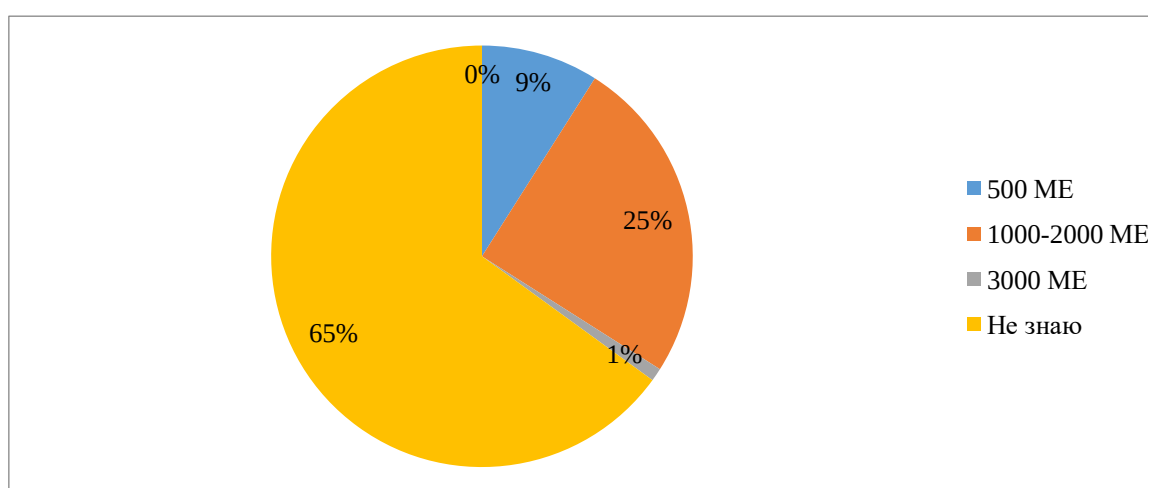


Рисунок 15—«Знаете ли Вы суточную потребность человека в Са»

Мы видим из ответов, что 65% - не знают суточную потребность человека в Са и всего 25 % ответили правильно - 1000-2000 МЕ.

Из диаграммы мы видим, что наибольшую информацию о мерах профилактики остеопороза наши респонденты получили из средств массовой информации-48%, от врача и других медицинских работников-28 %.

По данным опроса, можно сделать вывод, что у нас выявилась низкая информированность населения.

Таким образом, проанализировав знания пациентов, о том, что такое остеопороз: 30% не знают о таком заболевании, 52% не знают клинических проявлений, 43% - методов диагностики остеопороза, 51% - не знают факторов риска, 57% - не знают меры профилактики остеопороза. Все это говорит о низкой степени информированности населения о таком заболевании как остеопороз и мерах его профилактики. Именно

профилактика способна замедлить процесс разрушения костей.

4 Мероприятия по профилактике остеопороза

20 октября отмечается Всемирный день борьбы с остеопорозом. Основным лозунгом является – «Любите свои кости. Защитите свое будущее!». Международный Фонд Остеопороза определил важность комплексной профилактики заболевания, её значимость для активного долголетия (рисунок 4).

Первичная профилактика остеопороза включает пропаганду и организацию здорового образа жизни:

1) полноценное питание с достаточным содержанием кальция и витамина D. Необходимо отказаться от продуктов, которые выводят кальций из организма (чай, кофе, какао), продуктов, содержащих жиры в большом количестве (масло, маргарин и майонез). Ограничить употребление красного мяса (говядины, телятины, баранины) до 1-2 раз в неделю, так как, фосфор, содержащийся в мясе, препятствует усвоению кальция. В рационе в избытке должны быть молоко и его производные, сыры, миндаль, капуста.

2) увеличить потребление витамина D, который можно получить из кунжута, сыра, сметаны и яиц. Витамин B6 и фолиевая кислота также помогают в лечении остеопороза. Костная ткань быстрее восстанавливает свою плотность благодаря магнию и продуктам, в которых он содержится. Это бананы, листовые овощи, грецкие орехи и бобовые.

3) разумные физические нагрузки и упражнения, укрепляющие костную мускулатуру, развивающие гибкость и способность сохранять равновесие,

4) отказ от вредных привычек. Лицам, имеющим лишнюю массу тела, рекомендуется нормализовать вес.

5) по показаниям используют длительную заместительную терапию женскими половыми гормонами (эстрогенами), рекомендуемую, как правило, женщинам старше 45-50 лет.

Немаловажной составной частью профилактических мероприятий является просвещение и обучение пациентов и членов их семей, включающее основные сведения о факторах риска, способах выявления, профилактики и экономически выгодного лечения остеопороза.

Вторичная профилактика направлена на предотвращение прогрессирования остеопороза, падений и переломов костей. С этой целью используют лекарственные препараты с высоким содержанием элементарного кальция и витамина D, при умеренно выраженном и тяжелом остеопорозе – длительное медикаментозное лечение, включающее применение женских половых гормонов, бифосфонатов, гормонов щитовидной железы (кальцитонинов). Ограничивают или исключают применение некоторых лекарств, способствующих потере костной массы (кортикостероиды и др.) [5].

Таким образом, по данным опроса, мы выяснили, что информированность населения о факторах риска развития остеопороза низкая. Остеопороз чрезвычайно коварен, это «молчаливая» болезнь, приводящая к инвалидизации. Заболеваемость неуклонно растет, поэтому очень важно информировать население о остеопорозе, о факторах риска, клинических проявлениях и, конечно о методах профилактики. Ведь болезнь легче предупредить, чем лечить!

Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение остеопороза, несомненно, необходимы всем. Но тем, кто подвержен риску развития этой болезни, особенно важен регулярный врачебный контроль. Если результат денситометрии (специального метода рентгенографии, с помощью которого измеряют минеральную плотность костей), покажет, что кости начинают терять плотность – врач подскажет, как предотвратить остеопороз и назначит профилактическое лечение. Женщинам старше 40 лет необходимо раз в год определять состояние костей.

В ходе исследования были расширены знания по остеопорозу, изучили и проанализировали информированность населения о факторах риска остеопороза о мерах его профилактики.

Таким образом, цель работы достигнута, все поставленные задачи выполнены.

На основании результатов исследования можно сделать следующие выводы:

1) остеопороз – прогрессирующее системное заболевание скелета, при котором имеет место снижение массы костной ткани и нарушение ее структуры, приводящее к увеличению хрупкости костей и повышенному риску их переломов.

Остеопороз резко снижает качество жизни, требует больших экономических затрат из-за длительного лечения и реабилитации и поэтому является серьезной проблемой для здравоохранения в любой стране мира.

2) уровень информированности населения о факторах риска остеопороза низкий

3) 30% анкетированных не знают что такое остеопороз, 52% - клинических проявлений, 39% не знают, чем опасен остеопороз и 57% не знают методов профилактики остеопороза, факторов риска.

Социологическое исследование выявило, что необходимо продолжать работу по санитарному просвещению, повышать мотивацию к здоровому образу жизни: правильное здоровое питание с достаточным содержанием кальция и витамина Д, физическая активность, отказ от вредных привычек, нормализация веса. Выполнение этих простых правил замедлит развитие болезни и снизит риск развития осложнений и преждевременной инвалидизации.

Жизнь человека зависит от него самого и его родственников.

Библиографический список

1. Белая, Ж. Е. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза / Ж. Е. Белая, К. Ю. Белова, Е. В. // Остеопороз и остеопатии. — 2021. — № 2.
2. Беневоленская, Л.И. Клинические рекомендации. Остеопороз: диагностика, профилактика и лечение /Л.И. Беневоленская. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 827 с
3. Беневоленская, Л.И. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение /Л.И. Беневоленская. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 703 с.
4. Верткин, А.Л. Остеопороз / А.Л Верткин. – М.: Эксмо, 2020. – 987 с.
5. Древаль, А.В. Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D / А.В. Древаль. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с.
6. Захарчук, А.Г. Артриты, остеохондроз, остеопороз и другие болезни скелета / А.Г.Захарчук. – М.: Диля, 2020. – 160 с.
7. Калюжнова, И.А. Лечение остеопороза / И.А. Калюжнова. — М.: Вектор, 2020.

— 128 с.

8. Калюжнова, И.А. Остеопроз / И.А. Калюжнова – М.: Научная книга, 2020 –139 с.
9. Каримов Х.Я. ,Саатов Т.С. Генетические аспекты развития остеопороза / Х.Я.Каримов., Т.С.Саатов. - М.: РУСАЙНС, 2021. – 106 с.
10. Котельников, Г.П. Остеопороз / Г.П.Котельников, С.В. Булгакова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 520 с.
11. Лесняк, О.М. Остеопороз. Материалы для пациентов / О.М.Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 725 с.
12. Лесняк, О.М. Остеопороз. Руководство для врачей. Второе издание. / О.М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023 г. – 752 с.
13. Мелмед Ш., Полонски К.С., Минеральный обмен. Эндокринология по Вильямсу / Ш.Мелмед., К.С.Полонски. - М.: ГЭОТАР-Медиа,2023. – 296 с.
14. Мкртумян А.М., Бирюкова Е.В., Остеопороз. Учебно - методическое пособие для врачей, клинических ординаторов и интернов / А.М.Мкртумян., Е.В.Бирюкова. - М.: Медфорум, 2018. – 162 с.
15. Свиридонова М.А., Мирная С.С. Остеопороз. Современное лечение / М.А.Свиридонова, С.С.Мирная. – Практическая медицина, 2022. – 64 с.

Приложение А

Анкета Что Вы знаете о остеопорозе?

Уважаемые участники опроса!

Проводится исследование, цель которого изучить знания о мерах профилактики остеопороза.

Исследование анонимное. Просим Вас предельно искренне ответить на предлагаемые вопросы.

Выбранный вариант ответа подчеркните чертой!

1. Ваш возраст?
2. Ваш пол?
 - А) Женский
 - Б) Мужской
3. Известно ли Вам что такое остеопороз?
 - А) Да
 - Б) Нет
4. Знаете ли Вы клинические проявления остеопороза?
 - А) Да
 - Б) Нет
5. Какие методы диагностики остеопороза Вы знаете?
 - А) Денситометрия
 - Б) ККТ
 - В) МРТ
 - Г) Не знаю
6. Знаете ли Вы, чем опасен остеопороз?
 - А) Да

Б) Нет

7. Знаете ли Вы факторы риска остеопороза?

А) Да

Б) Нет

8. Какие факторы риска Вы знаете?

9. Знаете ли Вы методы профилактики остеопороза?

А) Да

Б) Нет

10. Какие методы профилактики остеопороза Вы знаете?

11. Как часто Вы занимаетесь физической культурой?

А) Ежедневно делаю зарядку

Б) Регулярно в спортивном зале

В) Не занимаюсь

12. Какие Вы знаете продукты, богатые Са?

13. Сколько составляет суточная потребность человека в Са?

А) 500 МЕ

Б) 1000-2000 МЕ

В) 3000 МЕ

Г) Не знаю

Шульга Евгения Дмитриевна

г. Уссурийск, Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

34.02.01 «Сестринское дело», 4 курс

Научный руководитель – преподаватель СУ в хирургии - Ведерникова О.К.

E-mail: evgeniasulga12341@gmail.com

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Актуальность темы исследования заключается в том, что проблема заболеваемости злокачественными новообразованиями в последние десятилетия становится все более актуальной для современного общества и занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения, так как злокачественные новообразования являются одной из основных причин инвалидизации населения, поэтому паллиативная помощь занимает ведущее место в уходе за онкологическими пациентами.

XXI век знаменуется глобальным постарением населения, ростом онкологической заболеваемости, распространением СПИДа, увеличением числа больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями, что приводит к появлению большой группы инкурабельных больных, испытывающих сильнейшие страдания и нуждающихся в адекватной комплексной медико-социальной помощи.

Паллиативная медицина - это соответствующие медицинское обслуживание пациентов с активной, прогрессирующей или неизлечимой формой болезни. Целью

паллиативной медицины является достижение наилучшего качества жизни для больных и их семей.

Прогрессирующий рост заболеваемости и смертности от ЗНО свидетельствует об отсутствии эффективных путей первичной профилактики, поздней диагностики и недостаточной осведомленности населения о мерах профилактики и ведения здорового образа жизни.

В 2017 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию «Профилактика рака и борьба с ним в контексте комплексного подхода» (WHA70.12), в которой содержится призыв к правительствам стран и ВОЗ ускорить работу по достижению целей, предусмотренных в Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. и в принятой ООН Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., в интересах снижения преждевременной смертности от рака.

Онкологические больные остро нуждаются в медико-социальной реабилитации, в которую входит не только переход болезни в стадию ремиссии, но и возвращение к тому социальному статусу, который был у них до начала заболевания, а также паллиативная помощь. Так как после установки диагноза многие теряются в себе, пропадает вера в себя, надежды на будущее и также теряется во многих случаях связь с родственниками. Именно на данном этапе нельзя не оценить всю работу, которую выполняет медицинская сестра, оказывая помощь не только пациенту, но и всему окружению пациента.

Медико-социальная обеспеченность пациентов, со злокачественными заболеваниями наиболее полно раскрывает содержание сестринской профессии. Медицинская сестра находится в постоянном контакте с онкологическим пациентом, поэтому она является связующим звеном между пациентом и внешним миром.

Это означает, что именно оптимизация со стороны медицинской помощи способна значительно увеличить качество оказываемых услуг и оказать даже самую незначительную поддержку пациентам, имеющим этот недуг. Именно она предоставляет не только полноценный уход, но и дает большую поддержку пациенту.

Тяжелое бремя болезни несут не только пациенты с онкологическим диагнозом, но и их близкие люди. Они выполняют функции опекунов, организуют уход и обеспечивают финансирование лечения.

Важнейшей задачей среднего медицинского персонала является психологическая работа с семьей пациента, так как зачастую родственники не способны самостоятельно справиться с обрушившимися на них проблемами и, тем самым, неумышленно усугубляют состояние пациента сами того порой не понимая.

Паллиативная медицина, которая дает возможность оптимизировать качество жизни инкурабельных пациентов и их родственников, должна получить дальнейшее развитие в структуре отечественного здравоохранения.

Основными направлениями при оказании паллиативной помощи инкурабельным больным должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу.

Объект исследования: деятельность медицинской сестры.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры в оказании

паллиативной помощи онкологическим больным.

Цель исследования: рассмотреть роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи онкологическим больным.

Задачи исследования:

- 1) изучить понятие онкологического заболевания: причины возникновения, факторы риска, этиологию и патогенез, клинические симптомы патологии;
- 2) рассмотреть методы лечения и профилактики онкологического заболевания;
- 3) изучить паллиативную помощь, как один из комплексов лечебных мер;
- 4) провести сбор и анализ статистических данных по заболеваемости взрослого населения от онкологии в Приморском крае;
- 5) проанализировать профессиональную деятельность медицинской сестры в оказании паллиативной помощи онкологическим больным;
- 6) путем анкетирования населения города Уссурийска провести анализ уровня информированности об онкологических заболеваниях, их осложнениях и профилактике.

Опухоль или новообразование – это патологический процесс, который встречается во всех живых организмах. У человека более 200 видов опухолей, которые образуются в любой ткани и в любом органе.

К факторам риска развития рака (и других неинфекционных заболеваний) относятся употребление табака и алкоголя, нездоровое питание, низкий уровень физической активности и загрязнение воздуха.

Также факторами риска рака могут быть некоторые хронические инфекции, и в странах с низким и средним уровнем дохода эта проблема стоит особенно остро. В 2018 г. примерно 13% случаев рака, диагностированных во всем мире, были ассоциированы с канцерогенными инфекциями, такими как *Helicobacter pylori*, вирус папилломы человека (ВПЧ), гепатит В, гепатит С и вирус Эпштейна-Барра.

Вирусы гепатита В и С и некоторые типы ВПЧ повышают риск развития рака печени и рака шейки матки соответственно. ВИЧ-инфекция также значительно повышает риск развития некоторых форм рака, в частности рака шейки матки.

Малигнизация – это переход ткани в опухолевую. В настоящее время в России у мужчин на первом месте по распространенности стоит рак легких, затем желудка и кожи. У женщин – рак молочной железы, затем желудка и кожи. Лечение заключается в первую очередь в хирургическом вмешательстве, а также лучевой и химиотерапии.

Опухоль – это патологический процесс, характеризующийся безудержным размножением клеток, при этом нарушаются рост и дифференцировка клеток вследствие изменений их генетического аппарата.

Свойства опухоли: автономный и бесконтрольный рост, атипизм, анаплазия или новые свойства, не присущие нормальной клетке и катаплазия. Строение опухоли по форме: форма узла, шляпки гриба, блюдцевидная, в виде сосочков, в виде цветной капусты и т. д. Поверхность: гладкая, бугристая, сосочковая.

Локализация: в толще органа, на поверхности, в виде полипа, диффузно пронизывающая. На разрезе может быть в виде однородной бело-серой ткани, серо-розовой (рыбье мясо), волокнистое строение (в яичках). Размеры опухоли зависят от скорости и продолжительности ее роста, происхождения и расположения.

По степени дифференцировки и роста опухоль может быть:

- 1) экспансивной, т. е. растет сама из себя, отодвигая ткани. Паренхиматозные

элементы, окружающие опухолевую ткань, атрофируются, и опухоль как бы окружена капсулой. Рост при этом замедлен и чаще носит доброкачественный характер. Злокачественно протекает в щитовидной железе и почках;

2) оппозиционный рост за счет неопластической трансформации нормальных клеток в опухолевые клетки;

3) инфильтрирующий рост. При этом опухоль растет в окружающие ткани и разрушает их. Рост происходит в направлении наименьшего сопротивления (по межтканевым щелям, по ходу нервных волокон, кровеносных и лимфатических сосудов).

По отношению роста опухоли к просвету полого органа различают: эндофитный (инфильтрирующий рост в глубь стенки органа) и экзофитный рост (в полость органа). Микроскопическое строение. Паренхиму образуют клетки, которые характеризуют данный вид опухоли. Строма образована как соединительной тканью органа, так и клетками самой опухоли. Клетки паренхимы опухоли индуцируют активность фибробластов, могут вырабатывать межклеточное вещество стромы. Прodуцируют специфическое вещество белковой природы – ангеогенин, под действием которого в строме опухоли формируются капилляры.

Гомологичные опухоли – их строение соответствует строению органа, в котором развиваются (это зрелые дифференцированные опухоли).

Гетерологичные опухоли: их клеточная структура отличается от органа, в котором развиваются (мало– или недифференцированные опухоли). Доброкачественные опухоли гомологичные, медленно растущие, высокодифференцированные, не дают метастазов и не влияют на организацию. Злокачественные опухоли состоят из мало– или недифференцированных клеток, утрачивают схожесть с тканью, имеют клеточный атипизм, быстро растут и дают метастазы.

Метастазы могут быть гематогенными, лимфогенными, имплантационными и смешанными. У доброкачественных опухолей тканевую принадлежность определить легко (в отличие от злокачественных). Гистогенез опухоли определить очень важно, так как существуют различные подходы к лечению. Установление гистогенеза опухоли базируется на функции, которую эта опухолевая клетка осуществляет, т. е. предполагается определение веществ, продуцируемых этой клеткой. Продуцировать она должна такие же вещества, что и нормальная ткань (например, нормальный фибробласт и измененный процессом малигнизации продуцируют одно и то же вещество – коллаген).

Функция клеток устанавливается также при помощи дополнительных реакций окрашивания или с помощью моноклональных антисывороток. Гистогенез опухоли иногда установить сложно из-за выраженной анаплазии клетки, которая неспособна осуществлять выполнение определенной функции. Если гистогенез злокачественной опухоли не удастся определить, то такая опухоль носит название бластомы: крупноклеточные, веретено-клеточные, полиморфно-клеточные.

Раннее выявление и лечение онкологических заболеваний позволяют снизить связанную с ними смертность. Раннее выявление рака предполагает проведение двух комплексов мероприятий. Выявление рака на ранних стадиях повышает вероятность хорошего ответа на лечение, увеличивает шансы пациента на выживание и позволяет использовать менее дорогостоящие методы лечения. Раннее выявление рака и

скорейшее начало лечения позволяют значительным образом улучшить жизнь онкологических больных.

Три составляющих успеха ранней диагностики:

- 1) осведомленность о симптоматике различных видов рака и осознание важности обращения к врачу в случае возникновения тревожных симптомов;
- 2) наличие возможности пройти обследование и диагностику;
- 3) своевременное направление к специалисту для прохождения лечения.

Ранняя диагностика симптоматических форм рака актуальна в любых условиях и в отношении большинства онкологических заболеваний. Программы в области борьбы с онкологическими заболеваниями должны быть направлены на сведение к минимуму задержек в постановке диагноза, предоставлении лечения и ухода, а также препятствующих этому факторов.

Скрининг проводится с целью выявления признаков возможного наличия определенных видов рака или предраковых поражений на этапе, предшествующем развитию симптомов. При обнаружении патологических процессов в ходе скрининга пациентов направляют на дальнейшую диагностику для подтверждения или исключения диагноза, после чего, при необходимости, им назначается специализированное лечение.

Программы скрининга эффективны в отношении некоторых, но не всех видов рака, и, как правило, с организационной точки зрения скрининг отличается большей сложностью и ресурсоемкостью по сравнению с программами ранней диагностики, поскольку требует специального оборудования и персонала. Во избежание чрезмерного количества ложноположительных результатов отбор пациентов для скрининга проводится с учетом возраста и факторов риска.

Симптоматическая терапия, для снятия или снижения боли у онкологических больных позволяет улучшить качество их жизни. Необходимо подбирать препараты для обезболивания индивидуально. У онкологических больных используются вспомогательные препараты — кортикостероиды, антидепрессанты, противосудорожные, антигистаминные, антибиотики и другие. Они чаще используются в лечении специфических симптомов и осложнений, возникающих у больных в терминальной стадии заболевания.

Паллиативная помощь (от фр. *palliatif* от лат. *pallium* — покрывало, плащ) — подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путём предотвращения и облегчения страданий за счёт раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки.

Паллиативная помощь — это вид терапии, направленный не на излечение, а на облегчение вызываемых раком симптомов и на улучшение качества жизни пациентов и их семей. Оказание паллиативной помощи может повысить уровень комфорта онкологических пациентов.

Актуальность этого вида медицинской помощи особенно высока там, где отмечается большая доля онкологических пациентов на поздних стадиях болезни, имеющих мало шансов на излечение. Паллиативная помощь позволяет облегчить физические, психологические, социальные и духовные страдания больных раком на поздней стадии в более чем 90% случаев.

Для лечения боли и оказания паллиативной помощи пациентам и их семьям крайне необходимо наличие эффективных стратегий в области здравоохранения, включающих оказание помощи на уровне местных сообществ и на дому. Для лечения умеренного/тяжелого болевого синдрома, присутствующего у более 80% онкологических пациентов на терминальной стадии болезни, настоятельно рекомендуется расширение доступа к пероральному морфину.

Вид поддерживающей терапии с акцентом на снятие болевого синдрома при опухолях поздних стадий, не поддающихся лечению, с заведомо летальным исходом онкологического больного.

Понятие паллиативной помощи в лечении рака появилось лишь в 1982 году, когда Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала необходимость симптоматической и психосоциальной помощи людям со смертельными диагнозами.

По определению ВОЗ, паллиативная помощь:

- 1) обеспечивает облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания;
- 2) утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу;
- 3) не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти;
- 4) включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам;
- 5) предлагает систему поддержки, помогающую пациентам жить по возможности активно до наступления смерти;
- 6) предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты;
- 7) использует бригадный подход для удовлетворения потребностей пациентов, в том числе, при необходимости, в период тяжелой утраты;
- 8) улучшает качество жизни и может также оказывать положительное влияние на течение болезни;
- 9) применима на ранних стадиях болезни в сочетании с другими видами терапии, предназначенными для продления жизни, такими как химиотерапия или радиотерапия, и включает проведение исследований, необходимых для лучшего понимания и ведения причиняющих страдания клинических осложнений.

Востребованность в ПМП неуклонно возрастает в силу демографических тенденций и по причине роста числа пациентов, которым удастся оказывать лечение и продлевать жизнь другими видами медицинской помощи. Поддержание наилучшего возможного качества жизни пациента достигается за счет:

- 1) назначения обезболивающих препаратов, лечения симптомов и предупреждение их появления;
- 2) оказания психологической и социальной помощи пациентам и их близким;
- 3) обеспечения ухода за пациентом[11].

На сегодняшний день паллиативная помощь является как новая медицинская деятельность. Однако имеется ряд возражений, так как сотни лет назад люди, имеющие отношение к медицине пытались облегчить страдания больных всеми доступными средствами. В современную эпоху развитых технологий в медицине, вопросу оказания помощи и облегчения статуса инкурабельных и больных в терминальных стадиях болезни уделяется мало внимания, вплоть до полного его игнорирования. Последние современные достижения и открытия в области фармакологии, радиотерапии и вообще

в медицине, могут и должны использовать новейшие методы для улучшения показателей качества жизни таких пациентов[5].

Современное определение ВОЗ паллиативной медицинской помощи выражается в подходе, позволяющем улучшить все качества жизни больных (как детей, так и взрослых), а также и их семей, которые сталкиваются с определенными проблемами, обусловленными опасными для жизни заболеваниями, предотвращением и облегчением страданий больного, ранним выявлением, тщательной оценкой и лечением боли и другой сопутствующей симптоматики с оказанием поддержки в психосоциальной и духовной сферах (Приложение Б)[8].

Сущность паллиативной помощи состоит не в лечении основного заболевания, а в снятии симптомов, ухудшающих качество жизни больного. Такой подход, кроме медицинского аспекта, включает в себя психологическую, социальную, культурную и при необходимости, духовную помощь.

Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи изложены в так называемой Белой книге, разработанной Европейской ассоциацией паллиативной помощи[7]. Они включают:

1) автономию и достоинство пациента. Каждый больной должен иметь право выбора, как и где получать помощь. Паллиативный уход может осуществляться только с согласия больного или его близких (в случае неспособности пациента самостоятельно принять решение). В процессе оказания паллиативной медицинской помощи к больному необходимо относиться с уважением и чуткостью, принимая во внимание его личные и религиозные ценности. Постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками в процессе планирования и осуществления помощи. Следует избегать неожиданных изменений в ходе лечения без согласования с больным или его близкими;

2) непрерывность оказания помощи. Она заключается в постоянном мониторинге состояния пациента, назначении необходимых медикаментов и уходе с первого дня обращения и до последнего. Доказано, что доброжелательное общение увеличивает эффективность паллиативного лечения. Тяжелобольной человек нередко замыкается в себе, уходит от контактов. Специалисты по паллиативной помощи обязаны владеть навыками общения в сложной ситуации. С одной стороны, необходимо максимально честно донести до пациента информацию о его состоянии и перспективах, с другой стороны, с уважением отнестись к его надеждам на благоприятный исход;

3) мультипрофессиональный и междисциплинарный подход. Для достижения наибольшего эффекта в оказании паллиативной помощи онкологическим больным приглашаются врачи различных специальностей, психологи, социальные работники, волонтеры и служители церкви. Поддержка членов семьи больного – это один из важных компонентов паллиативной помощи. На протяжении всего периода болезни родственникам оказывается помощь в подготовке к утрате и при необходимости продолжение поддержки после смерти члена семьи[13].

В основе паллиативной помощи лежит междисциплинарный подход, в процесс оказания помощи вовлекаются и сам пациент, его родные и общественность. В известном смысле основная концепция паллиативной помощи – это удовлетворение нужд пациента, где бы он ни получал такую помощь, дома или в больнице [12].

В паллиативную помощь также, как и в поддерживающую, входит оказание социальной, психологической, духовной и юридической поддержки больному и его

близким.

Паллиативная помощь в онкологии построена на принципах междисциплинарного подхода. Он предполагает оказание медицинской помощи для терапии боли и других осложнений, одновременно с комплексной психологической и духовной поддержкой как самому больному, так и его близким людям, осуществляющим уход за ним.

К сожалению, около половины вновь выявляемых злокачественных опухолей диагностируются на распространенных стадиях, когда уже невозможно полное выздоровление. Однако это не значит, что противоопухолевое лечение не показано. Применяются различные виды циторедуктивных и паллиативных операций, проводится лучевая терапия и химиотерапия. Таким пациентам могут быть показаны новые, экспериментальные методы лечения, которые не входят в стандарт первых линий противоопухолевой терапии. Сюда можно отнести таргетную терапию, иммунотерапию и другие методы, которые полностью не уничтожают опухоль, но на какое-то время сдерживают ее рост. Для некоторых нозологий, благодаря такому лечению, период до прогрессирования может достигать нескольких лет. И в это время человек может вести социально-активный образ жизни, работать и заниматься повседневными делами.

Отдельной категорией являются пациенты с терминальной стадией заболевания. Их средняя продолжительность жизни может колебаться от нескольких месяцев до 1-2 лет. Основной медицинской проблемой на этом этапе является тяжелый болевой синдром и кахексия (истощение). Многие такие пациенты утрачивают способность к самообслуживанию и нуждаются в круглосуточном специализированном уходе.

К сожалению, в РФ государственная паллиативная служба только начинает развиваться и ее ресурсов недостаточно для оказания полноценной помощи всем нуждающимся больным. Поэтому около 70% из них получают ее на дому и, как правило, она заключается в назначении наркотических анальгетиков. В то же время, как мы уже говорили, онкологическим больным необходимо специфическое комплексное лечение, включающее, при необходимости, паллиативные хирургические операции и противоопухолевую терапию. Поэтому существует высокий спрос на услуги специализированных учреждений, на базе которых может быть оказана необходимая помощь, уход и поддержка, в том числе на дому, амбулаторно, в круглосуточном или дневном стационаре.

Стандарты паллиативной помощи предусматривают следующие аспекты:

- 1) Каждый пациент имеет право выбирать место и способ оказания ему паллиативной помощи.
- 2) Постоянное взаимодействие как с больным, так и с близкими людьми, осуществляющими уход за ним. При этом следует избегать резкой смены лечения без согласования с пациентом.
- 3) Необходимо постоянно осуществлять мониторинг состояния пациента и, если потребуется, корректировать схему лечения.
- 4) Многие неизлечимые больные «уходят в себя», социально изолируются, избегают контактов. Но доброжелательное, корректное общение улучшает качество оказания медпомощи.
- 5) Для оказания полноценной психологической и духовной поддержки задействуются психологи, социальные работники, волонтеры, религиозные служители.

В России паллиативная помощь в качестве самостоятельного направления возникла в онкологии. Больные злокачественными опухолями в терминальных стадиях в большей степени нуждались в избавлении от болей и невыносимого страдания. Сегодня в оказании паллиативной помощи нуждаются не только взрослые и дети со злокачественными опухолями, но и другие больные, которые страдают иными угрожающими заболеваниями, предполагающими летальный исход.

Таким образом, паллиативная помощь – активная, всеобъемлющая помощь пациенту, страдающему заболеванием, которое не поддается излечению. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем. В процесс оказания паллиативной помощи вовлекаются и сам пациент, его родные и общественность. В известном смысле основная концепция паллиативной помощи – это удовлетворение нужд пациента, где бы он ни получал такую помощь, дома или в больнице. Паллиативная помощь поддерживает жизнь и формирует отношение к смерти как к естественному процессу, не имеет намерений ни отсрочить, ни приблизить наступление смерти, ее задача обеспечить, насколько это возможно, лучшее качество жизни пациента.

В 2021 году краевой показатель смертности населения от новообразований, в том числе злокачественных, увеличился на 3,5% по отношению к уровню 2020 года и составил 236,7 на 100 тыс. населения данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика смертности от новообразований за период 2020-2022 гг.

Регион	Число умерших от новообразований на 100 тыс. населения			
	2019 г.	2020 г.	2021 план	2021 факт
Российская Федерация	201,6	196,6	192,8	196,7
ДВФО	200,5	199,2	192,8	195,5
Приморский край	232,5	228,6	192,8	236,7

Уровень смертности населения в крае на 21,1% выше по сравнению с показателем по ДВФО и на 20,3% по РФ в 2022 году.

Смертность населения Приморского края от новообразований, как и в целом по стране, занимает 2-е место после смертности от болезней системы кровообращения. В 2021 г. в крае умер от новообразований 4521 пациент, что на 120 пациентов больше по сравнению с 2020 г. – 4401 больных, данные приведены в таблице 2.

Таблица 2 - Динамика смертности населения Приморского края от новообразований, в том числе злокачественных (абс. число и на 100 000 населения)

Показатель	2019 г.	2020 г.	202
Умерло от новообразований всего (абс.)	4483	4401	452
Смертность от новообразований на 100 тыс. населения	232,5	228,6	236
Умерло от доброкачественных новообразований (абс.)	65	74	106

Умерло от злокачественных новообразований всего (абс.)	4418	4327	4415
Умершие от ЗНО, не состоявшие на учете (абс.):	630	585	686
-из них умершие с посмертно установ.диагнозом (абс.)	628	580	680
Смертность от ЗНО на 100 тыс. населения	229,2	224,8	231,1
Умерло от ЗНО в течение года от установ.диагноза (абс.)	1660	1557	1554
Одногодичная летальность при ЗНО(%)	24,0	23,0	22,9

Интенсивный показатель смертности от новообразований составил 236,7 на 100 000 населения. От ЗНО умерло 4 415 пациентов, что на 88 пациентов больше по сравнению с 2020 г. – 4327 человек (231,1 на 100000 населения).

Наибольшие потери человеческих жизней были обусловлены смертностью от рака легких, желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок, толстая кишка), органов репродуктивной (молочная, предстательная железы, шейки и тела матки, яичники), мочевыводящей системы (почки, мочевого пузыря).

Наиболее высокий показатель смертности на 100 тыс. населения отмечен в Лесозаводском (357,1), Дальнегорском (352,6) городских округах и Кавалеровском (343,7), Спасском (306,7), Ольгинском (292,5), Кировском (290,0) муниципальных районах. Основным фактором, влияющим на смертность, является запущенность злокачественных новообразований, дополнительными – доступность и качество оказания первичной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медицинской помощи, обеспечение кадрами врачей.

В 2021 г. в структуре онкологической заболеваемости у мужчин рисунок 1 первое место занимали ЗНО трахеи, бронхов, легких – 87,6 на 100 тыс. населения.

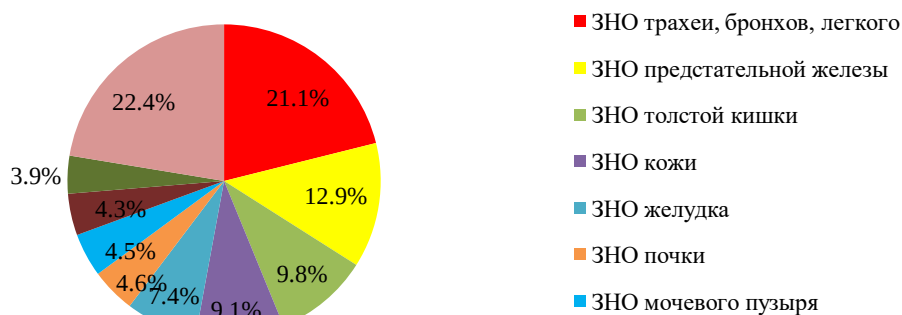


Рисунок 1 - Структура онкологической заболеваемости у мужчин

У женщин в структуре онкологической заболеваемости, отражено на рисунке 2, как и в прошлые годы, лидировал рак молочной железы – 89,5 на 100 тыс. населения, на втором месте – ЗНО кожи – 69,4, на третьем – тела матки – 29,7.

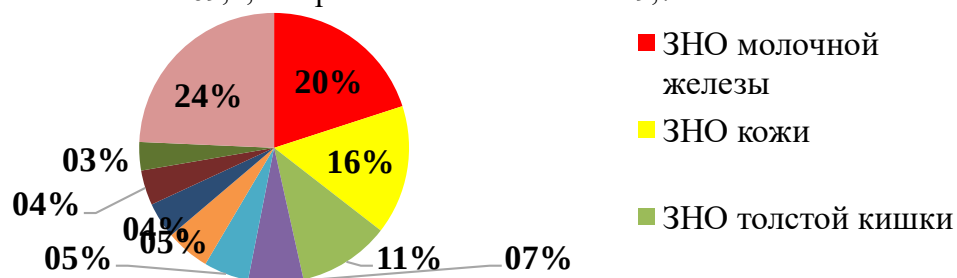


Рисунок 2 - Структура онкологической заболеваемости у женщин

К основным показателям состояния онкологической помощи населению территории относят долю пациентов, выявленных на I-II стадии, на IV стадии заболевания, годовую летальность и пятилетнюю выживаемость. В 2021 г. в Приморском крае доля злокачественных новообразований, выявленных на ранних (I-II) стадиях, по сравнению с 2020 г. увеличилась на 2,2%, достигнув 55,7%, что выше планового показателя на 0,6%.

Несмотря на достигнутые положительные результаты раннего выявления онкологических заболеваний, снижения смертности от новообразований и увеличение пятилетней выживаемости пациентов, в Приморском крае сохраняется высокая смертность от новообразований, в том числе – от злокачественных, высокая запущенность онкологических заболеваний и недостаточный уровень организации оказания первичной медико-санитарной помощи, обусловлено:

- низкой информированностью населения по вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний;
- низким уровнем охвата населения медицинскими осмотрами с профилактической целью [9];
- использованием не в полном объеме при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения на первом этапе современных методов скринингового обследования: жидкостная цитология (ПАП-тест), иммунологическое исследование кала на скрытую кровь (гемотест), исследование маркера ПСА, маммография;
- отсутствием цифровых и передвижных маммографов;
- недостаточной онкологической подготовкой и настороженностью врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- нехваткой врачей онкологов первичных онкологических кабинетов (отделений);
- нехваткой врачей специалистов: рентгенологи, морфологи, эндоскописты, урологи и др.;
- низким охватом, углубленным обследованием пациентов группы риска на 2 этапе диспансеризации определённых групп взрослого населения;
- недостаточным оснащением видеоэндоскопическим оборудованием, позволяющим выполнять биопсию новообразований медицинских организаций первичного звена;
- дефицитом онкологического коечного фонда в ГБУЗ «ПКОД»: отсутствие онкоурологического отделения, отделения паллиативной медицинской помощи, реабилитационного отделения, типовых отделений реанимации и поликлиники.

Для достижения цели, в рамках дипломной работы, было проведено исследование на базе медицинской организации онкологического профиля города Владивостока.

Структура МО включает в себя: хирургическое отделение на 60 коек, поликлинику на 50000 тысяч посещений в год и два других здания – радиологический и хирургический корпуса. На сегодняшний день МО располагает стационаром на 270 коек круглосуточного и на 20 коек дневного пребывания.

Согласно статистическим данным, в крае в структуре заболеваемости

злокачественными новообразованиями обеих полов первое место занимает рак легкого, второе – рак кожи с меланомой, третье – рак молочной железы. Все это определило приоритетные направления развития онкологической помощи населению Приморского края, такие как:

- разработка и внедрение современных стандартов лечения онкологических больных (простых и комплексных медицинских услуг), программ лечения рака молочной железы, мелкоклеточного рака легких, злокачественных новообразований толстой кишки, желудка, печени, меланом кожи, злокачественных лимфом, рака предстательной железы, мочевого пузыря, почек, женской репродуктивной системы;
- разработка методических рекомендаций и пособий для врачей общей практики по своевременной диагностике злокачественных новообразований;
- внедрение персонифицированных программ противоопухолевого лекарственного лечения.

Основным направлением деятельности онкологической службы, является изучение эпидемиологии злокачественных новообразований в Приморском крае и Дальневосточном Федеральном округе.

С целью оценки клинико-психологического состояния больного в клиническую практику отделения планируется введение планового психологического осмотра пациентов, ориентированного на выявление медикопсихологических факторов, которые влияют на оказание помощи пациенту. В 19% случаев проводилась психофармакотерапия аффективных расстройств совместно с психокоррекцией, что способствовало более быстрому и полному установлению контроля БС и улучшало качество жизни пациентов. Важно создать «терапевтическую» обстановку вокруг пациента – благоприятное отношение, сопереживание, понимание, поддержка, ограждение больного от плохих вестей.

В целом, для улучшения ситуации с обезболиванием инкурабельных онкобольных было бы внедрение в клиническую практику неинвазивных форм опиатов пролонгированного действия, которое:

- 1) уменьшит зависимость больного от медицинского персонала;
- 2) обеспечит непрерывное обезболивание при уменьшении первичной и суточной дозы опиатов и кратности их приема;
- 3) уменьшит необходимость в госпитализации для обезболивания;
- 4) качественно повлияет на состояние больного;
- 5) уменьшит негативную психологическую нагрузку на родственников пациента.

Эффективное лечение ХБС у инкурабельных онкобольных назначение ПБТ в соответствии с принципами лечения ХБС, регламентированных ВОЗ и другими международными организациями:

- 1) при развитии ХБС, который не снимается неопиатными анальгетиками назначение опиатов на ранних этапах прогрессирования боли и в таких суточных дозах, которые обеспечивают достаточное обезболивание больного;
- 2) сочетанное назначение анальгетиков и ко-анальгетиков;
- 3) проведение психофармакотерапии и психокоррекции у пациентов с выраженным психоэмоциональным компонентом;
- 4) лечение ХБС должно быть комплексным и системным, что означает применение всех доступных методов и способов, направленных на уменьшение ХБС,

медикаментозное лечение БС непосредственно, психофармакотерапия, психокоррекция, «терапевтическая» обстановка, их реализация на каждом из этапов лечения – от амбулаторной помощи до стационара.

У всех инкурабельных онкобольных ХБС сочетается с изменениями в психоэмоциональном состоянии пациента. Именно медсестру больной видит чаще и чаще обращается к ней за помощью, но нельзя даже допускать мысли о том, что медицинской сестре больше, чем больному, известно о степени его страданий. Поэтому сестра всегда должна проявлять сочувствие и помогать больному.

Медицинская сестра с целью выявления проблем использует традиционные методы: расспрос — выявление жалоб и сбор анамнестических сведений, объективное исследование — осмотр, прощупывание, выслушивание, выстукивание больного.

Основой ее практической деятельности является сестринский процесс научно обоснованный метод организации сестринской помощи пациенту. Медицинская сестра должна уметь собрать анамнез и оценить состояние больного, выявить и сформулировать его проблемы — обосновать сестринский диагноз, разработать план ухода, выполнить намеченные мероприятия (вмешательства) и оценить полученные результаты.

В контексте диагностических мероприятий, последующего составления плана паллиативной помощи и динамического наблюдения за состоянием пациента оценке со стороны медицинской сестры подлежат следующие аспекты:

- 1) общее состояние больного — удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое;
- 2) аппетит, возможность принимать достаточное количество пищи и жидкости, наличие пристрастий к тому или иному виду пищи, не вызывающему отвращения, тошноты, рвоты;
- 3) состояние выделительных систем, необходимость коррекции их функций;
- 4) функции сердечно-сосудистой системы и органов дыхания: пульс, тоны сердца, артериальное давление, частота и характер дыхания, хрипы, кашель и др.;
- 5) степень физической активности, способность к самообслуживанию;
- 6) возможность больного поддерживать привычный уровень гигиены, заботиться о внешнем виде;
- 7) эффективность системы терморегуляции, возможность коррекции ее нарушений;
- 8) качество сна;
- 9) безопасность пациента в бытовом, социальном и медицинском планах, опасность окружающего мира по отношению к больному и больного по отношению к окружающему миру;
- 10) отношение к религии (конфессия, личная значимость, духовный наставник);
- 11) профессиональная деятельность (степень ее значимости и реализованности, возможность и желание продолжить ее);
- 12) хобби, увлечения, пристрастия;
- 13) степень информированности, желание или отказ получать информацию (о заболевании, методах его лечения, продолжительности жизни и др.) [23].

В таблице 3 приведены данные опрошенных больных, о состоянии пациента при возникновении боли, в процентном соотношении.

Таблица 3 – Состояние пациента при возникновении боли

Состояние	%
Снижением настроения	100
Появление тревоги	76
Ожидание появления боли	82
Эмоциональной лабильностью	43
Ограничением деятельности (в зависимости от выраженности ХБС)	60

Согласно, полученным данным у всех пациентов идёт снижения настроения (100% опрошенных), ограничением деятельности - у 60% (в зависимости от выраженности ХБС), более 80% живут в ожидании появления боли.

Следовательно, с в случае наличия ХБС, особенно важна нормализация психоэмоционального состояния больного, что реализовывалось в назначении психофармакотерапии (антидепрессанты, дневные транквилизаторы, нейролептики, снотворные) совместно с психокоррекцией.

С целью оценки клинико-психологического состояния больного в клиническую практику отделения планируется введение планового психологического осмотра пациентов, ориентированного на выявление медикопсихологических факторов, которые влияют на оказание помощи пациенту.

В 19% случаев проводилась психофармакотерапия аффективных расстройств совместно с психокоррекцией, что способствовало более быстрому и полному установлению контроля БС и улучшало качество жизни пациентов. Важно создать «терапевтическую» обстановку вокруг пациента – благоприятное отношение, сопереживание, понимание, поддержка, ограждение больного от плохих вестей.

Таким, образом подход в лечении ХБС включает в себя: использование неопиатных, анальгетиков и опиатов, назначение адъювантных препаратов, последовательное применение анальгетиков возрастающей силы действия при увеличении интенсивности боли, начало фармакотерапии с появлением первых признаков боли.

На основании вышесказанного можно констатировать, что для решения проблем по доступности НС, в том числе неинвазивных ЛФ, необходимы: более тщательная проработка и корректировка нормативной базы; мониторинг доступности обезболивающей терапии в регионах; повышение образования медицинских работников в сфере оборота НС и ПВ и создание детских лекарственных форм.

Для оценки уровня удовлетворенности инкурабельных пациентов качеством оказания сестринской паллиативной помощи было проведено социологическое исследование, целью которого являлось определение организации оказания паллиативной медицинской помощи средним медицинским персоналом.

Анализ особенностей организации и оказания паллиативной медицинской помощи инкурабельным больным средним медицинским персоналом позволит выявить области для улучшения качества оказания медицинской помощи данному контингенту пациентов.

Анкета представлена 14 вопросами с несколькими ответами для выбора респондента. Анкетированием были охвачены 35 пациентов (16 женщин и 9 мужчин), находящиеся в хосписе (рисунок 3).

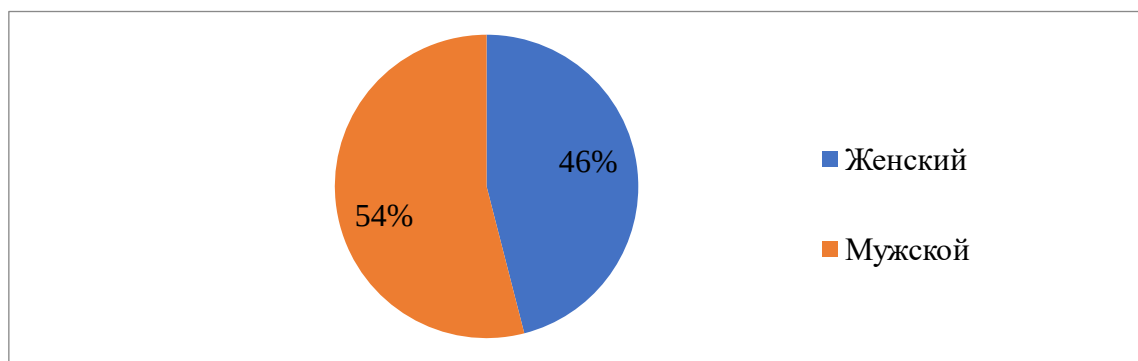


Рисунок 3 – Гендерная принадлежность пациентов

Таким образом, 46% составляли женщины и 54% составляли мужчины.

На вопрос анкеты о том, как пациенты оценивают общий уровень сестринского ухода были даны следующие ответы (рисунок 4).

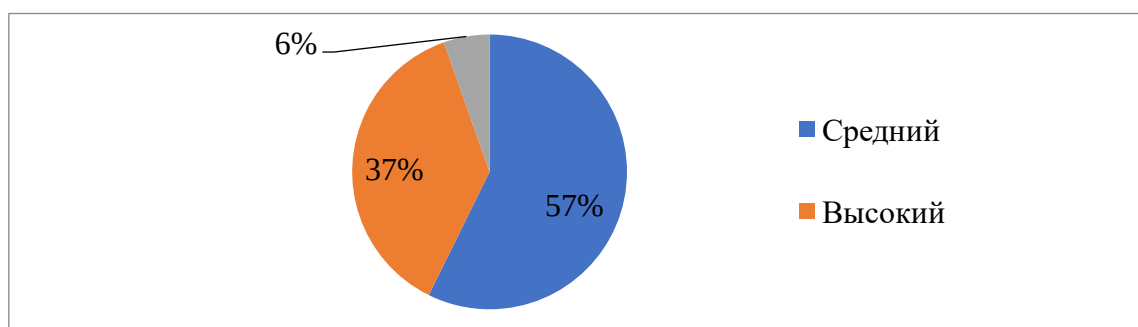


Рисунок 4 – Общий уровень сестринского ухода

Большинство опрошенных пациентов – 57% общий уровень сестринского ухода в отделении оценили как средний, 37% – высокий, 6% – очень высокий. Ни один респондент не оценил общий уровень сестринского ухода ниже среднего, что очень важно.

Качество сестринского ухода за собой пациенты оценили следующим образом (рисунок 5).

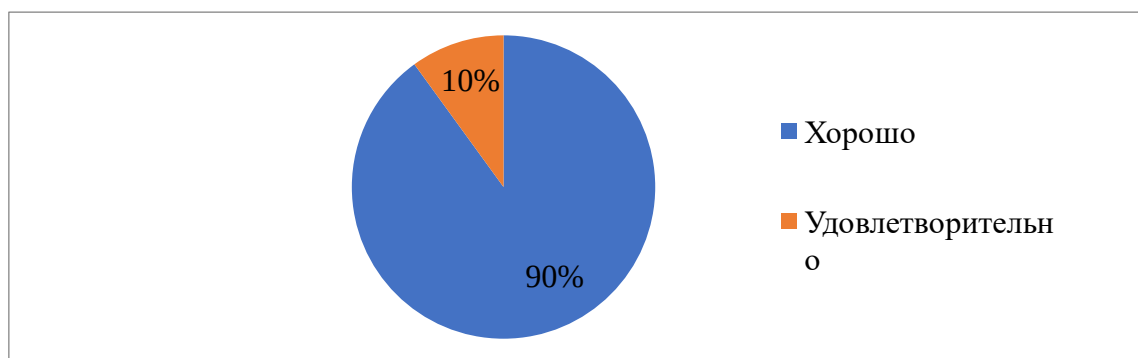


Рисунок 5 – Оценка качества сестринского ухода

Таким образом, 90% респондентов оценили сестринский уход как «хорошо», а 10%–удовлетворительно.

На вопрос: «Вы бы хотели чтобы Вам оказывали помощь медицинские сестры с высшим образованием?», респонденты ответили следующим образом (рисунок 6).

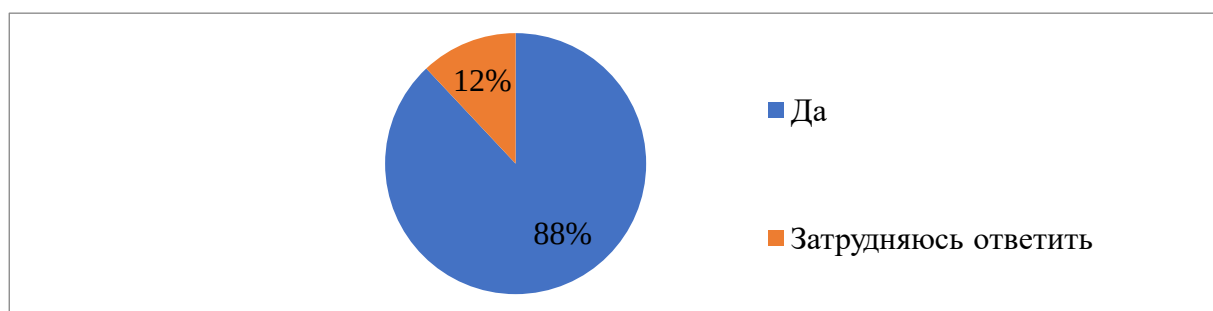


Рисунок 6 – Оказание помощи медицинскими сестрами с высшим образованием

Таким образом, 88% ответили согласием, 12% – затрудняюсь ответить. Вероятно, пациенты не понимают отличия оказываемой помощи медицинской сестрой со средним образованием и медицинской сестрой с высшим образованием.

На вопрос анкеты: «Как, по вашему мнению, уделяет ли медицинская сестра Вам достаточное время?» респонденты ответили следующим образом (рисунок 7).

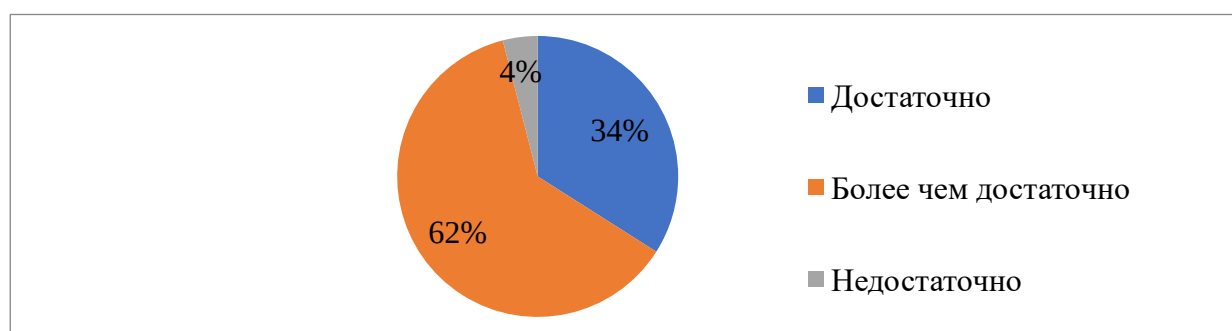


Рисунок 7 – «Уделяет ли медицинская сестра Вам достаточное время?»

Таким образом, 34% испытывают удовлетворенность выделенным медицинкой сестрой временем, вариант ответа «более чем достаточно» отметили 62%, и ответ «недостаточно» – 4%.

Стиль общения медицинской сестры респонденты оценили следующим образом (рисунок 8).

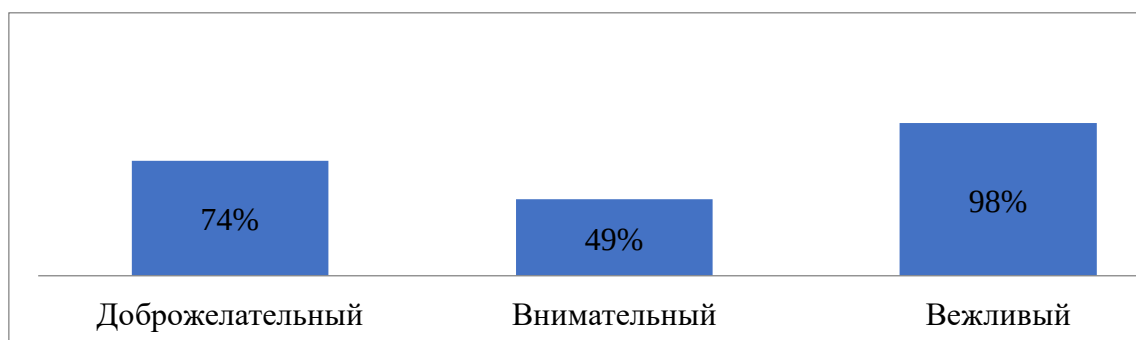


Рисунок 8 – Стиль общения медицинской сестры

Таким образом, стиль общения медсестры как доброжелательный оценили –

74%, внимательный – 49%, вежливый – 98%.

На вопрос о своевременности выполнения медицинскими сестрами лечебных процедур респонденты дали следующие ответы (рисунок 9).

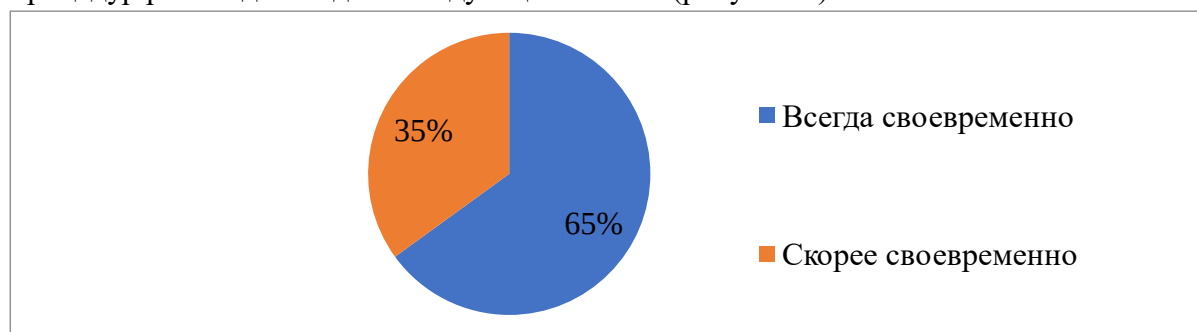


Рисунок 9 – Своевременность выполнения медицинскими сестрами лечебных процедур

По итогам опроса выяснилось, что медицинские сестры, назначенные лечебные процедуры выполняют: всегда своевременно – 65%, скорее своевременно – 35%.

На вопрос о своевременности проведения медицинской сестрой обезболивания были даны ответы, представленные на рисунке 10

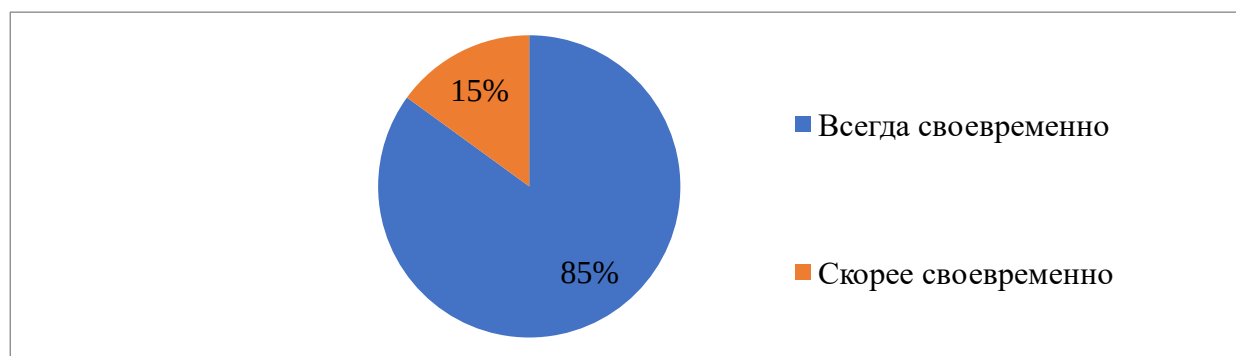


Рисунок 10 – Своевременность проведения медицинской сестрой обезболивания

Таким образом, респонденты отметили, что медицинская сестра всегда своевременно (85%) и скорее своевременно – 15% проводит обезболивание.

На вопрос «Проводит ли медицинская сестра профилактику пролежней?» пациенты 100% ответили, что медицинская сестра всегда своевременно проводит профилактику пролежней (рисунок 11).

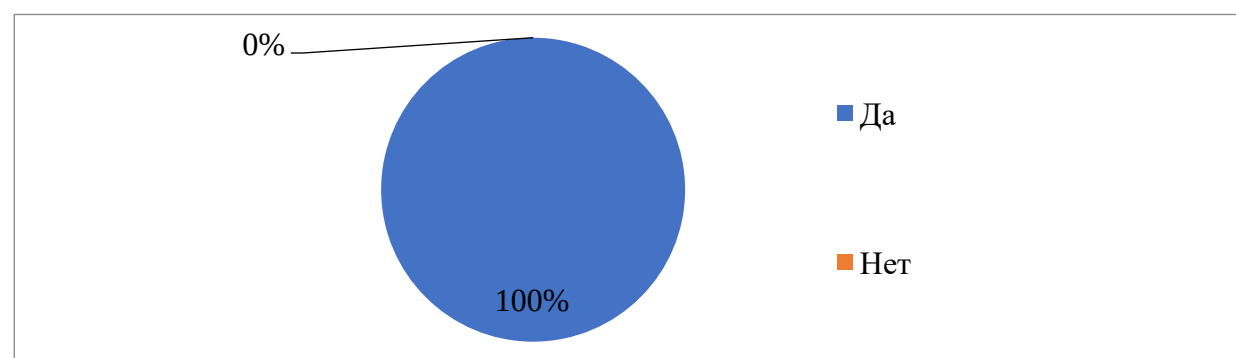


Рисунок 11 – Проведение медицинскими сестрами профилактики пролежней

На вопрос «Изменились ли у Вас взаимоотношения с медицинскими сестрами в ходе лечения?» были даны следующие ответы (рисунок 12).



Рисунок 12 – «Изменились ли у Вас взаимоотношения с медицинскими сестрами в ходе лечения?»

Таким образом, ответ «стала более доброжелательной» избрали 87%, «стала более внимательной» – 72% и ответ «затрудняюсь ответить» – 13%.

На вопрос анкеты о том, беседует ли медицинская сестра «по душам» с пациентами были даны следующие ответы (рисунок 13).

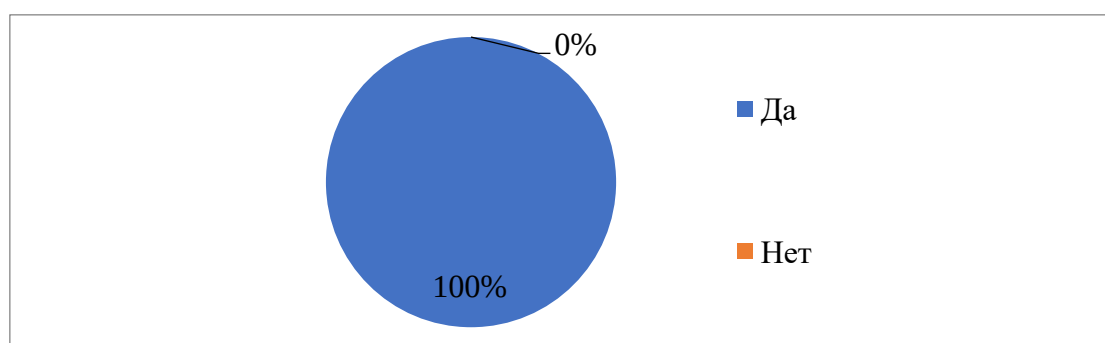


Рисунок 13– «Беседует ли с Вами медицинская сестра?»

Таким образом, медицинская сестра «по душам» беседует с 14% респондентами.

На вопрос «Оценивает ли медицинская сестра степень выраженности симптом о самочувствие пациента?» пациенты ответили так (рисунок 14).

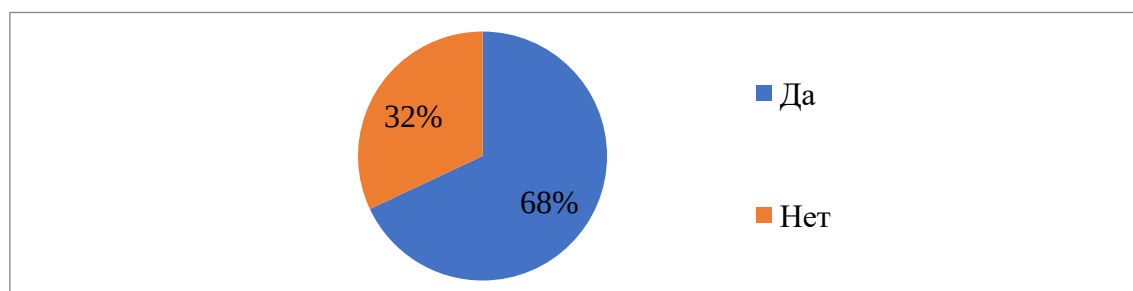


Рисунок 14 – Оценка степени выраженности физических симптомов и самочувствие пациента

Таким образом, ответ «да» избрали 68%, а ответ «нет» – 32%.

Таким образом, целью исследования являлось изучение особенностей организации, оказания и качества сестринской паллиативной помощи, оказываемой в МО.

По результатам анкетирования можно сделать следующие выводы:

1) большинство опрошенных пациентов общий уровень сестринского ухода оценили как средний. Ни один пациент не оценил общий уровень ухода ниже среднего. Значит, сестринский уход оказывается на высоком уровне;

2) качество сестринского ухода пациенты оценили как хорошее, остальные ответили, что уход удовлетворительный;

3) контроль качества работы медицинской сестры со стороны старшей медицинской сестры, по мнению пациентов, проводится хорошо;

4) на вопрос «Вы бы хотели, чтобы Вам оказывали помощь медицинские сестры с высшим образованием?» большинство респондентов ответили «да», незначительное количество опрошенных ответили «затрудняюсь ответить». Видимо пациенты не понимают отличия оказываемой помощи медицинской сестрой с высшим образованием;

5) медицинские сестры своевременно проводят обезболивание и профилактику пролежней у инкурабельных пациентов детского и отделения старше 18-ти лет;

6) медицинская сестра с пациентами не ведет психологические беседы. Из этого можно сделать вывод, что медицинским сестрам со средним образованием не хватает навыков общения с пациентами из курсов психологии.

Следовательно, больше всего внимания инкурабельным пациентам уделяют медицинские сестры, именно они выполняют все назначения врача, инъекции, процедуры. Такие пациенты испытывают тяжелые страдания, поэтому купирование боли и психологическая поддержка со стороны медицинской сестры имеет огромное значение.

Анализ научной литературы и анкетирования пациентов позволил рассмотреть все особенности оказания медико-социальной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на базе учреждения.

В ходе анкетирования было выявлено, что у многих медицинских сестер имеется феномен профессионально выгорания. Особо часто это прослеживается среди медицинского персонала, стаж которого составляет более десяти лет. Явление негативно сказывается на состоянии онкологических больных, которые остро нуждаются в душевном тепле и сострадании.

Также, было установлено, что большинство медицинских сестер не владеют информацией о различных медико-социальных поддержках онкологическим больным, что отрицательно сказывается на информированности самих пациентов.

Нерешенные проблемы медицинских сестер негативно сказываются на проблемах самих пациентов, тем самым привлекая к себе повышенное внимание.

Таким образом, исходя из выше перечисленного, цель исследования была достигнута, поставленные задачи решены.

Библиографический список

1. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по

профиллю «Онкология»

2. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (с изменениями и дополнениями)

3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Приморском крае в 2021 году: Государственный доклад [Электронный ресурс]: 25.rospotrebnadzor.ru.;

4. Андреев Д.А. Уход за больными в хирургическом стационаре: учебное пособие / Андреев Д.А., Найман Е.Л. – М: Минздрава России / 2021.

5. Бабаян, С.Р. Профессиональный уход за пациентом. Младшая медицинская сестра / С.Р.Бабаян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 117 с.

6. Баженов, С.А. Качество жизни населения / С.А.Баженов. – М.: ЭКОС, 2018. – 108 с.

7. Барановский, В.А. Справочник медицинской сестры / В.А.Барановский. – М.: Медицина, 2017. – 153 с.

8. Волков, С.Р. Статистика здравоохранения: показатели деятельности специализированных служб и организаций здравоохранения и методика их расчета / С.Р.Волков. – М.: Медицина, 2018. – 96 с.

9. Двойников, С.И. Справочник главной медицинской сестры / С.И.Двойников. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2020. – 109 с.

10. Двойникова, С.И. Проведение профилактических мероприятий / С.И.Двойникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 122 с.

11. Домино, Дж. Консультант за 5 минут / Дж.Домино. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 145 с.

12. Иванюшкин, А.Я. Этический кодекс медицинской сестры России / А.Я.Иванюшкин. – М.: СпецЛит, 2019. – 144 с.

13. Каменская, Г.В. Качество жизни. Новая философская энциклопедия / Г.В.Каменская, В.С.Стёпина. - М.: Мысль, 2016. – 109 с.

14. Касимовская, Н.А. Атлас манипуляций медицинской сестры / Н.А.Касимовская. – М.: Медицина. 2019. – 210 с.

15. Касимовская, Н.А. Основы сестринской деятельности / Н.А.Касимовская. – М.: МИА, 2020. – 110 с.

16. Корягина, Н.Ю. Организация специализированного сестринского ухода / Н.Ю.Корягина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 114 с.

17. Крюкова, Д.А. Здоровый человек и его окружение / Д.А. Крюкова. – М.: Феникс, 2016. – 125 с.

18. Кочнева, С.А.Новейший справочник медицинской сестры / С.А.Кочнева. – М.: Славянский Дом Книги, 2019. – 186 с.

19. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе / В.Г.Лычев. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2021.– 105 с.

20. Моисеев, В.С. Внутренние болезни: учебник / В.С.Моисеев. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2019. – 231 с.

21. Мышкина, Л.В. Особенности работы медсестры с онкологическими пациентами / Л.В. Мышкина, Н.И. Костина // Медсестра. – 2019. - №7;

22. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е

издание / А.А.Новик, Т.И.Ионова, Ю.Л.Шевченко. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2017. – 108 с.

23. Обуховец, Т.П. Сестринское дело и сестринский уход: руководство для медицинских сестер / Т.П.Обуховец. – М.: Феникс, 2017. – 100 с.

Семенов Феликс Андреевич,
Фетисова Виктория Сергеевна
Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»
34.02.01 «Сестринское дело», 1 курс

Научные руководители:

Коломеец А.Г. – преподаватель УД «Генетика человека с основами медицинской генетики»;

Рахманова Г.И. – преподаватель УД «Анатомия и физиология человека».

umk08metod@mail.ru

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА ПО РАЗВИТИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА

Всемирный день борьбы с диабетом ежегодно проводится 14 ноября с 1991 года по инициативе Международной Диабетической Федерации (МДФ) и Всемирной организации здравоохранения. Целью Всемирного дня борьбы с диабетом является повышение осведомлённости о диабете – не только о количестве заболевших сахарным диабетом, но и о том, как можно предотвратить развитие этой болезни во многих случаях.

Сахарный диабет (СД) представляет собой одну из глобальных проблем современности, занимая основное место в структуре эндокринных заболеваний. В настоящее время, по данным ВОЗ, в мире насчитывается 422 миллиона больных, причем 85–95% из них страдают СД 2 типа. Согласно прогнозам экспертов, в ближайшие годы количество больных сахарным диабетом будет только расти, и к 2030 году диабет станет седьмой причиной смерти во всем мире.

Россия в этом плане не является исключением. Только за последние 15 лет общее количество больных сахарным диабетом увеличилось в 2 раза. По оценке экспертов Международной диабетической федерации в России проживают более 10 млн. больных сахарным диабетом, 90% из которых страдают СД 2 типа.

Сахарный диабет, является ведущей причиной инвалидизации и смертности, наряду с ишемической болезнью сердца и онкологическими заболеваниями. Большую опасность представляют хронические осложнения диабета, приводя к потере зрения, развитию терминальной почечной недостаточности и нетравматическим ампутациям.

Актуальность выбранной темы определяется тем, что до 1980-х годов сахарный диабет 2 типа у детей и подростков был крайне редким явлением. К сожалению, сегодня СД 2 типа в подростковом возрасте перестал быть редкостью. Число случаев патологии резко возросло, поскольку образ жизни детей и подростков становится все более малоподвижным, ребенок все чаще питается обработанными продуктами с высоким содержанием сахара, фаст-фудом или полуфабрикатами из магазина. Комбинация этого

фактора с более низкой физической активностью, длительным сидением перед экранами компьютеров и смартфонов, употребление алкоголя, является причиной повышенного риска СД среди молодежи. Важно знать, как можно защитить подростка от развития СД, особенно на фоне имеющейся неблагоприятной наследственности.

Цель исследования: выявить группы риска по развитию сахарного диабета 2 типа среди подростков колледжа.

Практическая значимость исследования состоит в том, что в ходе работы разработаны конкретные предложения по профилактике сахарного диабета 2 типа среди подростков.

Сахарный диабет – это группа метаболических и обменных заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, вырабатываемого поджелудочной железой.

Около 50% от всех заболеваний эндокринной системы приходится на сахарный диабет.

В настоящее время признана классификация ВОЗ от 1999 года, согласно которой выделяют следующие виды сахарного диабета:

- СД 1 типа (инсулинзависимый СД) – 5-10% (деструкция бета-клеток, обычно приводящая к абсолютной недостаточности инсулина):

- а) аутоиммунный;

- б) идиопатический;

- СД 2 типа (инсулиннезависимый СД) - 90-95%

- другие специфические виды СД, такие как:

- а) генетические дефекты бета-клеток поджелудочной железы;

- б) генетические дефекты в действии инсулина;

- в) болезни экзокринной части поджелудочной железы (хронический панкреатит);

- г) СД, провоцируемый инфекциями (вирусами гепатита В и С, вирусом краснухи);

- гестационный СД – диабет беременной.

Сахарный диабет 2 типа развивается вследствие снижения чувствительности периферических тканей к инсулину в сочетании с секреторной дисфункцией бета-клеток поджелудочной железы.

В патогенезе СД 2 типа лежит нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее.

Факторы риска сахарного диабета:

- немодифицируемые (неизменяемые):

- 1) наследственность (другими словами, если родители или братья/сестры в семье страдают СД, то ребёнок с большей вероятностью может также заболеть СД. Поэтому важно пристальное наблюдение за его питанием и образом жизни);

- 2) возраст (начиная с 45 лет, риск развития СД 2 типа возрастает в два раза);

- 3) пол (женщины страдают СД 2 типа чаще, чем мужчины);

- 4) гестационный СД (рождение ребенка весом более 4 кг);

- модифицируемые (изменяемые):

- 1) избыточная масса тела и ожирение. Это самый мощный фактор риска СД 2-го

типа в детском, подростковом и юношеском возрасте. Установлено, что детское ожирение, которое не устраняется и в подростковом возрасте, может увеличить риск развития СД у взрослых в 4–28 раз (в зависимости от степени ожирения). Поэтому неудивительно, что глобальный рост распространенности детского диабета 2-го типа совпал с активным ростом случаев избыточного веса у подростков;

- 2) гиподинамия;
- 3) курение;
- 4) злоупотребление алкоголем;
- 5) слишком большой разрыв между приемами пищи (6–10 часов);
- 6) диabetогенное питание, в том числе потребление напитков с высоким содержанием сахара.

Какова бы ни была причина возникновения диабета, следствие одно: организм не может в полной мере использовать глюкозу (сахар), поступающую с пищей и запасать ее избыток в печени и мышцах. Неиспользованная глюкоза в избыточном количестве циркулирует в крови (частично выводится с мочой), что неблагоприятно влияет на все органы и ткани. Так как поступление глюкозы в клетки недостаточно, в качестве источника энергии начинают использоваться жиры. В результате в повышенном количестве образуются токсичные для организма, особенно, для головного мозга вещества, называемые кетоновыми телами, нарушается жировой, белковый и минеральный обмен.

По течению заболевания выделяют:

- 1) сахарный диабет легкой формы: СД 2 типа на диетотерапии без осложнений;
- 2) сахарный диабет средней тяжести: СД 2 типа на сахароснижающей терапии без осложнений или при наличии начальных стадий осложнений;
- 3) сахарный диабет тяжелой формы: СД 2 типа с тяжелыми сосудистыми осложнениями (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, синдром диабетической стопы, постинфарктный кардиосклероз, сердечная недостаточность).

Начало заболевания диабетом в большинстве случаев постепенное. Не всегда можно определить причину, предшествующую появлению первых признаков болезни, не менее трудно выявить и определить провоцирующий фактор у пациентов с наследственной предрасположенностью. Сущность заболевания заключается в нарушении способности организма накапливать в органах и тканях поступающий с пищей сахар, в проникновении этого неусвоенного сахара в кровь и появление его в моче. Исходя из этого, у пациентов с СД отмечаются следующие клинические симптомы:

- 1) полидипсия (постоянная жажда, потребление воды до 3–5 литров в сутки);
- 2) полиурия (обильное мочеиспускание), что ведет к снижению количества калия в крови, снижается объем внеклеточной жидкости, что ведет к обезвоживанию и похуданию;
- 3) полифагия (повышенный аппетит);
- 4) слабость (в связи с дефицитом образования энергии, гликогена и белка в мышцах);
- 5) снижение работоспособности;
- 6) зуд кожи и слизистых, особенно в области гениталий у женщин, который наступает за счет накопления кетоновых тел, формирующих ацетон;

7) сухость во рту (в связи с обезвоживанием).

При объективном осмотре выявляются: нагноительные заболевания кожи (фурункулы, карбункулы), ксантоз (желтоватое окрашивание ладоней и подошв); рубеоз (покраснение кожи щек, надбровных дуг и подбородка за счет расширения сосудов); ксантелазмы (отложение бляшек желтого цвета во внутренних уголках глаз).

Осложнения СД делятся на 2 группы:

- 1) острые осложнения;
- 2) поздние осложнения (или хронические).

К острым осложнениям относятся:

- 1) гипергликемическая кома;
- 2) гипогликемическая кома.

Поздние осложнения СД:

– поражение кожи:

- 1) сухость кожи;
- 2) гиперкератоз;
- 3) инфицирование порезов и мелких поражений кожи;
- 4) микозы ногтей и кожи.

– синдром диабетической стопы;

– диабетическая нефропатия;

– диабетическая ангиопатия;

– диабетическая ретинопатия;

– диабетическая полинейропатия.

Диагностика СД 2 типа основана на выявлении повышенного сахара крови у лиц с характерными признаками предрасположенности (ожирение, возраст старше 40 лет, наличие диабета у близких родственников, признаки резистентности).

Для своевременного выявления заболевания среди групп людей всех возрастов проводят скрининговые исследования – определение уровня глюкозы крови натощак и концентрацию гликированного гемоглобина (HbA1c).

Для уточнения диагноза «сахарный диабет» проводится тест толерантности к глюкозе.

Основные принципы лечения СД 2 типа:

- 1) питание (диета–стол по Певзнеру № 9);
- 2) физическая активность;
- 3) сахароснижающие препараты;
- 4) обучение и самоконтроль гликемии.

Следует рекомендовать потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, в противовес другим источникам углеводов, содержащих дополнительно насыщенные или трансжиры, сахара или натрия. Важно включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла). Допустимо умеренное потребление некалорийных сахарозаменителей.

Регулярная физическая активность при СД 2 типа улучшает компенсацию углеводного обмена, помогает снизить и поддержать массу тела, уменьшить инсулинорезистентность и степень абдоминального ожирения.

Медикаментозную терапию назначают в тех случаях, когда диетические

мероприятия и увеличение физической нагрузки на протяжении 3 месяцев не позволяют достичь цели лечения.

Комбинированная терапия проводится в случае неэффективности монотерапии первым сахароснижающим препаратом, назначенным в максимальной дозе. Целесообразно использование комбинации препаратов, воздействующих как на секрецию инсулина, так и на чувствительность периферических тканей к действию инсулина.

Успех терапии зависит, прежде всего, от того, насколько пациент ответственно подходит к лечению заболевания СД и пользуется ли он современными средствами управления СД.

Качественный самоконтроль гликемии с использованием современных моделей глюкометров позволит достигнуть целей лечения, снизить риск развития и прогрессирования осложнений и увеличить продолжительность и качество жизни больных сахарным диабетом.

Профилактика СД 2 типа включает в себя 3 вида – первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика СД 2 типа направлена на предупреждение развития заболевания. К ней относится оценка факторов риска и выявление групп риска людей.

Первичная профилактика включает.

1. Правильное питание: необходимо уменьшить потребление углеводов, чтобы не перегружать поджелудочную железу, которая выделяет инсулин, а также уменьшить количество потребляемых ежедневно калорий, чтобы сохранять нормальную массу тела.

2. Увеличение двигательной активности: физическая активность благотворно влияет на обменные процессы, усиливают расщепление жиров, улучшают жировой состав крови, существенно снижают массу тела. Рекомендуется регулярно ходить пешком, кататься на велосипеде, заниматься танцами, плаванием, футболом и другими видами спорта;

3. Сохранение душевного равновесия: регулярные стрессы – это одна из причин развития СД 2 типа, его профилактика включает в себя контроль за эмоциональным состоянием. Желательно как можно меньше общаться с отрицательно настроенными людьми, избегать стрессовых ситуаций.

4. Избавление от вредных привычек (курение, алкоголь). Алкоголь – высококалорийный продукт, который способствует накоплению абдоминального жира.

Эти меры, применяемые в течение 5 лет, уменьшают риск развития сахарного диабета почти на 70%.

Вторичная профилактика направлена на нормализацию и удержание нормального уровня сахара крови, то есть необходимо регулярно проходить диспансеризацию 1 раз в год и сдавать анализы 1 раз в полгода.

Необходимо осуществлять постоянный контроль над уровнем сахара в крови и уровнем артериального давления, а также следить за индексом массы тела (ИМТ).

Третичная профилактика направлена на предупреждение и торможение развития осложнений СД, её цель – предотвратить инвалидизацию и снизить смертность.

Среди студентов Уссурийского филиала КГБПОУ «ВБМК» была проведена исследовательская работа.

Цель работы:

- 1) анализ уровня информированности студентов по вопросам СД;
- 2) выявление групп риска по развитию СД 2 типа среди студентов.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- 1) провести анкетирование студентов;
- 2) провести анализ полученных данных.

Для анализа знаний студентов о заболевании СД мы провели анкетирование. Анкета представлена в Приложении А (блок 1), состоит из 6 вопросов. Анонимное исследование прошли 27 человек, из них 1 юноша и 26 девушек в возрасте от 16 до 20 лет.

Результаты данных на вопрос «Как вы оцениваете свою массу тела?» представлены на рисунке 1.

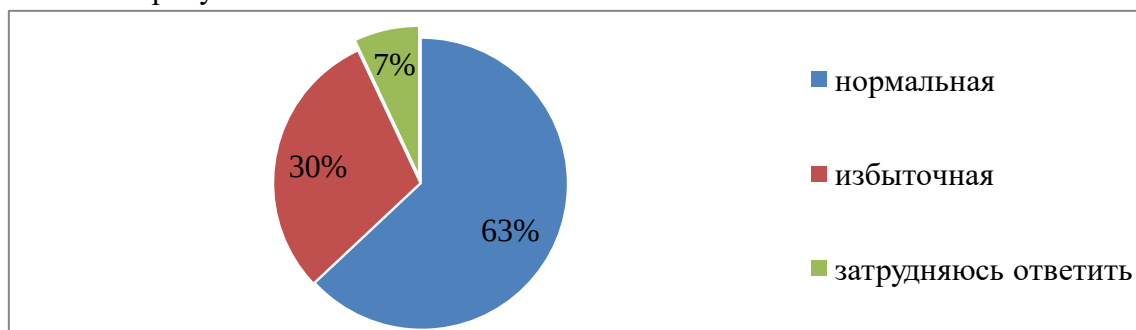


Рисунок 1 – Как вы оцениваете свою массу тела?

Анализ ответов показал, что 30% опрошенных имеют избыточную массу тела, 63% считают, что масса тела соответствует норме. Оставшиеся 7% затруднились ответить на вопрос.

Анализ знаний студентов, что такое сахарный диабет?

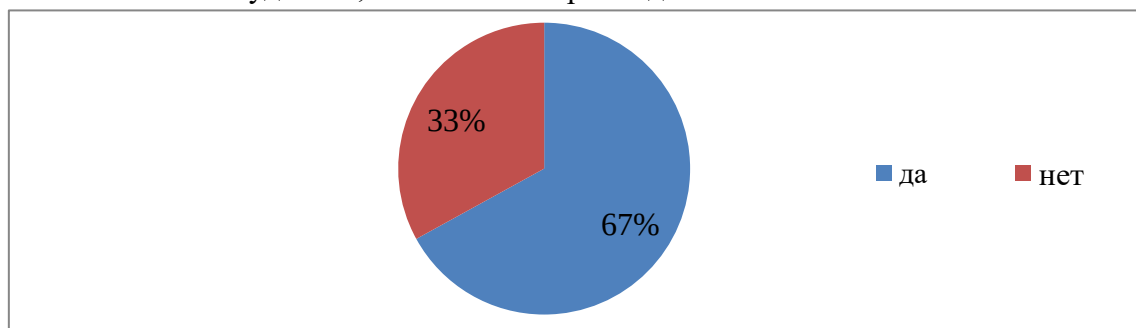


Рисунок 2 – Что такое сахарный диабет?

33% не знают о таком заболевании. Данные представлены в диаграмме.

Анализ информированности пациентов о симптомах сахарного диабета представлен на рисунке 3.

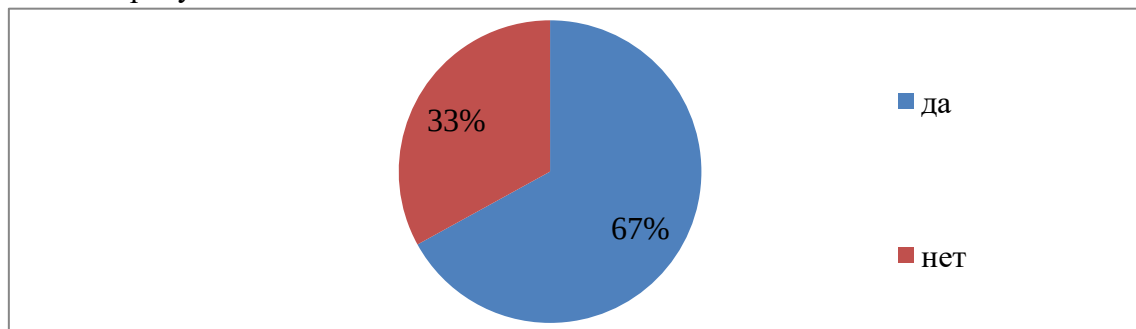


Рисунок 3 – Информированность пациентов о симптомах сахарного диабета

Анализ опроса показал, что 67% опрошенных считают, что знают симптомы диабета, 33%, к сожалению, не имеют представления о признаках диабета, имея, со слов самих респондентов (30%) избыточную массу тела.

Респондентам был задан вопрос о причинах возникновения сахарного диабета 2 типа. Результаты представлены на рисунке 20.

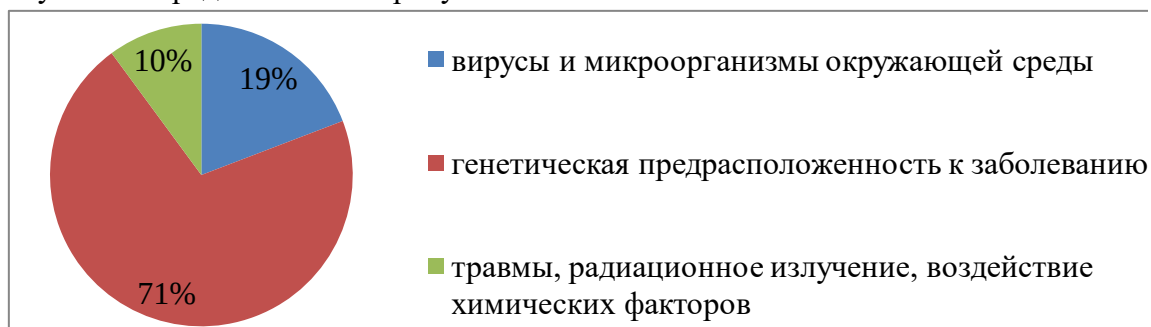


Рисунок 4 – Информированность пациентов о причинах возникновения сахарного диабета

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что студенты частично осведомлены о причинах возникновения сахарного диабета 2 типа, что соответствует данным опроса на предыдущей диаграмме. Анализируя ответы по первому блоку вопросов, можно сделать вывод, что информированность респондентов по СД на низком уровне (25%), поэтому необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди студентов.

Выявление групп риска развития СД среди студентов колледжа осуществлялось при помощи анкетирования и антропометрического исследования студентов

Респондентам было предложено ответить на вопросы анкеты «Факторы риска развития СД».

На вопрос «Занимаетесь ли Вы спортом, посещаете спортивные секции?» были получены следующие ответы (рисунок 5)

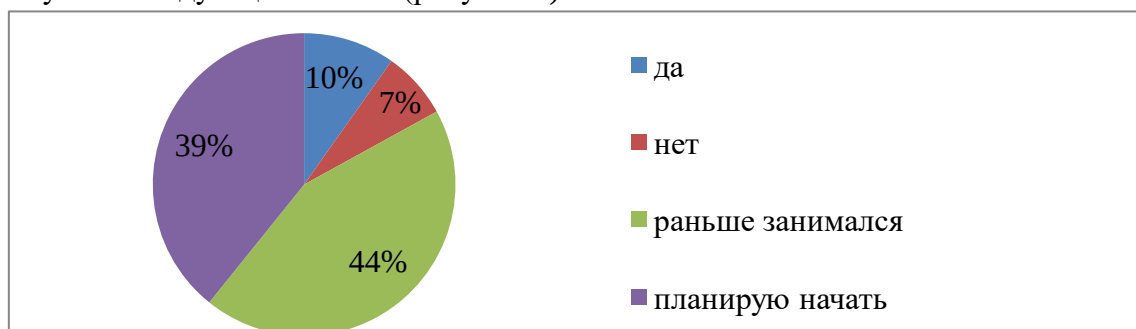


Рисунок 5 – Занимаетесь ли Вы спортом, посещаете спортивные секции?

Делаете ли Вы ежедневную зарядку?

Да – 15%

Нет – 85%

Подавляющее число опрошенных (85%) не выполняют физические упражнения, ведут малоподвижный образ жизни, что является неблагоприятным фактором для состояния здоровья и положительно сказывается на развитии сахарного диабета и его осложнений.

Курите ли Вы?

Да – 48%

Нет – 52%

Как часто Вы употребляете алкоголь?

Довольно часто – 4%

При наличии повода – 4%

По праздникам – 48%

Не употребляю – 44%

Высокий процент респондентов (48%) ведет нездоровый образ жизни.

Как часто Вы употребляете продукцию фастфуда?

Постоянно – 11%

Иногда – 56%

Стараюсь воздерживаться – 18%

Не употребляю – 15%

Как часто в течение дня Вы питаетесь?

Три раза в день – 43%

Два раза в день – 19 %

Один раз в день – 19%

Как часто Вы едите жареную пищу?

Один раз в неделю – 26%

3-4 раза в неделю – 70%

Каждый день – 4%

Свойственно ли Вам потребление пищи в ночное время?

Да – 56%

Нет – 44%

Любите ли Вы сладкое и часто ли употребляете конфеты, кондитерские изделия?

Часто – 63%

Иногда – 22%

Нет – 15%

Как часто Вы едите овощи и фрукты?

Один раз в неделю – 11%

3-4 раза в неделю – 59%

Каждый день - 30%

Итак, анализируя ответы на вопросы о правильном питании, можно сделать вывод, что подавляющее большинство студентов относится безответственно к своему питанию, что опять же является одним из главных факторов риска развития СД.

Около пяти раз в день -19%

Анализ вопроса «Есть ли среди ваших родственников лица, больные СД?»

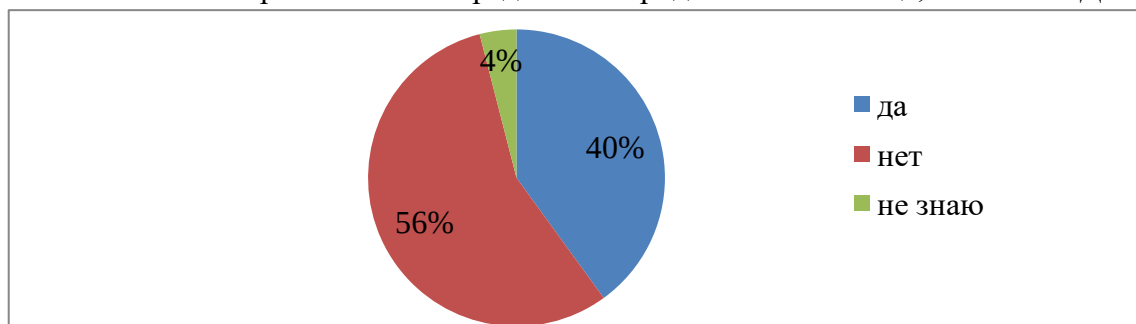


Рисунок 6 – Есть ли среди ваших родственников лица, больные СД?

Респонденты (40%) положительно ответили на данный вопрос, что говорит о генетической предрасположенности к СД. Один из опрошенных ответил, что сам страдает СД.

Анализ вопроса «Определяли у Вас когда-либо повышенный уровень сахара в крови (во время болезни, обследования)?»

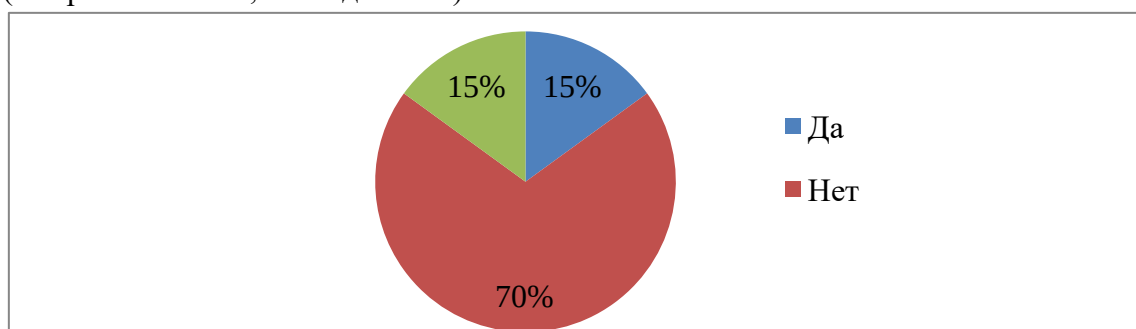


Рисунок 7 – Определяли у Вас когда-либо повышенный уровень сахара в крови (во время болезни, обследования)?

15% ответили положительно на этот вопрос.

На вопрос «Считаете ли Вы, что у Вас есть риск заболеть СД?» утвердительно ответили 37 % опрошенных.

Таким образом, проанализировав полученные ответы, можно сделать вывод, что высок риск развития СД 2 типа среди студентов, если не изменить свое отношение к здоровью и образу жизни.

В рамках исследования было проведено измерение антропометрических данных для вычисления ИМТ (индекс Кетле).

Индекс Кетле – величина, позволяющая оценить степень соответствия массы тела и его роста и тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной.

В исследовании приняли участие 29 человек в возрасте от 16 до 20 лет, из них 1 юноша (4%) и 28 девушек (96%).

Для вычисления индекса массы тела испытуемых были проведены измерения роста и веса, затем, полученные данные были использованы в расчетах и оформлены в виде таблицы.

ИМТ вычисляется по формуле:

$$\text{ИМТ} = m/h^2$$

где m – масса тела человека (в килограммах), а h – рост человека (в метрах).

Значения ИМТ от 20 лет и более:

Показатели ИМТ	Характеристика ИМТ
меньше 15	острый дефицит веса
от 15 до 18,4	дефицит веса
от 18,5 до 24,9	норма
от 25 до 30	избыточный вес (предождирение)
свыше 30	ожирение

Проанализировав результаты антропометрических исследований (данные таблицы и диаграммы), можно сделать вывод, что большой процент (14%) респондентов имеют избыточный вес (предождирение) и находятся в группе риска по развитию СД 2 типа.

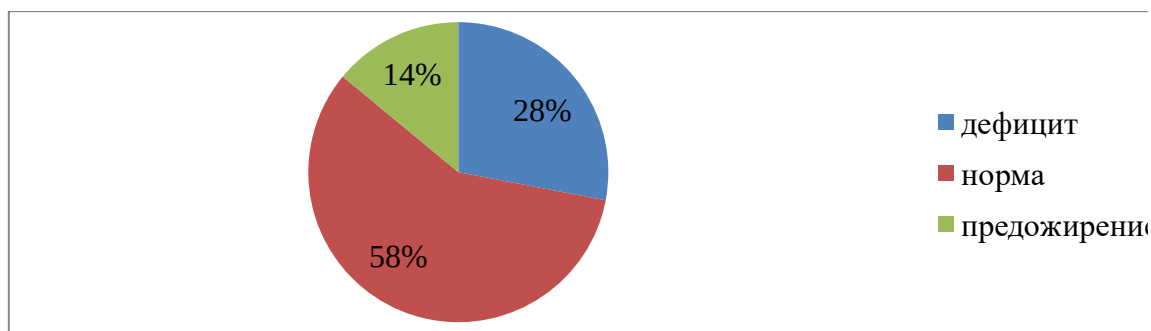


Рисунок 8 – Анализ ИМТ среди студентов

По результатам исследования в группу риска попадают лица, которые ведут малоактивный образ жизни (85%), имеют вредные привычки (48%), не соблюдают правила рационального питания (56%), имеют отягощённую наследственность (40%). Таким образом, группу риска развития сахарного диабета 2 типа среди студентов колледжа составляет 49%.

Проанализировав медицинскую литературу, мы узнали, что такое сахарный диабет, его основные проявления, факторы риска развития СД.

Сахарный диабет 2 типа – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее.

СД 2 является заболеванием со сложным многофакторным патогенезом.

Хроническая гипергликемия при СД 2 типа сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

Учитывая то, что СД 2 типа является хроническим заболеванием, которое требует длительного амбулаторного наблюдения за больными, его эффективная терапия на современном уровне предусматривает обязательное проведение самоконтроля гликемии.

Таким образом, цель работы достигнута, все поставленные задачи выполнены.

На основании результатов исследования можно сделать следующие выводы:

- 1) у 25% студентов выявлен дефицит знаний и информации о различных аспектах течения заболевания и его осложнениях;
- 2) 74 % не знают о факторах риска развития СД 2 типа;
- 3) 14% студентов по результатам антропометрических исследований имеют избыточный вес и находятся в группе риска по развитию СД 2 типа.
- 4) 49% студентов колледжа составляют группу риска развития сахарного диабета 2 типа.

На основании исследования были разработаны следующие рекомендации:

1. Исключить вредные привычки.
2. Регулярная физическая нагрузка для уменьшения толерантности к глюкозе и потере лишнего веса, особенно висцерального (внутреннего) жира.
3. Осуществлять постоянный контроль над уровнем сахара в крови и уровнем артериального давления.
4. Следить за индексом массы тела (ИМТ).

Безусловно, сахарный диабет 2 типа – одна из ведущих медико-социальных

проблем и является тяжелым хроническим заболеванием, которое сопровождает человека всю его оставшуюся жизнь.

В настоящее время сахарный диабет 2 типа называют безмолвной эпидемией двадцать первого века. Смертность, конечно, высокая, но это только из-за недостатка знаний.

Да, с сахарным диабетом 2 типа жить трудно, но можно и нужно!

Необходимо правильное здоровое питание, физическая активность, отказ от вредных привычек, снижение массы тела и, конечно же, своевременный контроль уровня сахара в крови.

Выполнение всех назначений врача замедлит развитие болезни и снизит риск развития осложнений и преждевременной инвалидизации.

Жизнь человека с СД 2 типа зависит от него самого и его родственников. СД 2 типа – это не приговор, это образ жизни!

Библиографический список

1. Аметов, А.С. Сахарный диабет второго типа. Пути решения проблемы / А.С.Аметов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2016. – 94 с.
2. Баженов, С.А. Качество жизни населения / С.А.Баженов. – М.: ЭКОС, 2016. – 178 с.
3. Князев, Ю.А. Сахарный диабет / Ю.А.Князев, И.И.Никберг. – М.: Медицина, 2016. – 144 с.
4. Холфорд, П. Скажи НЕТ диабету. Готовый план действий/ П.Холфорд, – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2018. – 99 с.
5. Шишонин, А.А. Медицина здоровья против медицины болезней: другой путь / А.А.Шишонин. – М.: Практика, 2020. – 121 с.
6. Штерн, Д.П. Всем плевать на твой диабет. Не будь как все! / Д.П.Штерн. – М.: Медицина, 2019. – 97 с.
7. Всемирная организация здравоохранения: глобальный доклад по диабету (изм. от 2018). – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle>

Ткачук Полина Андреевна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре
филиал
КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский
колледж»
имени Г.С.Макарова
34.02.01 Сестринское дело, 1 курс, группа 14-С
Преподаватель Русских Татьяна
Павловна
E-mail: tatrus2015@mail.ru

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

Введение

Здоровье - это первая и важнейшая потребность человека, определяющая его способность к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно определяется важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека.

Активная долгая жизнь это - важное слагаемое человеческого фактора. **Актуальность проблемы** заключается в том, что охрана здоровья студентов традиционно является одной из важнейших социальных задач общества. Успешная подготовка высококвалифицированных кадров тесно связана с укреплением и охраной здоровья, повышением работоспособности подростковой и студенческой молодежи. Сознание, которое присуще человеку в отличие от животных, побуждает его уделять определённое внимание здоровью. В связи с этим забота о здоровье у большинства людей должна стоять на первом плане. В действительности же из-за низкого уровня сознания у большей части населения такого ещё не наблюдается. И лишь в последнее время, во многом благодаря государству, началась пропаганда спорта. Среди молодых людей в 90г. стремление к здоровью не приветствовалось. Результатом этого является то, что доминирующая часть населения не соблюдает элементов здорового образа жизни [1].

Анализ фактических материалов о жизнедеятельности студентов свидетельствует, о ее неупорядоченности и хаотичной организации. Это отражается в таких важнейших компонентах, как несвоевременный прием пищи, систематическое недосыпание, малое пребывание на свежем воздухе, недостаточная двигательная активность, отсутствие закаливающих процедур, выполнения самостоятельной учебной работы во время, предназначенное для сна, курение.

Цель работы: выявить ориентацию студентов на здоровый образ жизни, отношение к

привычкам и на основе полученных данных дать рекомендации, которые в дальнейшем помогут

сохранить и укрепить здоровье на долгие годы.

В соответствии с целью **объектом** исследования является здоровый образ жизни студентов

колледжа, а **предметом** – процесс формирования здорового образа жизни студентов.

Гипотеза исследования: результативность формирования здорового образа жизни студентов колледжа достигается, если:

- теоретически изучено, определено и уточнено понятие «здоровый образ жизни студента колледжа»;
- определено содержание компонентов здорового образа жизни студентов;

Цель исследования и выдвинутая гипотеза обусловили необходимость решения следующих

задач:

- 1) определить понятие «здоровый образ жизни» и раскрыть его сущность;
- 2) определить содержание компонентов здорового образа жизни студентов колледжа;
- 3) провести анкетирование и обработать результаты анкеты.

Для решения поставленных задач и проверки выдвинутой гипотезы был использован

плекс теоретических и практических методов исследования:

- **теоретические методы:** метод терминологического анализа для определения ности базовых понятий исследования; анализ литературы, позволивший осуществить ику состояния научно-теоретической разработанности проблемы формирования ювого образа жизни студентов колледжа; методы анализа и синтеза, методы ематизации и обобщения научных данных.

- **эмпирические методы:** анкетирование, математическая и графическая обработка льтатов исследования, анализ и интерпретация полученных результатов.

Здоровый образ жизни и его составляющие

Давно известно, что здоровье человека на 10-20% зависит от наследственности, 10-20% - от состояния окружающей среды, 8-12% - от уровня здравоохранения и 50-70% - от образа жизни.

Под ним понимается индивидуальная система поведения человека, обеспечивающая ему физическое, духовное и социальное благополучие в реальной окружающей среде (природной, техногенной и социальной) и активное долголетие. Поэтому для сохранения и укрепления своего здоровья каждый человек должен создать свой образ жизни, свою индивидуальную систему поведения, которая наилучшим образом обеспечит ему достижение физического, духовного и социального благополучия. Для того чтобы сформировать систему здорового образа жизни, необходимо знать факторы, которые положительно влияют на здоровье. Это соблюдение режима дня, рациональное питание, закаливание, занятия физической культурой и спортом, хорошие взаимоотношения с окружающими людьми. Следует учитывать также и факторы, отрицательно влияющие на здоровье: курение, употребление алкоголя и наркотиков, эмоциональная и психическая напряженность при общении с окружающими, неблагоприятная экологическая обстановка в местах проживания.

Здоровый образ жизни - это цельная, логически взаимосвязанная, продуманная и спланированная система поведения человека, которую он соблюдает не по принуждению, а с удовольствием и уверен, что она даст положительные результаты в деле сохранения и укрепления здоровья.

Здоровый образ жизни - это динамичная система поведения человека, основанная на глубоком знании многих факторов, оказывающих влияние на здоровье человека, и выборе такого алгоритма своего поведения, который максимально обеспечивает сохранение и укрепление здоровья.

Человек - сам творец своего здоровья, за которое надо бороться. С раннего возраста необходимо вести активный образ жизни, закаливаться, заниматься физической культурой и спортом, соблюдать правила личной гигиены и добиваться разумными путями подлинной гармонии здоровья. Здоровый и духовно развитый человек счастлив - он отлично себя чувствует, получает удовлетворение от своей работы, стремится к самоусовершенствованию, достигая неувядающей молодости духа и внутренней красоты. Теперь рассмотрим основные составляющие здорового образа жизни [4].

Факторы, влияющие на здоровье и благополучие

Среди факторов, влияющих на здоровье человека, ведущее место занимают

физические, духовные и социальные. Из физических факторов наиболее важными являются наследственность и состояние окружающей среды. Исследования свидетельствуют о существенном влиянии наследственности практически на все аспекты нашего физического и психического здоровья (степень влияния их на здоровье может составлять до 20 %). Состояние окружающей среды оказывает непосредственное влияние на здоровье. Даже самые здоровые жизненные привычки не могут полностью компенсировать воздействие загрязненного воздуха или воды. Степень влияния окружающей среды на здоровье человека может составить тоже до 20 %. Загрязненный воздух может содержать вредные вещества, которые проникают в организм человека через органы дыхания. Недоброкачественная вода может содержать патогенные микроорганизмы и токсичные соединения, которые, попадая в желудочно-кишечный тракт, вызывают различные заболевания и отравления. Кроме того, под воздействием загрязненной окружающей среды в живых организмах могут происходить изменения генов (мутации). Изменение генов под воздействием окружающей среды - мутагенез постоянно происходит в каждом организме, но в условиях нарастающего загрязнения окружающей среды он выходит из-под контроля природных механизмов. Вещества и факторы, вызывающие изменение генов, получили название мутагенов. Мутагенным действием обладают ионизирующие и ультрафиолетовые излучения, различные природные и искусственные химические соединения. При попадании в организм человека могут вызвать развитие злокачественных опухолей, появление уродств. Все мутагены принято разделять на химические, физические и радиационные. Попад в организм, мутаген испытывает влияние множества веществ: компонентов пищи, гормонов, продуктов обмена веществ, ферментов. Одни из них усиливают его действие, а другие уменьшают и даже прекращают. [3].

В последнее время активно изучаются вещества (антимутагены), которые способны остановить вредное действие мутагенов. Некоторые из них делают малоактивными, другие изменяют влияние мутагенов так, что они становятся неопасными, третьи усиливают систему противодействия мутагенам. Наиболее активными антимутагенами являются витамины: ретинол (витамин А), токоферол (витамин Е), аскорбиновая кислота (витамин С). Витамин А содержится в продуктах животного происхождения (сливочное масло, яичный желток, печень). В растительных пищевых продуктах витамин А отсутствует. Витамин Е содержится в зеленых частях растений, особенно молодых ростках злаков. Богаты этим витамином растительные масла: подсолнечное, хлопковое, кукурузное, арахисовое, соевое. Витамин Е выполняет роль биологического антиоксиданта, он препятствует развитию процессов образования токсичных для организма свободных радикалов и нормализует обмен веществ в мышечной ткани. Витамин С много в продуктах растительного происхождения: плодах шиповника, капусте, лимонах, апельсинах, черной смородине, других фруктах и ягодах. Витамин С участвует в окислительно-восстановительных процессах, свертывании крови, углеводном обмене и регенерации тканей. Здоровый образ жизни, рациональное питание, комплексное употребление в пищу продуктов, содержащих витамины А, Е и С, уменьшают степень воздействия на организм мутагенов и, следовательно, помогают сохранить здоровье в загрязненной окружающей среде.

Наиболее доступные продукты растительного происхождения, содержащие витамины А, Е и С, представлены в таблице 1. Духовные факторы также являются

важным компонентом здоровья и благополучия.

К ним относятся способности к выполнению добрых дел, самосовершенствованию, милосердию и бескорыстной помощи. Выбор в пользу здорового образа жизни требует от человека высокого уровня сознательности и культуры, но и значение духовных факторов очень велико, степень их влияния на здоровье составляет около 50 %.

Таблица 1. Некоторые продукты питания, содержащие витамины А, Е и С

Наименование продуктов и наличие в них витаминов	Витамины		
	А	Е	С
Капуста белокочанная	+		+
Морковь	+	+	+
Картофель	+		+
Лук репчатый	+	+	+
Салат посевной	+	+	+
Шпинат огородный		+	+
Перец стручковый	+	+	+
Петрушка обыкновенная		+	+
Свекла обыкновенная		+	+
Орех грецкий		+	+
Помидоры	+	+	+
Яблоки	+		+

Определенным образом на здоровье людей влияют и социальные факторы. Уровень благополучия и здоровья в этом случае может быть высоким только тогда, когда человек имеет возможность для самореализации, когда ему гарантированы хорошие жилищные условия, доступное образование и качественное медицинское обслуживание. [2].

Режим дня, труда и отдыха

Особое значение имеет режим дня. При правильном и строгом его соблюдении вырабатывается четкий ритм функционирования организма. А это в свою очередь создает наилучшие условия для работы и восстановления, тем самым способствует укреплению здоровья и повышению производительности труда. Известно, что у тех подростков, которые соблюдают режим дня, отклонения в состоянии здоровья встречаются в 11 % случаев, а у тех, кто не соблюдает - в 18 %.

В течение жизни, 1/3 общего времени, человек участвует в трудовой деятельности. Поэтому важно, чтобы под влиянием труда не наступило ухудшения в состоянии здоровья.

Труд - неперенное и естественное условие жизни, без которого не был бы возможен обмен веществ между человеком и природой, то есть не была бы возможна сама человеческая жизнь. Труд дает человеку радость творчества, самоутверждения, воспитывает в нем целеустремленность, упорство, сознательное отношение к окружающему.

Захватывающая работа увлекает, доставляет истинное наслаждение, отодвигает усталость, является прочной основой физического и психического здоровья. Труд не

только не вреден, но, напротив, систематический, посильный, и хорошо организованный трудовой процесс чрезвычайно благотворно влияет на нервную систему, сердце и сосуды, костно-мышечный аппарат - на весь организм человека. Постоянная тренировка в процессе труда укрепляет наше тело. Долго живет тот, кто много и хорошо работает в течение всей жизни. Напротив, безделье приводит к вялости мускулатуры, нарушению обмена веществ, ожирению и преждевременному одряхлению. Большое значение имеет режим труда. Если умело не распределять силы во время выполнения работы, то не избежать перенапряжения и переутомления. К труду нужно приучаться с детства. Важно соблюдать правильный режим труда. Равномерная, ритмичная работа продуктивнее и полезнее для здоровья, чем смена периодов простоя периодами напряженной, спешной работы. Интересная и любимая работа выполняется легко, без напряжения, не вызывает усталости и утомления. [2].

Режим питания

Правильное, научно обоснованное питание является важнейшим условием крепкого здоровья, высокой работоспособности и долголетия человека. С пищей человек получает энергию, нужную для жизнедеятельности и роста. Необходимые организму питательные вещества подразделяют на шесть основных типов: углеводы, белки, жиры, витамины, минеральные элементы и вода.

Правильно питаться - значит получать их с пищей в достаточном количестве и в правильном сочетании. Питание должно учитывать генетические особенности человека, его возраст, уровень физической нагрузки, климатические и сезонные особенности окружающей природной среды. Следует учитывать, что нет таких пищевых продуктов, которые сами по себе были бы хорошими или плохими. Питательной ценностью в той или иной степени обладают все их виды. Важно не только то, что мы едим, а также, сколько едим, когда и в каких сочетаниях. Относиться к пище надо с уважением и ответственностью, во время еды получать удовольствие. Поэтому, принимая пищу, не следует решать дела и проблемы. Пищу надо пережевывать очень тщательно не менее 30 раз.

Чем дольше пища остается во рту и чем лучше она пережевывается, тем больше будет сока в желудке, и тем успешнее будет проходить процесс пищеварения. Не следует садиться за стол усталым, озабоченным и возбужденным. Перед едой необходим 10-15 минутный отдых, отключение от всех проблем, настрой на прием пищи. Наиболее усталым и часто озабоченным человек бывает, как правило, вечером после трудового дня. Подготовиться к ужину поможет непродолжительная прогулка на свежем воздухе или легкая разминка, снимающая напряжение. После них хорошо принять теплый душ, а затем облиться холодной водой. Усталость прошла, заботы отступили, человек готов к приему пищи. Если нет достаточного времени для приема пищи, то его лучше пропустить. Питаться следует разнообразно, но нельзя переедать. Употреблять воду или другие напитки следует за 15-20 минут до приема пищи. Во время еды и после нее пить не следует, так как это несовместимо с хорошим пищеварением. Если в это время принимается вода или какая-либо другая жидкость, пищевые соки в желудке разбавляются.

В результате этого пищеварение сильно затормаживается. Многочисленные исследования показали, что лишь один раз в день можно кушать плотно, а два раза следует лишь слегка перекусить. Наиболее подходящее время для еды - вечер. Вечером

все дела закончены, есть возможность уделить необходимое внимание и время для приема пищи, но не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Утренний прием пищи может быть самым легким и состоять из хорошо и быстро усваиваемых организмом продуктов: фруктов, овощей, соков. Дневное питание также должно быть достаточно умеренным. Каждый человек, создавая свою индивидуальную систему здорового образа жизни, должен вдумчиво и серьезно относиться к своему питанию, избегать в любых случаях привычки питаться, как попало. [2].

Двигательная активность

Под двигательной активностью понимается любая мышечная деятельность, позволяющая поддерживать оптимальную физическую форму и обеспечивать хорошее самочувствие. Человек в течение многих тысячелетий выработал у себя способность встречать внешний раздражитель, то есть угрозу, мобилизацией своих физических резервов. В наши дни воздействие этих раздражителей постоянно возрастает, физические силы приводятся в готовность к действию, а реализации этой готовности не происходит. Большую часть физической нагрузки выполняют за человека машины и механизмы. Он как бы пребывает в ситуации постоянной готовности к действию, которое не позволено выполнить, и его тело в конце концов начинает испытывать негативные последствия такого состояния.

С другой стороны, поток информации постоянно растет, а значит, увеличивается эмоциональная нагрузка на человека. Поэтому для поддержания своего здоровья в хорошем состоянии человеку необходима физическая культура. Он должен сам выработать у себя постоянную привычку заниматься физкультурой, чтобы обеспечить гармоничное равновесие между умственными и физическими нагрузками. Это одна из самых важных составляющих индивидуальной системы здорового образа жизни. Начинать заниматься физической культурой следует с раннего возраста, когда еще нет больших жизненных проблем, и для воспитания у себя необходимых физических качеств практически нет объективных препятствий. Нужны только желание и упорство. Люди, постоянно занимающиеся физической культурой, меньше подвержены стрессам, они лучше справляются с беспокойством, тревогой, угнетенностью, гневом и страхом. Они не только способны быстро расслабиться, но и умеют с помощью физических упражнений снять эмоциональное напряжение. Организм этих людей лучше сопротивляется болезням. Они легче засыпают, лучше спят, сон у них крепче, им требуется меньше времени, чтобы выспаться. Некоторые физиологи считают, что каждый час физической активности продлевает жизнь человека на 2-3 часа. [3].

Закаливание

Закаливание - это повышение устойчивости организма к неблагоприятному воздействию факторов окружающей среды путем систематического воздействия на организм этих факторов. В основе закаливания лежит способность организма человека приспосабливаться к изменяющимся условиям окружающей среды. Эта процедура приводит к снижению чувствительности организма при воздействии определенного физического фактора. Так, например, систематическое воздействие на организм холода повышает его устойчивость к низким температурам. Это одно из самых важных направлений закаливания, так как имеет большое значение для профилактики респираторных вирусных заболеваний. У незакаленных людей в результате охлаждения снижается уровень обменных процессов, ухудшается деятельность центральной

нервной системы. Это приводит к общему ослаблению организма, способствует обострению имеющихся хронических заболеваний или возникновению новых. У закаленных людей вырабатывается устойчивость к воздействию низких температур. Теплообразование в их организме происходит более интенсивно, что активизирует работу защитных механизмов и уменьшает вероятность развития заболеваний. Существует целая система закаливающих водных процедур: обтирание, обливание холодной водой, купание в открытых водоемах. Наиболее эффективной водной процедурой является купание в ледяной воде. В качестве закаливающих процедур применяются также воздушные и солнечные ванны, хождение босиком. [1].

Об опасности вредных привычек

Алкоголь крайне вредно действует на клетки головного мозга, парализуя их деятельность и уничтожая их. Всего 100 г водки губит около 7,5 тысяч клеток. Сильно влияние алкоголя на печень: при длительном его употреблении развиваются хронический гепатит и цирроз печени. Употребление спиртных напитков приводит к нарушению сердечного ритма, обменных процессов в тканях сердца и мозга и необратимым изменениям в этих тканях. Алкоголь негативно влияет на деятельность желез внутренней секреции и, прежде всего, половых: снижение половой функции наблюдается у 2/3 лиц, злоупотребляющих спиртными напитками. По данным Всемирной организации здравоохранения, показатель смертности от разных причин у лиц, умеренно употребляющих алкоголь, в 3-4 раза превышает аналогичный показатель для населения в целом. Средняя продолжительность жизни у пьющих людей не превышает обычно 55-57 лет. Опынение, сопровождающееся ослаблением сдерживающих факторов, утратой чувства стыда и реальной оценки последствий совершаемых поступков, часто толкает молодых людей на случайные половые связи. Следствием их нередко бывают нежелательная беременность, аборт, заражение болезнями, передающимися половым путем. По данным статистики, 90 % заражений сифилисом и около 95 % - гонореей происходит в состоянии опьянения.

Медицина утверждает, что у женщин, употребляющих спиртное, рождаются недоношенные дети, а у остальных - мертвые. Известно, что зачатие в пьяном виде большой опасностью для будущего ребенка. Обследования показали, что из 100 обследованных детей-эпилептиков у 60 родители употребляли спиртные напитки, а у 40 из 100 умственно отсталых детей родители - алкоголики. [6].

Физиолог академик И. П. Павлов уже не так давно говорил: «Какая польза может быть от яда, который приводит людей в состояние безумия, толкает на преступления, делает больными, отравляет существование не только самих пьющих, но и окружающих лиц? С тех пор, как доказан безусловный вред алкоголя с научно-гигиенической точки зрения, не может быть даже речи о научном одобрении потребления малых или умеренных доз алкоголя».

Курение табака - вредная привычка, заключающаяся во вдыхании дыма тлеющего табака, - это одна из форм токсикомании. Активным началом табачного дыма является никотин, который практически мгновенно попадает в кровоток через легкие. Кроме никотина, в табачном дыме содержится угарный газ, синильная кислота, сероводород, углекислота, аммиак, эфирные масла и концентрат из жидких и твердых продуктов горения, называемый табачным дегтем. Последний состоит из около ста химических соединений и веществ. В том числе радиоактивного изотопа калия,

мышьяка, ароматических полициклических углеводов - канцерогенов.

Табак вредно действует на многие органы и системы организма человека. Первыми в контакт с табачным дымом вступают рот и носоглотка. Температура дыма в полости рта достигает около 50-60 °С. Чтобы ввести дым из полости рта и носоглотки в легкие, курильщик вдыхает порцию воздуха. Температура воздуха, поступающего в рот, примерно на 40 °С ниже температуры дыма. Этот перепад температур приводит со временем к появлению на эмали зубов микроскопических трещин. Поэтому зубы у курильщиков начинают разрушаться раньше, чем у некурящих людей. Ядовитые вещества, содержащиеся в табачном дыме, со слюной курильщика попадают на слизистую оболочку желудка, что часто приводит к язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Постоянное курение, как правило, сопровождается бронхитом. В легких курильщика табачный дым насыщает кровь угарным газом, который, соединяясь с гемоглобином, исключает часть его из процесса дыхания. Наступает кислородное голодание, в результате которого прежде всего страдает сердечная мышца. Синильная кислота хронически отравляет нервную систему. Аммиак раздражает слизистые оболочки, снижается сопротивляемость легких к различным инфекционным заболеваниям, в частности к туберкулезу. Основное разрушающее действие на организм человека при курении оказывает никотин. Это сильный яд: смертельная доза для человека составляет 1 мг на 1 кг массы тела, то есть около 50-70 мг для подростка. Смерть может наступить, если подросток сразу выкурит около половины пачки сигарет.

Немецкий профессор Танненберг подсчитал, что в настоящее время на миллион человек один смертный случай в результате авиакатастроф возникает 1 раз в 50 лет; употребления алкоголя - раз в 4-5 дней, курения - каждые 2 часа. Вдыхание задымленного табачного воздуха приводит к тем же болезням, которыми страдают курильщики. Исследования показали, что опасность от пассивного курения весьма реальна. Дым от зажженной сигареты, оставленной в пепельнице или находящейся в руке курильщика, - это не тот дым, который вдыхает курящий. Курильщик вдыхает дым, который прошел через фильтр сигареты, в то время как некурящий вдыхает абсолютно неотфильтрованный дым. Этот дым содержит в 50 раз больше канцерогенов, вдвое больше дегтя и никотина, в 5 раз больше окиси углерода и в 50 раз больше аммиака, чем дым, вдыхаемый через сигарету. Для людей, работающих в сильно накуранных помещениях, степень пассивного курения может достигать эквивалента, равного 14 сигаретам в день. Существуют убедительные данные, свидетельствующие об увеличении числа случаев рака легких среди некурящих, которые живут вместе с курильщиками. В настоящее время курение глубоко вошло в быт многих людей, стало повседневным явлением. В мире курит около 50 % мужчин и 25 % женщин.

По мнению специалистов, пристрастие к курению является одной из разновидностей наркомании: люди курят не потому, что хотят курить, а потому что не могут бросить эту привычку. В России, к сожалению, число курильщиков за последние 10 лет увеличилось примерно на 14 %. Каким образом формируется эта зависимость? У каждого человека в головном мозге есть центр удовольствия, который обеспечивает ему хорошее настроение, реагируя на определенные поступки и процессы. Решили сложную задачу - удовольствие, встретились с друзьями - снова удовольствие, вкусно пообедали - опять удовольствие. Такое состояние человек ощущает благодаря имеющимся в его организме специальным регулирующим веществам - нейро-медиаторам. Затем влечение

начинает проявляться на уровне физической зависимости: без дозы препарата у человека происходит расстройство работы нервной системы и внутренних органов. С появлением физической зависимости начинают изменяться поведение человека и его жизненные интересы. Человек на этой стадии делается несдержанным, озлобленным, подозрительным и обидчивым. У него появляется равнодушие к судьбе близких и к собственной судьбе. Постепенно организм наркомана (токсикомана) разрушается и дряхлеет физически. Слабеют его защитные силы, вследствие чего возможно развитие любых инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Специалисты отмечают, что первая проба наркотиков иногда происходит в 8-10 лет, но чаще всего это случается в 11-13 лет. В большинстве случаев люди, начавшие употреблять наркотики, никогда не могут избавиться от этой пагубной привычки. [5].

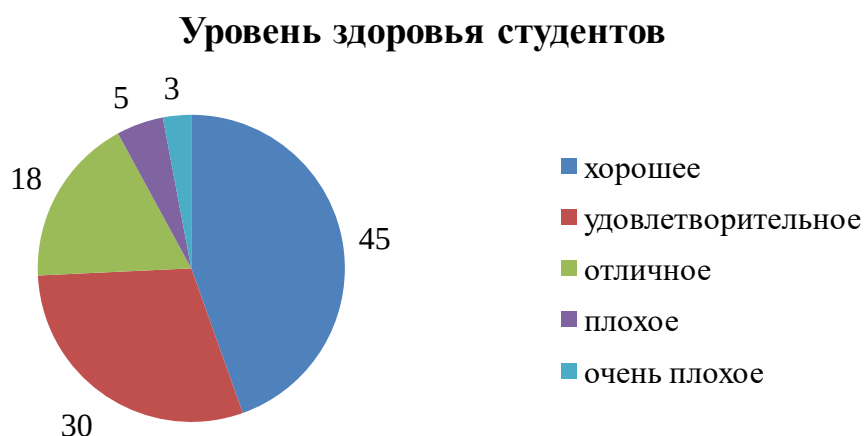
Практическая часть

Вместе с руководителем нами была поставлена цель: выявить ориентацию студентов на здоровый образ жизни, отношение к вредным привычкам, наличие комфортных психологических условий в учреждении образования. Для этого им предложили ответить на вопросы анкеты. (Приложение 1).

В исследовании принимали участие выборочно 30 студентов, обучающихся на 1-4 курсах. Полученные данные проанализировали и оформили в виде таблиц и диаграмм.

Первый вопрос был относительно объективной оценки уровня своего здоровья. Необходимо выяснить, как студенты оценивают состояние своего здоровья в настоящее время по шкале от «отличного» до «очень плохого».

Из всех опрошенных студентов 45% оценили уровень своего здоровья, как хорошее, 30%-удовлетворительное, 18%-отличное, 5%-плохое и 3% очень плохое. Из этого сделали вывод, что в среднем у студентов хороший уровень здоровья, хотя некоторые из них испытывают проблемы. Результаты отражены в Диаграмме 1



Целью следующего нашего вопроса было определение знаний студентов о факторах, влияющих на уровень здоровья. Им был предложен список основных и более значимых определяющих здоровый образ жизни. На данный вопрос можно было дать несколько ответов. При анализе учитывается пол опрошенных.

Так приоритетными факторами стали занятие спортом, правильный режим дня, отказ от вредных привычек и правильное питание, их выбрали больше половины

опрошенных. Немаловажным фактором стала и наследственность, такой ответ дали 20% парней и 23% девушек.

По мнению студентов, экология оказывает на здоровье меньшее влияние, чем остальные факторы, этот вариант выбрали 10% парней и 12 % девушек.

Еще меньшее число опрошенных выбрало варианты деятельность системы здравоохранения и другое. Из этого сделаем вывод, что студенты считают, что их собственное здоровье в их же руках и зависит в основном оно от выбранных привычек, питания, режима дня и занятия спортом. Также немаловажна наследственная предрасположенность. Так же из результатов анкетирования стало понятно, что девушки уделяют большее значение здоровью, чем ребята. Данные отражены в Таблице 1

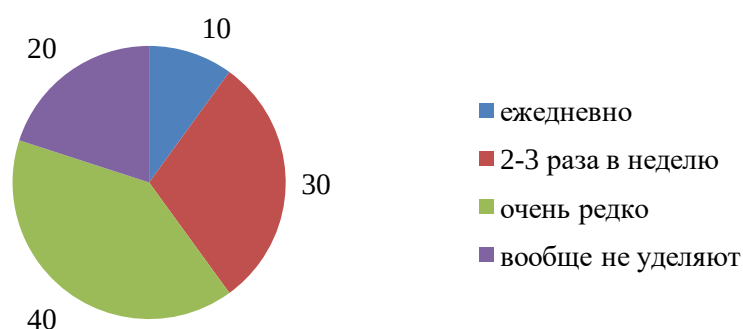
Мнение студентов, о факторах влияющих на уровень здоровья:

Факторы	М	Д
Занятие спортом, правильный режим дня	67%	60%
Наследственность	20%	23%
Отказ от вредных привычек	67%	60%
Правильное питание	50%	68%
Экология	10%	12%
Деятельность системы здравоохранения	5%	5%
Другое	1%	1%

На теории студенты хорошо доносят о составляющих здорового образа жизни, однако сами они принимают мало действий по укреплению здоровья, особенно это касается рационального питания и режима дня. Так же учащиеся уделяют мало времени физической культуре и спорту, что в дальнейшем отражается избыточным весом и плохим иммунитетом. Как часто вы занимаетесь физкультурой и спортом?

Только 10 % ответили ежедневно, 30 % - 2-3 раза в неделю, 40% выбрали вариант очень редко, и 20 % оставшихся вообще не уделяют этому внимания (Диаграмма 2). Результаты очень печальны и требуют кардинальных мер.

Время, уделяемое студентами на физическую культуру и спорт

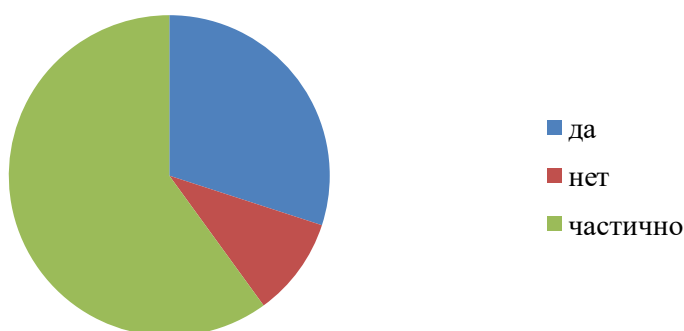


При проведении анкетирования у нас стояла цель узнать мнение студентов о наличии комфортных психологических условий в колледже. Для этого в нашей анкете

было выделено несколько вопросов относительно питания, спортивных секций и социально-психологического климата в учреждении.

Из этого сделаем вывод, насколько удовлетворяют студентов условия обучения в колледже. Так обобщив все данные, получилось, что большинство студентов не совсем удовлетворено наличием комфортных условий, и считает, что существуют некоторые недоработки, они составили 60 % опрошенных, 30 % полностью довольны условиями в учреждении и 10 % напротив совершенно не удовлетворены социально-психологическим климатом. Эти данные отражены в Диаграмме 3.

Удовлетворяет ли вас социально-психологический климат учреждения?



Отдельное внимание мы уделили вредным привычкам. В анкете были предоставлены вопросы относительно отношения к курению, алкоголизму и наркомании, осведомленности об их влиянии на здоровье. Так на вопрос курите ли вы, положительно ответили 40 % опрошенных, 15 % периодически в компании балуются, 10 % недавно бросили, 25% в настоящее время не курят, однако пробовали и знакомы лично с этой пагубной привычкой и 10% никогда не пробовали и не выкурили ни одной сигареты за свою жизнь.

Из этого мы сделали вывод, что проблема курения очень актуальна в наше время, не обошла она стороной и наше учреждение, и нужно прикладывать больше усилий для борьбы с этой пагубной привычкой. Данные отражены в Диаграмме 4.

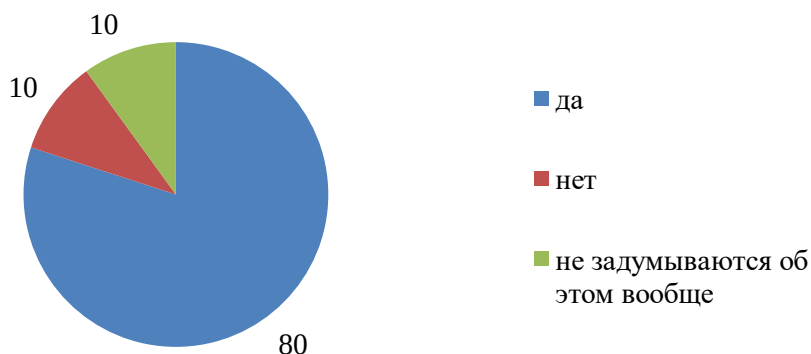
Курите ли вы?



Хотя статистика курения так печальна, большинство студентов осознают вред этой привычки, возможные последствия и хотят бросить в ближайшее время.

Так 80 % опрошенных на вопрос: Стоит ли отказаться от курения, что бы быть здоровым? ответили положительно, 10 % отрицательно и 10 % не задумываются об этом вообще (Диаграмма 4). Однако не так легко бороться с этой вредной привычкой, раз так расходятся реальные статистические данные с желанием студентов.

Стоит ли отказаться от курения, чтобы быть здоровым?



Проблема алкоголизма и наркомании не менее актуальна. Знания студентов об их вреде на хорошем уровне. Они в полной мере осознают страшные последствия злоупотребления алкоголем и приема наркотиков. Некоторые из них сталкивались с проблемой алкоголизма и употребления наркотиков на примере друзей или знакомых.

И в конце был задан открытый вопрос относительно того, какой образ жизни, на их взгляд, является привлекательным, престижным? Практически единогласно все ответили, что хотят вести здоровый образ жизни.

Заключение

Из результатов исследования стало очевидно, что студенты нашего колледжа прекрасно осознают, что их здоровье зависит от них самих и большинство считает здоровый образ жизни привлекательным и престижным. Однако они предпринимают мало действий для укрепления здоровья: мало двигаются, неправильно питаются, не закаляют организм, так же многие не могут отказаться от вредных привычек.

Применяя данные выводы в дальнейшей работе, мы смогли произвести диагностику представлений студентов нашего колледжа о здоровом образе жизни. Целью нашей работы являлось изучение представлений о здоровом образе и его формировании жизни у студентов колледжа.

Данная цель конкретизируется в виде следующих задач:

1) выявление степени соответствия представлений о здоровом образе жизни и его формированию студентов колледжа современным научным представлениям.

Анализ результатов проведенного исследования позволяет сделать ряд выводов относительно представлений о здоровом образе жизни у студентов различных специальностей. Так, у всех испытуемых здоровье занимает 1 место в системе ценностных ориентаций, но вместе с тем количество людей, отдающих приоритет среди прочих ценностей именно здоровью, различно, что дает основание судить об отличиях отношения к собственному здоровью у испытуемых. Представления о здоровом образе жизни у студентов прежде всего, сводятся к занятиям спортом, отсутствию вредных

привычек и правильному питанию. Вместе с тем студентами в качестве наиболее важных составляющих здорового образа жизни называются такие, как ощущение счастья, гармония с собой, гармоничные отношения в семье, что более соответствует современным представлениям о здоровом образе жизни, не ограничивающемся не только факторами физического здоровья.

В качестве главного признака здорового образа жизни отмечаются как составляющие здорового образа, так и показатели здоровья, которое на субъективном уровне оценивается как хорошее самочувствие и хорошее настроение. Нами обнаружено, что большая часть испытуемых считает здоровый образ жизни необходимым. Было определено, что, чем менее реализованным считают испытуемые здоровый образ жизни, тем чаще возникает у них желание к ведению более здорового образа жизни.

Немаловажную роль в этом играют условия в учреждении образования, которые требуют усовершенствования. Например, открытие спортивных секций, запрет продажи вредных продуктов питания, таких как сухарики, чипсы, высококалорийные батончики и др. А студентам в свою очередь следует продумать свои жизненные задачи и цели, выделив тем самым время для укрепления своего здоровья.

Вот общие рекомендации по выработке личных качеств, необходимых для ведения здорового образа жизни:

- 1) иметь четко сформулированную цель жизни и обладать психологической устойчивостью в различных жизненных ситуациях.
- 2) знать формы своего поведения, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья.
- 3) стремиться быть хозяином своей жизни; верить в то, что образ жизни, который вы ведете, даст положительные результаты.
- 4) выработать у себя положительное отношение к жизни, воспринимать каждый день как маленькую жизнь, уметь радоваться жизни.
- 5) постоянно соблюдать режим двигательной активности, так как нет никаких других средств, которые бы заменили движение.
- 6) соблюдать правила и гигиену питания.
- 7) соблюдать режим труда и отдыха, выполнять правила личной гигиены.
- 8) быть оптимистом, двигаясь по пути укрепления здоровья, ставить перед собой достижимые цели, не драматизировать неудачи, помнить, что совершенство в принципе недостижимая вещь.

Библиографический список

1. Байер К., Шейнбер Л. Здоровый образ жизни: Пер. с англ. - М.: Мир, 2015. - 368с.
2. Билич Г.Л., Назарова Л.В. Основы валеологии: Учеб. - 2-е изд. - СПб: Фолиант, 2018.558с.
3. Всё о здоровом образе жизни: Пер. с англ. - Франция: Ридерз Дайджест, 2019. - 404с.
4. Горцев Г. Энциклопедия здорового образа жизни. - М.: Вече, 2015. - 461с.
5. Олейник Е.Г. Развитие физических качеств и восстановление работоспособности студентов после физических нагрузок. - Белгород: Издательство БГТУ им. В.Г. Шухова, 2015.-47с.

6. Ильинич В.И. Физическая культура студента.- М.: Гардарики, 2014.- 448с.
Оглоблин К.А. Здоровый образ жизни. - Уссурийск, 2014. - 124с.

Приложение 1

Анкета

Приглашаем Вас ответить на вопросы анкеты, посвященной здоровью студентов. Данная анкета поможет выявить ориентацию на здоровый образ жизни, отношение к вредным привычкам, наличие комфортных психологических условий в учреждении образования. Выберите ответы, совпадающие с вашим мнением, и обведите кружком их порядковые номера. Если ваше мнение не удалось предусмотреть, напишите свои ответы в свободных строчках. Не оставляйте, пожалуйста, ни одного вопроса без ответа. Все ваши ответы будут использованы только в данном исследовании, конфиденциальность гарантируется. Благодарим за участие! .

Как вы оцениваете уровень вашего здоровья?

- a) отличное
- b) плохое
- c) хорошее
- d) очень плохое
- e) удовлетворительное

Что вы считаете залогом крепкого здоровья?

- a) занятие спортом, правильный режим дня
- b) правильное питание
- c) наследственность
- d) экология
- e) отказ от вредных привычек
- f) деятельность системы здравоохранения
- g) другое

Интересно ли вы живете?

- a) да
- b) посредственно
- c) нет
- d) другое

Влияют ли положительные эмоции на укрепление вашего здоровья?

- a) да
- b) затрудняюсь ответить
- c) нет

Удовлетворяет ли вас социально-психологический климат в вашем учреждении?

- a) да
- b) частично
- c) нет

Как часто вы занимаетесь физической культурой и спортом?

- a) ежедневно
- b) вообще не занимаюсь
- c) 2-3 раза в неделю

d) очень редко

Занимаетесь ли вы закаливанием своего организма?

a) да

b) не считаю нужным

c) нет

Считаете ли вы важным условием здорового образа жизни соблюдение личной гигиены?

a) очень важно

b) скорее не важно

c) скорее важно

d) совсем не важно

Курите ли вы?

a) нет, никогда не пробовал

b) бросил

c) да

d) нет, не пробовала

e) изредка, балуюсь

Стоит ли отказаться от курения, что бы быть здоровым?

a) да

b) не знаю, не задумываюсь об этом

c) нет

Употребляете ли вы алкогольные напитки, если да, то как часто?

a) нет, категорически не приемлю

b) по праздникам с родственниками

c) изредка в компании

d) другое

Употребляли ли вы и ваши друзья таблетки или химические вещества одурманивающего действия, считаете ли вы их употребление опасным для здоровья?

a) нет, никогда не употреблял, потому что считаю их опасными для здоровья

b) нет, не употреблял, но не считаю их опасными для здоровья

c) употреблял несколько раз по глупости и считаю, что это очень опасно для здоровья

d) употребляю часто и не думаю об их опасности для здоровья

Сталкивались ли вы с проблемой употребления наркотиков?

a) да, неоднократно пробовал

b) да, в собственной семье

c) да, пробовал 1-2 раза

d) да, в семье друзей или знакомых

e) да, у меня был или есть друг наркоман

f) к счастью, никогда не сталкивался

По вашему мнению, является ли рациональное питание составной частью здорового образа жизни?

a) да, считаю это важным, придерживаюсь режима дня, рассчитываю оптимальное количество и соотношение пищевых веществ, баланс энергии

- б) нет, не считаю это нужным в)ничего не знаю о пользе и вреде рационального питания .

Придерживаетесь ли вы какой-либо особой диеты?

- а) придерживаюсь вегетарианской диеты
б) раздельное питание
с) отказ от хлебобулочных изделий
д) лечебное голодание
е) другое

Ральченко Алина Алексеевна
г. Комсомольск-на-Амуре, КГБПОУ КФ «Хабаровский медицинский
колледж»
имени

Г.С.Макарова
34.02.01 Сестринское дело, 4
курс

Научный руководитель – преподаватель
высшей
квалификационной категории Роднова
Е.В.

E-mail:
klon71@mail.ru

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

В настоящее время быстрыми темпами эпидемия ожирения распространяется среди детей и подростков. В большинстве регионов мира количество больных подростками растёт и удваивается каждые три десятилетия. Избыточная масса тела и ожирение у детей и подростков являются самыми распространёнными хроническими заболеваниями в мире.

Первичная профилактика ожирения сводится к мероприятиям, направленным на предупреждение заболевания при уже существующих предпосылках к его возникновению. Она включает в себя адекватное повышение физической активности, стимулирующее процессы метаболического преобразования пищевой глюкозы [1] .

Вторичная профилактика ожирения также требует активного внимания и участия медицинских работников среднего звена. К обязательным мероприятиям профилактики относятся:

1. Регулярная оценка массы тела, определение индекса массы тела (ИМТ) и объема талии.
2. Оценка характера питания и пищевых привычек.
3. Оценка образа жизни и двигательной активности подростка.

4. Нормализация режима, обеспечение полноценного сна.
5. Информирование об опасности и вреде чрезмерного повышения веса и риске возникновения сопутствующих соматических заболеваний.
6. Ежегодное диспансерное обследование и наблюдение у врача [2] .

Профилактика ожирения может помочь избежать подросткам возникновения этой болезни. Но для ее проведения вначале необходимо выяснить, каким именно образом начинается эта болезнь. Ученые, врачи и диетологи утверждают, что причиной ожирения является недостаточный расход потребляемой энергии, которая в итоге начинает откладываться в виде липидов в жировой ткани.

При избыточной массе тела необходимо в первую очередь изменить свой режим питания, сделав его более рациональным для организма. Людям, которые склонны к полноте уже с момента взросления надо начинать следить за своим рационом, тщательно подбирая продукты, входящие в него. В частности, ограничить себя в приеме сахара, мучной пищи и продуктов, насыщенных жирами и углеводами. При этом стараться не переедать в течение дня, а особенно перед сном.

Этот режим питания нужно сочетать с физическими нагрузками. Причем выбирать курс упражнений, постоянно консультируясь со специалистом. Даже 3-х часовые ежедневные усиленные тренировки могут не дать никого ощутимого эффекта, если при этом они не сопровождаются определенным питанием. Ведь необходимо правильно соотносить потребленную с пищей энергию с потерянной при физических нагрузках.[3]

Для профилактики ожирения необходимо кардинально менять и образ жизни. Для того чтобы быть стройным, красивым и не набирать лишней вес, нужно вести активный образ жизни, не переедать, стараться больше двигаться, посещать спортивные залы и внимательно относиться к своему рациону питания. Профилактика ожирения во многом зависит и от социальных программ. Еще в школьном возрасте ребенка необходимо приучать к спорту, к правильному и полноценному питанию. Человек должен с детства серьезно относиться к своему самочувствию и тщательно следить за своим весом. И в таком случае, с годами он привыкнет к этому образу жизни, сохранив стройную фигуру и хорошее здоровье.

Целью сестринской деятельности при вторичной профилактике ожирения у подростков является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. Медицинская сестра информирует пациента и его родителей о заболевании, принципах лечения и профилактики, проводит подготовку к инструментальным и лабораторным методам исследованиям.

Возможные проблемы пациента:

- дефицит информации о заболевании;
- беспокойство по поводу внешнего вида;
- избыточное повышение массы тела;
- снижение работоспособности;
- психоэмоциональная лабильность;
- апатия;
- сонливость;
- риск развития осложнений.

Сестринский уход за больным с ожирением включает в себя:

- наблюдение за состоянием пациента;
- контроль за изменением индекса массы тела (ИМТ): должная масса тела вычисляется по формуле Кетле : $ИМТ = \text{масса тела} / \text{рост}^2 \text{ (кг/м}^2\text{)}$;
- оказание постоянной психологической поддержки;
- контроль за соблюдением диеты и лечения, назначенных врачом, а также выявление побочных эффектов лекарственных препаратов;
- беседа с пациентом о мерах профилактики ожирения. Все необходимые виды работы может проводить медицинская сестра в силу полученного образования и необходимых знаний.[5].

Для изучения проблемы ожирения среди подростков проводилось анкетирование 8 и 11 классах МОУ СОШ №36 г.Комсомольска-на-Амуре. Всего в исследовании приняли участие 50 подростков в возрасте 14-17 лет. Школьникам было предложено ответить на вопросы, касающиеся питания и физической активности.

На утверждение «Для меня потребление пищи - удовольствие» ответы респондентов распределились следующим образом: 87% учеников 11 класса и 78% анкетированных 8 класса ответили «всегда» или «часто», что говорит о культе вкусной еды для респондентов. Только у 9% анкетированных еда не является удовольствием.

На утверждение: «Я ем, когда испытываю отрицательные эмоции» ответы респондентов распределились следующим образом: 48% из 11 класса ответили всегда, чуть меньше 35% набрали ученики из 8 класса. Что говорит о том, что почти половина подростков расположена к заеданию отрицательных эмоций.

На вопрос: «Как часто Вы употребляете в пищу фаст-фуд?» ответы респондентов распределились следующим образом: 60% учеников из 11 класса ответили каждый день, почти половина респондентов 8 класса (48%) ответили также. Как показало исследование, большая часть подростков употребляет фаст-фуд каждый день, что отрицательно сказывается на их физиологическом и психологическом состоянии.

На утверждение: «Еда вызывает у меня чувство уверенности в себе» ответы респондентов распределились следующим образом: 39% учеников из 11 класса ответили всегда и 26% респондентов часто. Меньшее количество анкетированных 8 класса в процентном отношении ответили утвердительно. Ответы показали зависимость психологического состояния подростков от наличия вкусной еды.

На утверждение: «После приема пищи испытываю приятные ощущения» ответы респондентов распределились следующим образом: 52% из 11 класса и 48% из 8 класса ответили всегда. Данные результаты подтверждают негативное влияние неправильного питания на растущий организм подростка и замену истинных источников удовольствия пищевыми.

На вопрос: «Как часто вы употребляете в пищу сладости?» ответы респондентов распределились следующим образом: 70% учеников из 11 класса и 65% респондентов 8 класса ответили «каждый день». Данные ответы говорят о необходимости проведения профилактических бесед по правильному питанию, так как подростки не понимают серьезности проблемы.

На вопрос: «Часто ли Вы употребляете сладкие газированные напитки?» ответы респондентов распределились следующим образом: 57% учеников 8 класса и 44% анкетированных из 11 класса ответили «каждый день». Слишком быстрое появление большого количества сахара в крови уже через час приводит к желанию снова выпить

сладкий напиток. Большое количество сахара в газированных напитках может привести к развитию таких заболеваний как сахарный диабет и ожирение.

На вопрос: «Какие продукты вы используете для перекуса?» ответы респондентов распределились следующим образом: 39% анкетированных из 8 класса, и 26% респондентов 11 класса ответили «фаст-фуд». Многие школьники используют сладости для перекуса, что также говорит о незнании основ правильного питания.

На утверждение: «Я знаю, что мне вредны некоторые продукты, но не хватает силы воли чтобы удержаться от их употребления» ответы респондентов распределились следующим образом: 60% учеников из 11 класса и 52% респондентов из 8 класса ответили всегда.

Утверждение: «Я хожу на каждый урок физкультуры с удовольствием» показало следующие результаты: 61% учеников 8 класса и 30% респондентов 11 класса ответили «никогда», 22% анкетированных 8 класса и 44% респондентов 11 класса ответили «редко». Данные ответы говорят о том, что физическая активность не вызывает удовольствия у современных подростков, у них не вырабатывается привычка регулярно выполнять физические упражнения.

На утверждение: «Я иду по магазинам или в школу пешком» ответы респондентов распределились следующим образом: 61% учеников из 11 класса и 57% из 8 класса ответили часто, так как многие объекты в городе находятся достаточно близко от места жительства подростков.

На вопрос: «Если перед Вами стоит выбор: идти по лестнице или ехать на лифте, то Вы поднимаетесь по лестнице?» ответы респондентов распределились следующим образом: 57% учеников из 11 класса ответили редко, 48% учеников из 8 класса ответили «никогда» и никто из респондентов обеих групп не ответил «всегда». Большинство подростков игнорируют этот вид физической активности.

На вопрос: «Сколько раз Вы занимаетесь спортом в неделю?» ответы респондентов распределились следующим образом: 61% анкетированных из 8 класса и 57% респондентов из 11 класса ответили 2 или 1 раз в неделю и никто не выбрал ответ 4 раза в неделю, 30 % респондентов обеих групп вообще не занимаются спортом.

На вопрос: «Знакомы ли вы с правилами рационального питания?» ответы респондентов распределились следующим образом: 57% учеников из 8 класса и 48% из 11 класса, участвующих в опросе, ответили «нет», также при анкетировании вопрос вызвал у них замешательство. Современные подростки недостаточно интересуются правилами рационального питания, что может привести к негативным последствиям.

ВЫВОД

1. Большая часть подростков употребляет фаст-фуд каждый день, что может привести к проблемам со здоровьем. (60% учеников из 11 класса ответили каждый день и почти половина респондентов 8 класса (48%).
2. Почти половина подростков, участвующих в опросе, расположена к «заеданию» отрицательных эмоций.
3. 57% учеников 8 класса и 44% респондентов из 11 класса ответили, что пьют сладкие газированные напитки «каждый день». Большое количество сахара в газированных напитках может привести к развитию таких заболеваний как сахарный диабет и ожирение.
4. 39% учеников из 8 класса и 26% респондентов 11 класса ответили, что

используют «фаст-фуд» для перекуса. Многие школьники используют сладости для перекуса, что также говорит о незнании основ правильного питания.

5. Большинство респондентов не испытывает удовольствия от занятий физической культурой и 30% респондентов не занимаются спортом вообще.

6. Необходимо ввести регулярные беседы среди подростков о правильном питании и значении физической активности для профилактики заболеваний и улучшения физического и психологического состояния.

7. Медицинская сестра может в силу своей квалификации проводить данную работу в образовательном учреждении.

За последние 20 лет ожирение у подростков в России стали выявлять в шесть раз чаще, пишет РИА Новости со ссылкой на открытую статистику Министерства здравоохранения России. Со 150 случаев на 100 тысяч детей 15-17 лет в начале 2000-х ситуация ухудшилась до 800-900 поставленных диагнозов в последние пять лет.

Хуже всего дела обстоят в Санкт-Петербурге, где ожирение ежегодно обнаруживают у каждого 75 подростка. Также в число регионов с тревожной статистикой вошли Оренбургская, Орловская и Смоленская области. В этих четырех регионах ситуация в два раза серьезнее, чем в среднем по России.

Также статистика Роспотребнадзора говорит о том, что в 2021 году каждый восьмой школьник и каждая двадцатая школьница имели ожирение. И число поставленных диагнозов растет. Средний индекс массы тела у подростков по данным Росстата увеличивается на 1-2 процента ежегодно.

Эндокринологи развеяли миф об особом влиянии фастфуда на данные статистики: в небольших населенных пунктах, где такой пищи в доступе нет, детское ожирение даже распространеннее, чем в крупных.

Настоящая причина кроется в переизбытке и несоблюдении культуры питания — правильного режима и соблюдения баланса в получении микро- и макроэлементов из еды. При этом подавляющее число подростков (порядка 94%) знают теорию по этому вопросу.

Несмотря на многочисленные публикации по данной проблеме, отсутствует целенаправленное выявление ожирения у детей и подростков.

Избыточная масса тела в пубертатном периоде является одним из веских показателей ожирения во взрослой жизни. Известно, что определяющими факторами развития ожирения независимо от возраста являются неправильный характер питания (высококалорийное, нерегулярное) и гиподинамия. Именно отсутствие физических нагрузок в подростковом возрасте в наибольшей степени влияет на развитие ожирения. Низкая физическая активность формируется в детском и подростковом возрасте и сохраняется до зрелого возраста, и является одним из ведущих факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Распространенность низкой физической активности среди современных подростков достигает 64-75%, в большей мере это характерно для девушек. Низкая мотивация к физическим занятиям объясняется недостаточными знаниями подростков о здоровом образе жизни. Физическая активность является краеугольным камнем в профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и ожирения.[4]

Библиографический список

1. Гаврилов, М.А. Про жизнь без жира. Комплексная программа против ожирения / М.А. Гаврилов. - М.: ИЗДАТЕЛЬСТВО "АСТ", 2017. - 240 с.
2. Шадрин С.А., Бурлуцкая А.В., Статова А.В. Опыт работы школы коррекции и профилактики ожирения у детей. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2017.- 198 с.
3. Колосов Ю.А., Колесников С.И., Анищенко А.П., Бурдюкова Е.В., Гуревич К.Г. Избыточная масса тела и ожирение у детей, подростков и взрослых: причины развития и факторы риска. Патогенез. 2016.- 120 с.
4. Тутельян В.А., Батурин А.К., Конь И.Я., Мартинчик А.Н., Углицких А.К., Коростелева М.М., Тоболева М.А., Алешина И.В. Распространенность ожирения и избыточной массы тела среди детского населения РФ: мультицентровое исследование. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2014;28-31.
5. Дадаева В.А., Александров А.А., Драпкина О.М. Профилактика ожирения у детей и подростков. Профилактическая медицина. 2020. -230 с.

Часова Дарья Владимировна
г. Комсомольск-на-Амуре, КФ ХГМК
31.02.01 Лечебное дело 1 курс
Научный руководитель - преподаватель иностранных языков
Эльтун Элеонора Владимировна

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВОДЫ. ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ

Жидкость – основной источник для жизнедеятельности любого организма. Недостаток даже на 1% жидкости может значительно ухудшить состояние человека. Тогда как обезвоживание на 10-15% может привести к необратимым последствиям.

Человеческий организм на 2/3 состоит из воды, и даже при потере всего 2% жидкости человек начинает чувствовать сильнейшую жажду.

Вода полезна организму – это уже для всех аксиома. Она является важнейшей частью рациона. Вода обеспечивает обмен веществ, правильное пищеварение, выведение лишнего из организма, терморегуляцию и многое другое. Для каждого возраста и пола выпитое количество воды должно соответствовать питьевому режиму.

Питьевой режим – это рациональный порядок потребления воды в течение суток, устанавливающий его объём и периодичность, а также химический состав и физические свойства выпиваемых жидкостей с учётом вида деятельности человека, климатических условий окружающей среды и состояния организма. Питьевой режим приобретает особое значение при обильной потере воды организмом, что может иметь место в условиях жаркого климата, в так называемых горячих цехах, при длительной и значительной физической нагрузке.

Правильный питьевой режим способствует нормализации водно-солевого обмена и улучшает деятельность нервной системы, а также отправления всех органов. Целесообразно сочетать приёмы воды с приёмами пищи. Беспорядочное питье больших количеств воды вредно для организма: ухудшается пищеварение, развивается гидремия,

создается добавочная нагрузка на сердечно-сосудистую систему и почки. При избыточном питье через почки и потовые железы выводится увеличенное количество солей (поваренной соли и др.).

Питьевая норма подразумевает минимальное количество воды, необходимое для сохранения на нормальном уровне водно-солевого обмена организма в течение суток, с учетом времени рабочего дня.

Практическая значимость заключается в том, что полученные результаты научно-исследовательской работы, возможно, помогут в корректировке формирования правильного питьевого режима человека.

Целью данной исследовательской работы является изучение и выявление значения воды в повседневной жизни человека.

Для достижения цели исследования были решены следующие задачи:

1. Проведён анализ литературы по данной проблеме.
2. Проведено исследование влияния питьевого режима на здоровье человека.
3. Проанализированы полученные данные и сделаны выводы по данной проблеме.

Объектом исследования является вода.

Предметом – профилактика заболеваний связанных с чрезмерным или недостаточным количеством воды в организме человека.

В работе использовались следующие **методы**: теоретический анализ, изучение, сравнительный анализ полученных данных.

Гипотеза исследования – изучив свойства воды, способы её отчистки, можно регулировать качество пресной питьевой воды, способствуя профилактике заболеваний.

I. Теоретическое исследование

1. Гигиеническое значение воды

Как мы все знаем вода – основа жизни и необходимое условие воспроизводства любой формы органической жизни. Вода, несмотря на кажущуюся простоту её структурного строения, является уникальным веществом. С помощью воды во все клетки организма транспортируются пластические, энергетические материалы, выводятся из организма продукты обмена, поддерживается нормальная структура и жизнедеятельность всех тканей организма. Она является участником процессов гидролиза жиров, углеводов, аминокислот. Вода обеспечивает тургор кожи и тканей человека.

Гигиеническое значение воды достаточно велико. Она используется для поддержания в надлежащем санитарном состоянии тела человека, предметов обихода, жилища, оказывает благоприятное влияние на климатические условия, условия отдыха населения, на уровень культуры и быта. Но главное и большое гигиеническое значение имеет качество питьевой воды, которое характеризуется её органолептическими свойствами, химическим составом и наличием или отсутствием возбудителей заболеваний.

1.1 Органолептические свойства воды

Органолептические свойства воды – это запах, привкус, прозрачность, - имеют важное гигиеническое значение. Причины, вызывающие изменение органолептических свойств воды разнообразны: высокое содержание в природной воде минеральных солей, «цветение» водоёмов, загрязнение промышленными, сельскохозяйственными, бытовыми и ливневыми стоками, присутствие в воде веществ почвенного и растительного происхождения и др. Ухудшение этих показателей для воды отрицательно влияет на санитарные условия жизни населения.

Прозрачность воды зависит от наличия в ней взвешенных частиц. Питьевая вода должна быть такой прозрачной, чтобы через слой её в 30 см можно было прочесть шрифт определённого размера.

Цветность – как правило, вызвана наличием вымываемых из почвы гуминовых веществ. При лабораторных исследованиях сравнивают интенсивность цветности с условной шкалой стандартов и результат выражают в градусах цветности. Цветность воды не должна превышать 20°.

Вкус и запах – в баллах:

- 0 баллов – отсутствие запаха;
- 1 балл – очень слабый запах;
- 2 балла – слабый, ещё не привлекающий внимания;
- 3 балла – заметный;
- 4 балла – отчётливый, делающий воду неприятной;
- 5 баллов – очень сильный.

1.2 Химический состав воды

Вода, используемая в питьевых целях, не является химически чистым соединением. В ее состав входят сотни химических веществ в различных количествах. Так, в природных водах содержатся соединения хлора, серы, углерода, фосфора, азота, кальция, магния, калия, натрия, железа, алюминия, меди, кремния, йода, фтора и др. Измененный минеральный состав природных вод может способствовать развитию специфических неинфекционных заболеваний, а также быть непосредственной причиной предпатологических состояний и специфических заболеваний.

Индифферентные химические вещества в воде:

Железо. Оно входит в состав гемоглобина, в простетические группы ферментов, участвующих в тканевом дыхании - цитохромов, в состав хроматина клеточных ядер. Суточная потребность взрослого человека составляет 10-15 мг, детей до 6-12 мг. Количество железа более 1 мг/л в воде считается нежелательными из-за ухудшения физических свойств воды (появление мутности и желто-бурой окраски) и вяжущего привкуса.

Марганец. Марганец входит в активный центр и активизирует деятельность полисахаридных и ДНК-РНК-полимераз, пируваткарбоксилазы, фосфаттрансферазы, аргиназы и др. ферментов. При его недостатке появляется задержка развития костного аппарата из-за снижения синтеза хондроэтинсульфата, умственная отсталость, стерильность и др. расстройства. Возможно развитие так называемого «марганцевого рахита».

Алюминий. Избыточная концентрация алюминия в организме приводит к слабоумию, выражающееся в тяжелым, но принципиально обратимым поражением центральной нервной системы с эпилептическими припадками, расстройствами высших психических функций.

Биоэлементы:

Цинк. Слишком большое содержание ионов цинка в воде препятствует нормальному усвоению меди, марганца и железа из пищи, что вызывает их вторичный дефицит. Это так же способствует разрушению костной ткани и ослаблению сухожильных рефлексов.

Медь. Повышение количества меди в питьевой воде характеризуется неприятным вяжущим привкусом. При избытке ионов меди в питьевой воде может привести к металлическому привкусу во рту, боли в животе, тошнота, диарея, гемолитическая анемия (кожа и слизистые бледнеют или приобретают желтушный цвет; появляется общая слабость, утомляемость, одышка), повышение мышечного тонуса, эпилептические припадки, слюнотечение, нарушения поведения и речи, увеличение и болезненность печени.

Ряд химических веществ вызывают микрохимические загрязнения, или водные интоксикации:

Мышьяк. Обладает выраженной способностью к кумуляции в организме, его хроническое действие связано с воздействием на периферическую нервную систему и развитием полиневритов. мышьяк очень ядовит, то употребление такой воды смертельно. При низких концентрациях появляются головные боли, диарея, сонливость, изменение цвета кожи и ногтей. При накапливании в организме вызывает сильные боли в желудке, судорогу, слепоту и паралич.

Хлор. Повышенная концентрация хлоридов даёт воде солёный вкус и делает её непригодной для питья, хозяйственных нужд и использования в технических целях. Перенасыщенная хлоридами вода способна вызвать поражение слизистых оболочек, глаз, кожи и дыхательных путей. После употребления такой воды нарушается водно-солевой баланс и работа пищеварительного тракта, появляются отёки и склонность к заболеваниям мочеполовой системы.

Аммиак. Нитрит водорода оказывает крайне негативное действие на здоровье и может вызвать функциональные расстройства и серьезные патологии. Даже при сравнительно небольшом содержании аммиака в воде его влияние на организм крайне деструктивно: нарушения репродуктивной системы (наблюдаются хромосомные аномалии у плода и замедление его внутриутробного развития), скачкообразное повышение артериального давления, появление сильной одышки и нарушения центральной нервной системы. Большое содержание аммиака в воде опасно тем, что происходит вымывание кальция из костей скелета с последующим их ослаблением. Кроме того разрушаются хрящевые ткани суставов и теряется их подвижность.

1.3. Патогенные микроорганизмы

Энтерококки. Микроорганизмы могут вызывать нарушение работы пищеварительной системы и органов, заболевания кожи, рта, носа, мочеполовых и

желчных путей.

Гельминты. На организм человека гельминты оказывают различное воздействие: токсическое действие (продукты жизнедеятельности гельминтов вызывают недомогание, слабость, диспепсические явления), при фиксации паразитов к стенке кишечника происходит нарушение кровоснабжения с некрозом и последующей атрофией слизистой оболочки; могут нарушаться процессы всасывания; механическое сдавливание тканей гельминтами, нарушение обменных процессов, в результате поглощения крови некоторыми гельминтами возникает анемия, раздражение гельминтами нервных окончаний провоцирует бронхоспазм, дисфункцию кишечника, нарушение сна.

2. Правильный питьевой режим и его значение

Питьевой режим – это установленный порядок потребления жидкостей (соки, минеральная вода, обычная питьевая вода и т.д.), специфика которого зависит от возраста человека, пола, его рода деятельности и условий проживания/окружающей среды (питание, климат и прочие). Правильный, то есть рациональный питьевой режим человека обеспечивает поддержание необходимого для активной деятельности водно-солевого обмена организма, и это лишь одна из сторон его обязанностей, аспектов, которых на самом деле намного больше.

В норме количество потребляемой и образующейся в нашем теле воды практически полностью соответствует ее выделяемому объему. В среднем здоровому и взрослому человеку необходимо около 30-40 мл на 1 кг веса в сутки, приблизительно такие нормы должен восполнять питьевой режим в обыденной обстановке, чтобы организм работал как часы.

Правильный питьевой способствует профилактике многих заболеваний сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой, нервной систем.

Почему соблюдение питьевого режима имеет большое значение даже для тех, кто спортом не увлекается? Причин великое множество, но перечислим лишь некоторые из них:

- 1) чрезмерное потребление жидкостей может вызывать привыкание
- 2) могут появиться нарушения осморегуляции, выделительной функции почек и прочих отклонений от нормы
- 3) если водно-питьевой режим неправильный и в организм поступает слишком большое количество воды, это обычно вызывает увеличение объемов крови, понижение количества ее форменных элементов, способствует развитию пищеварительных нарушений, ухудшению работы сердечно-сосудистой системы, появлению судорог и иных достаточно серьезных патологических состояний

С другой стороны, при поступлении в организм малого объема воды часто наблюдается понижение работоспособности, выносливости, силовых показателей, отклонения в работе сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, нарушения координации и так далее.

Особое значение водно-питьевой режим приобретает летом, в жару и в целом в условиях жаркого климата. При температуре воздуха в 32 и больше градусов резко повышается секреция потовых желез и практически вся теплоотдача осуществляется за

счет одних лишь испарений. В обычных условиях умеренного климата потеря воды в связи с выделением пота составляет примерно 0.5-0.6 литра в сутки. В условиях же повышенных температур, в особенности, если выполняется тяжелая работа (тренировки и т.д.) этот показатель может увеличиваться до 6-9 литров. Поэтому в жаркую погоду целесообразным для человека является усиленный питьевой режим, который способен устранять отрицательный водный баланс (потеря жидкостей организмом, превышающая восполнение).

2.1. Основные правила питьевого режима

- Не пейте водопроводную воду, только чистую отфильтрованную
- Пить охлажденную воду (12-15°C), поскольку организм быстрее и полнее усваивает такую воду
- Выпить 0,5 литра прохладной отфильтрованной воды за 20-30 минут до тренировки, можно 5-7% водный раствор глюкозы (добавить немного сахара или лимонного сока)
- В течение тренировки не ограничивать питье, но обязательно небольшими порциями
- Не стоит пить воду против воли и желания. Пить воду нужно ориентируясь на потребность в воде в данный момент времени. Не стоит напиваться «про запас». Избыток воды тоже вреден и может вызвать серьезные проблемы со здоровьем
- Избегайте газированных напитков и жидкостей с повышенным содержанием сахара, энергетиков и алкоголя
- Старайтесь выпивать 100-200 мл жидкости каждый час
- Суточная потребность в воде взрослого человека равно 30-40 г на 1 кг веса тела, в среднем 2,5 литра воды

2.2. Что пить?

Лучше пить – чистую воду без газа. Уместно употребление бутилированной воды со слабой минерализацией (до 50 мл/л). Она является прекрасным растворителем. Вода с минерализацией 500 мл/л — лечебная, пить ее без ограничений нельзя. Назначать ее может только врач.

Около 1/3 суточного количества воды можно восполнять за счет травяных чаев или сильно разбавленных овощных соков. В случае, если человек много потеет в воду можно добавлять немного свежих ягод или зелени. Это поможет восполнить недостаток микроэлементов, которые теряются с потом. Такое питье особенно актуально в жару и после физической нагрузки.

Питьем не являются кофе, сладкие напитки (соки, газировка), молоко, алкоголь. Кофе и алкоголь наоборот выводят жидкость из организма, усиливая дегидратацию. Чтобы восполнить потери на каждую чашку таких напитков нужно выпивать такое же количество обычной чистой воды. Сладкие напитки повышают аппетит и вызывают резкий скачок сахара в крови. А молоко — еще и дополнительные калории.

«Необычная» вода: можно ли ей заменить обычную?

Помимо обычной бутилированной минеральной воды в магазинах можно найти и ее аналоги. К таковым относится вода, обогащенная кислородом, кокосовая вода, структурированная вода. Диетологи считают, что в некоторых случаях, ей вполне можно заменить обычную.

Вода, обогащенная кислородом. Преимуществом оксигенированной воды перед обычными антиоксидантами является то, что она быстро передает клеткам кислород, быстрее снимается усталость и не наступает переутомления. За счет высокого содержания кислорода, такая вода улучшает работу головного мозга, способствует выведению токсических веществ из организма, ускоряет процессы восстановления. Воду, обогащенную кислородом, рекомендуют пить тем, кто занимается спортом, тяжелым физическим трудом, живет в неблагоприятной экологической обстановке, регулярно испытывает сильный стресс.

Кокосовая вода. Эта жидкость является одновременно и едой, и питьем. В такой воде есть некоторое количество углеводов и белков, в ней масса полезных витаминов и микроэлементов. У кокосовой воды такой же уровень электролитического баланса как и у плазмы крови человека, поэтому ее нередко называют соком жизни. Кокосовая вода прекрасно восстанавливает водный баланс — это идеальное питье в жаркую погоду. Хороша она и для питья до, во время и после занятий спортом. Особенно после утомительной тренировки. Следует отметить, что при воздействии воздухом кокосовая вода быстро теряет свои полезные и питательные свойства. Её надо выпивать сразу же после открытия кокоса или герметичной бутылки, нет смысла оставлять недопитую воду или ставить её в холодильник.

Структурированная вода - это вода с регулярной структурой, в которой имеется большое количество упорядоченных групп молекул, которые называются — кластерами. Усвоение организмом такой воды намного легче, организм не тратит на это энергию. В клетку быстро доставляются необходимые вещества, повышается эффективность гидратации. Шлаковые метаболические отходы быстрее выводятся из тела, поэтому структурированную воду употребляют для детоксикации.

Так же, жажду по рекомендациям врачей-диетологов можно утолить несладким зелёным чаем или разведенными натуральными соками.

3. Нормы потребления воды в сутки

Сколько ориентировочно нужно пить в сутки? Количество литров нужно правильно распределить. Сразу выпивать 2-3 литра не нужно. Скорость всасывания жидкости ограничена: на голодный желудок — 300 мл за 15 минут, на полный — 800 мл в час.

Медициной рекомендовано:

- Начинать день со стакана воды натощак. Это ускоряет метаболизм и разбавляет желудочный сок
- Мерить объем потребляемой жидкости не только количеством питьевых стаканов. Около 40% ее человек получает с едой
- Через 2-3 часа после каждого приема пищи выпивать по стакану воды
- Добавить еще один стакан за 2-3 часа до сна

При пятиразовом питании набирается семь стаканов — это примерно 1700-1800

мл. Оставшийся объем добирается из еды. Но самое важное — потребности конкретного организма в определенных условиях. Один захочет выпить еще пару стаканчиков в течение дня, а другой не сможет проглотить утреннюю или вечернюю порцию. Принуждать себя не нужно.

Часть жидкости организм получает вместе с продуктами питания, напитками (кофе, чай, соки), но, кроме этого, ее запас должен пополняться чистой питьевой водой. Для расчета необходимого количества воды используются рекомендации ВОЗ, учитывающие следующие параметры и факторы: возраст; вес; пол; степень физической нагрузки; температурный режим окружающей среды (при сильной жаре и холоде к базовой норме добавляют 600 мл); наличие заболеваний, вызывающих повышенный расход жидкости (лихорадка, рвота, диарея); климатические условия (высокогорье); периоды беременности и кормление грудью; злоупотребление такими напитками, как кофе, крепкий чай и алкоголь.

В среднем за сутки взрослый организм должен получать не менее 1,5 л чистой воды или 25-30 мл/кг массы тела. Дополнительно с напитками, твердой и жидкой пищей еще до 1,5 л.

Формула расчета суточной индивидуальной потребности в воде:

- $V = (M \cdot 0,03) + (T \cdot 0,04)$ – для женщин
- $V = (M \cdot 0,04) + (T \cdot 0,06)$ – для мужчин

V – норма воды в литрах,

M – масса тела,

T – время активного занятия спортом или тяжелым физическим трудом.

Сколько воды нужно пить взрослым или ребенку можно рассчитать по специально разработанным таблицам.

Возраст	Количество жидкости на 1 кг, мл
1-3 дня	80-100
3 мес.	140-160
6 мес.	130-150
1 год	130-135
5 лет	До 100
10 лет	70-75
Взрослые	30-45

Среднесуточная физиологическая потребность в воде детей и взрослых

4. Чем чревато уменьшение или повышение количества

выпиваемой жидкости?**4.1. Обезвоживание**

Обезвоживание организма (дегидротация, эксикоз) – это патологическое состояние, возникающее, когда потери воды превышают ее поступление. Характеризуется уменьшением количества отделяемой мочи, сухостью слизистых оболочек, часто сопровождается выраженным чувством жажды, снижением эластичности кожи, в более тяжелых случаях развивается клиническая картина поражения тех или иных органов, в первую очередь – нервной системы в виде общей слабости, сонливости, нарушения или потери сознания.

Обезвоживание возникает уже при дефиците воды 40-50 мл/кг. При этом масса тела пациента уменьшается на 4-5% от исходной. Тяжесть состояния нарастает по мере нарушения водного баланса. Смерть наступает после утраты 20-25% от общего объема жидкости, содержащейся в составе крови, межклеточного матрикса и клеток. Причина гибели – тканевая ишемия и метаболические расстройства.

Причины обезвоживания организма:

- Кишечные инфекции (жидкость теряется с рвотными массами и жидким стулом)
- Обширные ожоги (возникает на фоне массивного выделения ожогового экссудата, если пациент не получает адекватную инфузионную терапию. Симптомы дефицита жидкости отмечаются уже при II степени термического поражения, если его площадь превышает 10-15% тела).
- Усиленное потоотделение (происходит при повышенной температуре тела или нахождении в помещениях с высокой температурой окружающего воздуха).
- Недостаточность питания (обезвоживание организма происходит, если суточное потребление воды оказывается меньшим, чем объем ее выведения с мочой, калом, потом и другими физиологическими выделениями)
- Одышка (с каждым выдохом из организма выводится некоторое количество водяного пара. Чем больше выдохов делает человек, тем больше влаги он теряет. Этим обусловлено обезвоживание у больных, страдающих респираторной патологией, а также у туристов во время поездок в горные районы)

Потеря большого количества воды сопровождается снижением объема циркулирующей в сосудах плазмы и повышением вязкости крови. Сердечный выброс уменьшается, тканевая микроциркуляция замедляется. Возникает гипоперфузия и ишемия внутренних органов, в том числе головного мозга. Отмечается изменение баланса электролитов, снижение концентрации калия, натрия, кальция.

Недостаток минеральных солей приводит к возникновению у пострадавшего симптомов коронарной патологии. Отмечаются значительные нарушения ритма. Проведение нервного импульса замедляется, что становится причиной снижения тонуса гладкой мускулатуры, развития ацидоза. После многократной рвоты желудочным содержимым выявляется алкалоз.

4.2. Гипергидротация

Гипергидротация (гипергидрия, положительный водный баланс) - избыточное содержание воды в организме или отдельных его частях. Является формой нарушения

водно-солевого обмена.

Накапливание жидкости может быть связано с несколькими причинами:

- Избыточное введение в организм жидкостей с пониженным содержанием или отсутствием в них солей. Наиболее часто это наблюдается при многократном обильном питье («водное отравление»)
- Повышенное содержание в крови антидиуретического гормона в связи с его гиперпродукцией в гипоталамусе
- Почечная недостаточность со значительным снижением экскреторной функции почек
- Выраженная сердечная недостаточность с развитием отёков

Избыток воды в организме проявляется образованием периферических отеков, в первую очередь – отека подкожно-жировой клетчатки, а также накоплением жидкости в клетках, межклеточном пространстве и различных полостях организма: в плевральной полости, брюшной и т.д. Пониженная жесткость воды приводит к заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Повышенная жесткость воды приводит к мочекаменной болезни.

5. Здоровый питьевой режим

Для профилактики и поддержания водного баланса следует придерживаться пару простых правил:

- 1) Обильное питье при повышении температуры, тошноте или диарее
- 2) В жаркую погоду отказаться от кофе, напитков содержащих кофеин, алкоголя
- 3) Пить небольшими глотками в течение всего дня. Выпивать примерно 1,5-2 литра в день
- 4) Отказаться от декоративной косметики, неудобной обтягивающей синтетической одежды, острых блюд

I. Практическое исследование

В практической части исследовательской работы было проведено исследование, задачей которого было выяснить:

- Качество и уровень пригодности для потребления воды подаваемой в водопроводную систему в городе Комсомольск-на-Амуре

Был проведен сбор и анализ информации через официальный сайт органов местного управления г. Комсомольска-на-Амуре и собственное исследование в домашних условиях.

Сведения о качестве питьевой воды на 2022 год по официальным данным органов местного управления г. Комсомольска-на-Амуре:

A. Органолептические свойства воды:

Показатели	Норматив СанПиН 1.2.3685-21 ¹	Результаты исследований		
		min	max	Среднее значение
Запах при 20°C/60°C, балл	2	1/1	1/1	1/1
Цветность	20	1±1	11±2	4
Мутность	2,6	менее 0,1	1,1±0,2	1,0
Жесткость общая	7,0	0,5±0,1	1,3±0,20	0,8

В. Химический состав воды:

Показатели	Норматив СанПиН 1.2.3685-21 ¹	Результаты исследований		
		min	max	Среднее значение
Железо, мг/дм ³	0,3	менее 0,05	0,14 ±0,03	менее 0,05
Марганец, мг/дм ³	0,1	0,01 ±0,003	0,05 ±0,02	0,03
Алюминий, мг/дм ³	0,2	менее 0,04	0,09 ±0,03	менее 0,04
Хлор общий, мг/дм ³	0,8-1,2	0,40 ±0,08	1,1 ±0,1	0,8
Цинк, мг/дм ³	5,0	0,05 ±0,01	0,15 ±0,03	0,11 ±0,02
Мышьяк, мг/дм ³	0,01	менее 0,005	менее 0,005	менее 0,005
Аммиак, по NH ₄ , мг/дм ³	2,0	менее 0,10	менее 0,10	0,11
Медь, мг/дм ³	1,0	менее 0,01	менее 0,01	менее 0,01

С. Наличие патогенных микроорганизмов:

Показатели	Норматив СанПиН 1.2.3685-21 ¹	Результаты исследований		
		min	max	Среднее значение
Общее микробное число, число образующих бактерий	не более 50	0	0	0
Энтерококки	отсутствии	не обнаружено	не обнаружено	не обнаружено

Цисты и ооцисты патогенных простейших, яйца и личинки гельминтов	отсутствии	не обнаружено	не обнаружено	не обнаружено
---	------------	------------------	------------------	------------------

По данным исследования в домашних условиях водопроводная вода не соответствует качеству которые представили официальные данные, так как:

- 1) присутствует хлористый и (или) железный запах
- 2) имеет заметный привкус железа
- 3) образуется малозаметный осадок

Вывод: Питьевая вода по официальным данным соответствует требованиям СанПиН 1.2.3865-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания», но пригодна только в бытовом плане. Для употребления в пищу воду нужно кипятить.

Заключение

Хорошо отрегулированный питьевой режим создает благоприятные условия для жизнедеятельности организма и служит профилактикой распространенных заболеваний, помогает правильно отрегулировать водно-солевой обмен. Бессистемное, беспорядочное питье приводит к дополнительным нагрузкам на сердце, ухудшает пищеварение, ведет к быстрой утомляемости и потере организмом полезных веществ (соли, витамины). При недостаточном употреблении воды увеличивается вязкость крови, снижается работоспособность. Увеличивается нагрузка на сердце, нарушаются процессы теплообмена, и происходит падение массы тела. Количество потребляемой воды зависит от очень многих факторов.

Будьте здоровы!

Библиографический список

- 1) <https://infourok.ru/referat-pitevoy-rezhim-1324234.html>
- 2) <https://4brain.ru/pitanie/4.php>
- 3) https://medaboutme.ru/articles/pitevoy_rezhim_osnovnye_pravila_i_sovety_vrachey/
- 4) <https://www.prodlenka.org/metodicheskie-razrabotki/352227-referat-po-teme-pitevoj-rezhim>
- 5) <https://profilaktika.ru/for-population/profilaktika-zabolevaniy/vse-o-pravilnom-pitanii/skolko-vody-nuzhno-pit-v-den/>
- 6) <https://366.ru/articles/skolko-nuzhno-pit-vody-v-den/>
- 7) <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/urgent/dehydration>
- 8) https://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/8c2221f0_gigiena_pitevogo_vodosnabzheniya.pdf
- 9) <https://www.kmscity.ru/activity/sectors/gkh/water/>

Рослая Александра Игоревна
г. Комсомольск-на-Амуре, Комсомольский-на-Амуре филиал КГБПОУ
«Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края
34.02.01 Сестринское дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель Еремеева Е.В.
E-mail: elenaeremeeva70@mail.ru

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УЧАСТКА ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

Основополагающим в обеспечении здорового развития детского организма, является правильно подобранное питание. Питание детей грудного и раннего возраста является одним из значимых направлений в области улучшения выживаемости детей и содействием их здоровому росту и развитию, эти обусловлена актуальность данной работы.

Первые несколько лет жизни года жизни ребенка особенно важны, так как оптимальное снабжение организма микронутриентами в течение этого периода обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует профилактике заболеваний, продлению жизни, снижению смертности и развития хронических заболеваний.

Рекомендации ВОЗ и ЮНИСЕФ по оптимальному кормлению детей грудного и раннего возраста заключаются в следующем:

- раннее начало грудного вскармливания в течение часа после рождения ребенка;
- исключительное грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни;
- введение надлежащего питательного и безопасного прикорма в возрасте шести месяцев наряду с продолжением грудного вскармливания до достижения ребенком возраста двух лет и больше.

Однако многие дети грудного возраста и других возрастных групп не получают оптимального питания; так, например, в среднем, лишь меньшая часть детей в возрасте до 6 месяцев находится исключительно на грудном вскармливании. [1]

В современном мире существует множество источников информации, при этом далеко не все являются надежными. Это всегда неблагоприятно влияет на осведомленность в вопросе кормления детей. Фельдшер педиатрического участка обязана оказать консультативную помощь родителям по вопросам грамотной организации питания ребенка, пропагандировать и поддерживать грудное вскармливание, обучить правилам приготовления смеси, введение докорма и прикорма, формированию правильного пищевого поведения, этим обусловлена актуальность дипломной работы.

Объект исследования - питание детей грудного и раннего возраста.

Предмет исследования - роль фельдшера в обучении родителей при организации

вскармливания детей раннего возраста.

Цель исследования - разработать рекомендации для родителей по организации питания детей раннего возраста.

Задачи исследования:

- изучить теоретические основы по питанию детей раннего возраста;
- обозначить основные принципы и особенности вскармливания детей;
- определить роль фельдшера при организации питания детей раннего возраста;
- выявить информированность родителей в вопросах рационального питания детей;
- сделать выводы по результатам исследования и разработать рекомендации фельдшера для родителей.

Методы исследования: научно - теоретический анализ медицинской литературы по данной теме, социологический метод (анкетирование), статистический.

Практическая значимость: разработанные нами рекомендации помогут фельдшеру и родителям в правильной организации питания детей раннего возраста.

Анализ статистических данных о грудном вскармливании

Нами проанализированы статистические данные поликлиник г. Комсомольск-на-Амуре за 2019 - 2021 гг. о грудном вскармливании детей первого года жизни.

Ниже представлены сравнительные диаграммы по поликлиникам. (Рис. 1-3).

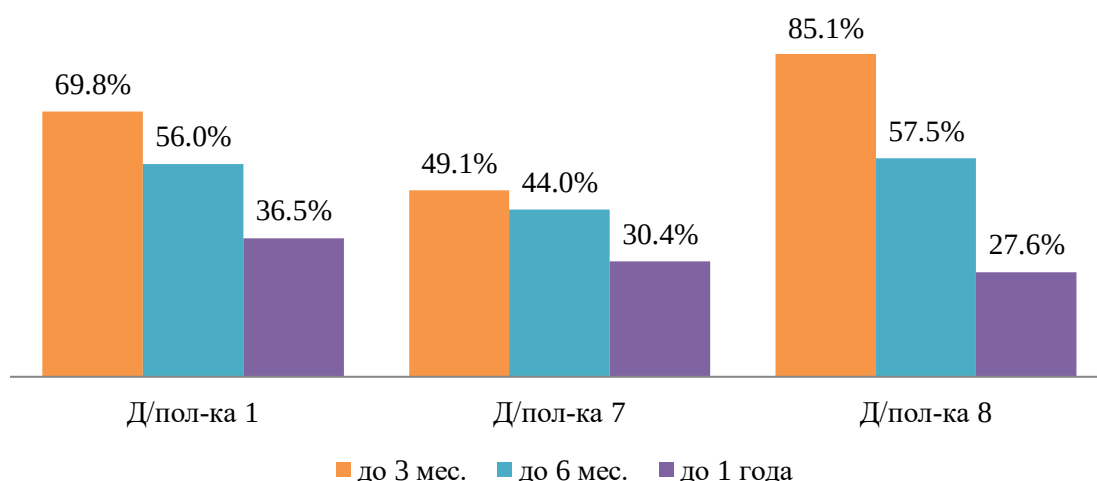


Рис 1. Процентное соотношение детей, находящихся на естественном вскармливании

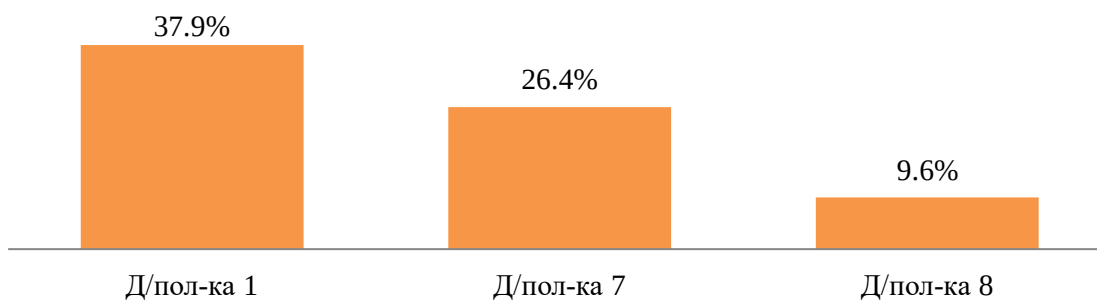


Рис 2. Процентное соотношение детей, находящихся на искусственном вскармливании

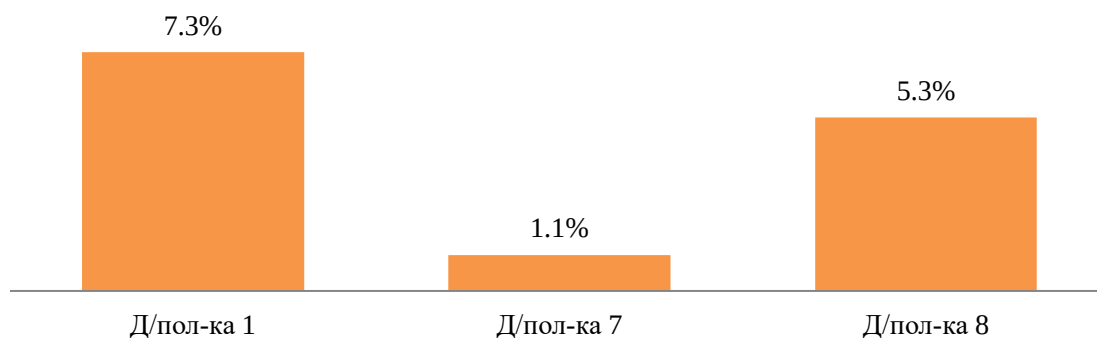


Рис 3. Процентное соотношение детей, находящихся на смешанном вскармливании

Проанализировав данные, мы пришли к выводу, что почти 100% детей систематически наблюдались у врача. Также мы видим, что подавляющее большинство детей, в предыдущие 3 года, находились на естественном вскармливании. Благодаря естественному вскармливанию, процент детей с расстройствами питания и проявлениями рахита равен нулю.

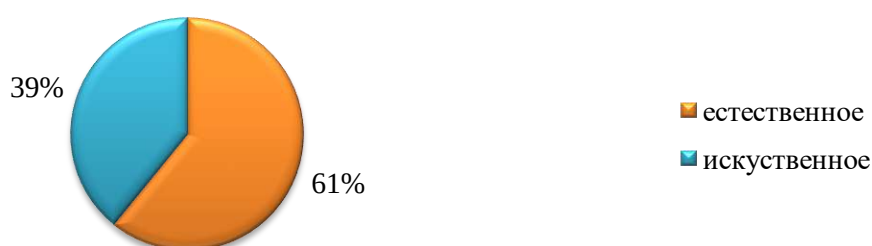


Рис 4. Процентное соотношение естественного и искусственного вскармливания в 2019 году

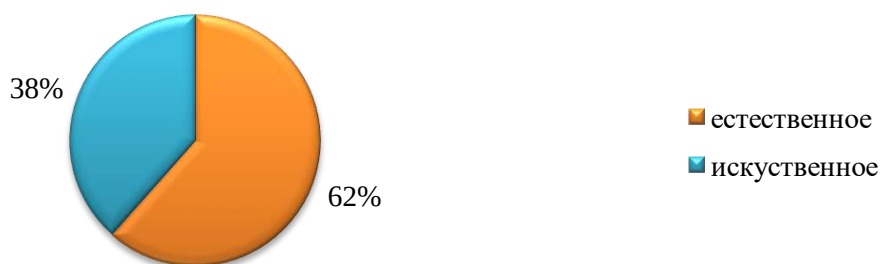


Рис 5. Процентное соотношение естественного и искусственного вскармливания в 2021 году

Исходя из информации, представленной на рисунках 4 и 5, можно сделать вывод, что за последние 3 года количество детей на искусственном вскармливании увеличилось на 2%, несмотря на то, что в России количество детей, находящихся на грудном вскармливании значительно уменьшилось по всей России из-за сложившейся ситуации с COVID - 19.

Анализ знаний родителей по организации питания детей раннего возраста

Для достижения поставленной цели разработана анкета и проведен опрос родителей с целью выявления информированности о принципах рационального питания

детей раннего возраста. Опрос проводился в детской поликлинике №7, в нем приняло участие 50 родителей, имеющих детей в возрасте от 1 до 3 лет (Приложение 1).

На вопрос «Проводили ли с Вами беседы об организации кормления в роддоме?», 90% родителей ответили «Да» (Рис. 6).

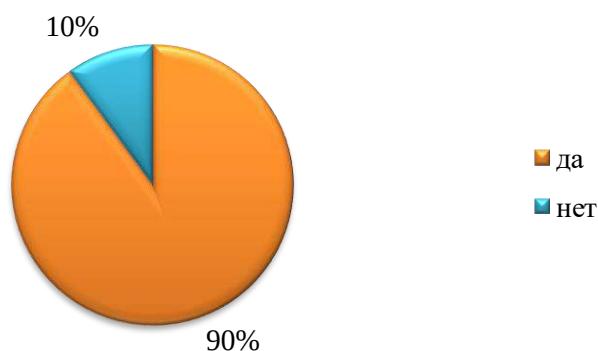


Рис 6. Проведение бесед об организации кормления ребенка в роддоме

75% родителей отметили, что после рождения их ребенок питался исключительно грудным молоком и 25% детей находились на искусственном вскармливании (Рис. 7)

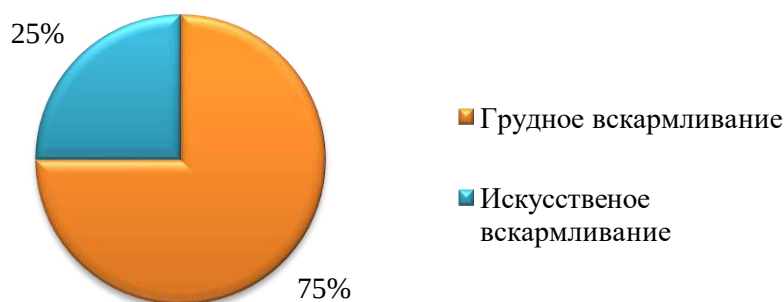


Рис 7. Вскармливание с рождения

По мнению 50% респондентов продолжительность кормления грудью должна составлять 6 месяцев, 30% сошлись во мнении, что ребенку необходимо молоко матери до 1 года, 10 % готовы кормить грудью своего ребенка более 1 года (Рис. 8).

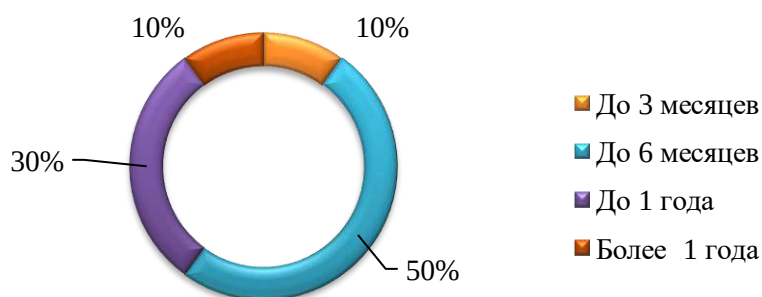


Рис 8. «До какого возраста необходимо кормить ребенка грудью?»

Период введения прикорма очень важен для роста и развития ребенка. Своевременное начало прикорма - это основа сбалансированного режима питания ребенка. Срок введения прикорма в случае каждого конкретного ребенка, должен определить педиатр. Это зависит от многих факторов:

- состояние здоровья ребенка;
- грудное или искусственное вскармливание;
- как быстро ребенок прибавляет в весе;

- осложненные роды или нормальные;
- качество питания мамы.

50 % родителей считают, что прикорм необходимо начинать с 6 месяцев, 20% начали бы прикорм с 4-5 месяцев и 10% подождали бы до возраста 7-8 месяцев. (Рис 9).

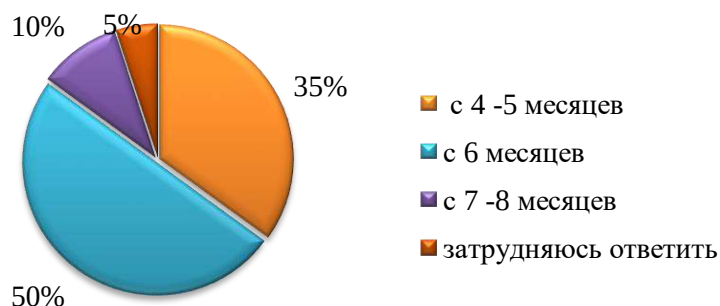


Рис 9. «Как вы считаете, с какого возраста ребенок нуждается в прикорме?»

Многие специалисты сходятся во мнении, что неважно, с какого блюда начинать прикорм, самое главное – обеспечить правильный пищевой интерес. В таком случае ребенок будет, есть все продукты, которые вы ему предложите. В России принято ориентироваться на следующую схему введения прикорма. Первыми вводят овощи или кашу в зависимости от веса ребенка.

Из опрошенных родителей 40% начали прикорм ребенка с овощного пюре, 30% - с фруктового пюре, 10% с фруктового сока, 20% со злаковых каш (Рис 10).

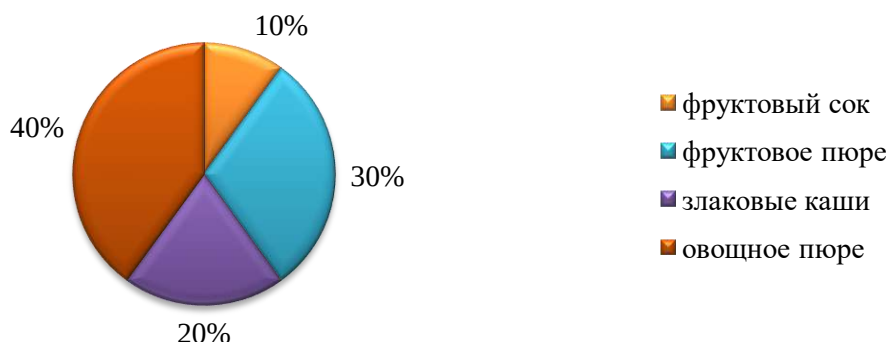


Рис 10. «Как Вы считаете, с каких продуктов лучше начинать прикорм?»

30% родителей считают обязательным введение в рацион ребенка витаминно - минеральных комплексов (ВМК), 40% уверены, что только по рекомендации врача - педиатра, и 20 % не видят в этом необходимости, 10% затруднились ответить (Рис 11).

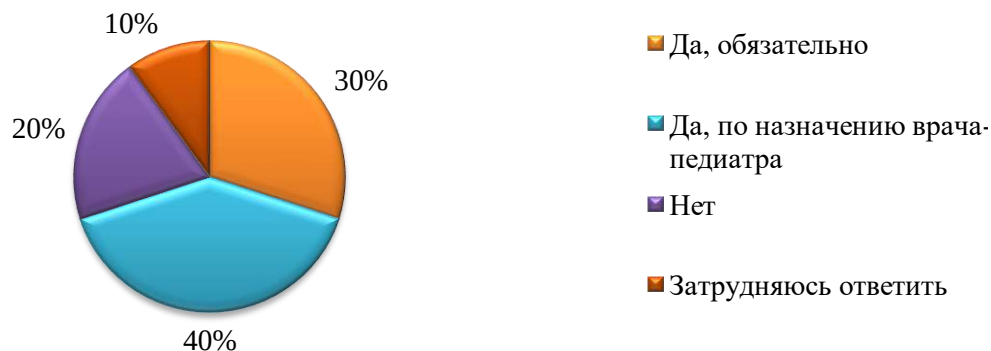


Рис 11. «Считаете вы нужным вводить в рацион ребенка ВМК?»

Несмотря на то, что витаминно - минеральные комплексы в открытой продаже и продаются без рецепта врача, необходимо помнить, это они являются лекарственным

средством, которые также имеют противопоказания и побочные эффекты.

При ответе на вопрос: «Записываете ли Вы реакцию ребенка на новый продукт?», 35% родителей ответили «Да», 55% - «Нет» и 10% - «Иногда». (Рис.12)

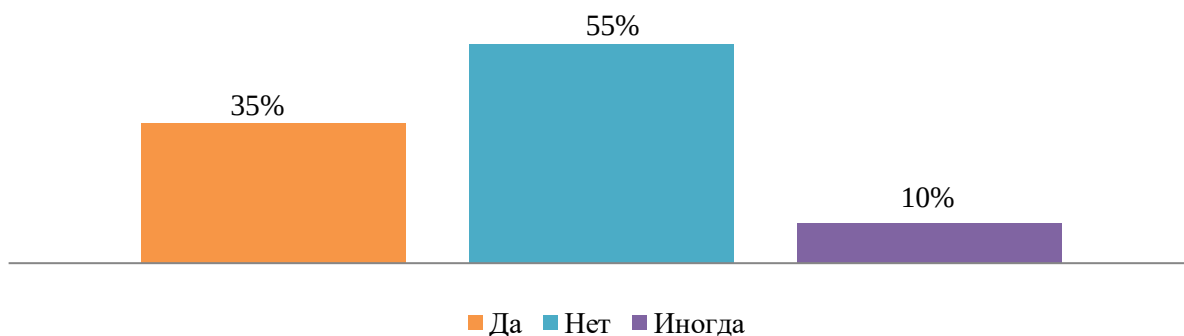


Рис.12 «Записываете ли Вы реакцию ребенка на новый продукт?»

Соблюдают режим питания ребенка 60% опрошенных, 25% родителей не придерживаются строгого режим питания, 15% ответили - иногда. (Рис.13)

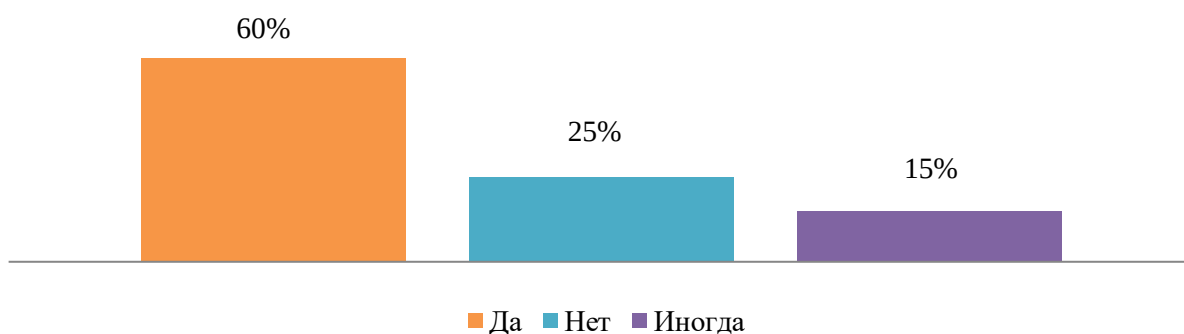


Рис.13 Ответ на вопрос: «Соблюдаете ли Вы режим питания ребенка?»

Ребенку необходимо три основных приема пищи и 2 - 3 перекуса в день. 70 % родителей считают, что ребенка в возрасте 2 лет следует кормить 5 раз в день и 20% родителей считают правильным давать пищу по мере его желания, 10% затруднились ответить (Рис 14).

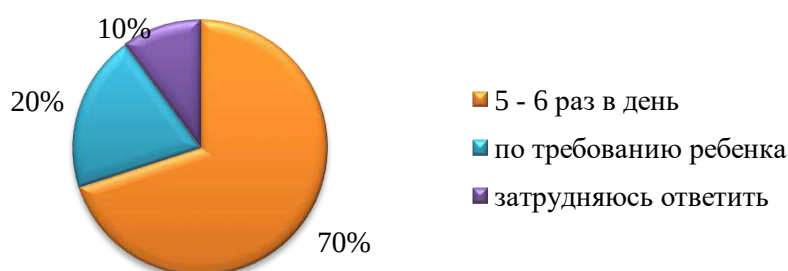


Рис.14 Количество приемов пищи необходимое ребенку 2 - х лет
Основными источникам информации о питании детей были названы следующие:

- сеть Интернет
- научно-популярная литература
- телевизионные передачи для родителей (Рис 15).

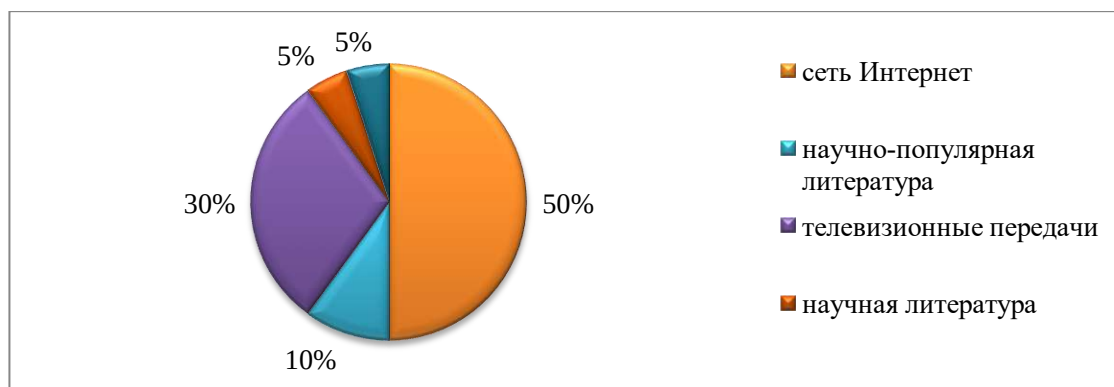


Рис.15 Источники информации по самостоятельной организации питания ребёнка
На основной вопрос «Считаете ли вы сбалансированное рациональное питание важным звеном в развитии ребенка?» 100% опрошенных ответили «да».

Выводы и рекомендации по результатам исследования

Проанализировав статистические данные, результаты анкетирования родителей, можно сделать следующие выводы:

- Снижается количество детей, находящихся на грудном вскармливании свыше 6 месяцев.
- 50% родителей считают, что достаточно кормить ребенка грудью до 6 месяцев.
- Существует дефицит знаний о введении прикорма.
- Родители недостаточно информированы об организации режима питания детей.

Считаем, что фельдшер педиатрического участка должна проводить большую работу по обучению родителей принципам организации здорового питания детей раннего возраста.

Обучение родителей фельдшером (в рамках своей компетенции) выражено следующими задачами:

- Пропагандировать грудное вскармливание, разъясняя родителям достоинства женского молока. Акцентировать внимание, а то, что и после 6 месяцев ребенок нуждается в грудном молоке. Польза материнского молока для полугодовалого ребенка неоценима. Оно становится более зрелым и насыщенным, а женский организм наполняет секрет именно теми компонентами, которые необходимы ребенку в данный период жизни. В частности, материнское молоко не только насыщает ребенка, но и помогает переваривать немолочную пищу - ведь именно в этом возрасте большинство малышей получают ее впервые.
- Оказывать консультативную помощь по организации грудного вскармливания, давать рекомендации по профилактике гипогалактии и сохранению лактации.
- Обучить родителей правильно выбирать продукты для первого прикорма и при необходимости консультироваться с педиатром.
- Рассказать, почему важно следить за реакцией ребенка на новый продукт прикорма, научить родителей вести пищевой дневник, объяснив его необходимость.
- Убеждать родителей в необходимости и важности соблюдения режима

питания.

- Дать рекомендации по правильному переводу ребенка на общий стол.
- Объяснить последствия использования витаминно-минеральных комплексов без рекомендаций врача.
- Разъяснять родителям о важности консультации по вопросам организации питания детей с участковым врачом-педиатром, так как в сети Интернет и в различных других источниках излагается общая информация, без учета особенностей здоровья и развития ребенка.
- Развивать умения детей выбирать самые полезные продукты для здорового, рационального питания.
- Фельдшеру педиатрического участка необходимо обеспечивать родителей современной и правильной информацией об организации вскармливания, введении прикорма.

Нами подобраны и разработаны материалы, которые может использовать медицинский персонал для проведения санитарно-просветительской работы при организации питания детей грудного и раннего возраста.

Библиографический список

1. Гулькикова О.С. Питание детей в возрасте старше года//Педиатрия, 2016.
2. Жерносек В. Ф., Дюбкова Т. П. Вскармливание здоровых детей первого года жизни: учеб.-метод. пособие / – Мн.: Зорны верасень, 2017.
3. Искусственное и смешанное вскармливание. Учебное пособие. - Оренбург, 2016. - с. 38 О.К. Любимова, О.В. Мотыженкова, Л.С. Зыкова, А. А. Вялкова
4. Конь И. Я. Рациональное питание в сохранении здоровья детей. Физиология роста и развития детей и подростков / под ред. А. А. Баранова, Л. А. Щеплягиной. — М., 2016.
5. Храмцова, Е. Г. Грудное вскармливание / Е.Г. Храмцова. - М.: Литера, 2016. - 618 с
6. Фатеева, Е. М. Грудное вскармливание и психологическое единство "мать - дитя" / Е.М. Фатеева, Ж.В. Цареградская. - М.: Агар, 2019. - 184 с.

Новикова Феодарита Валерьевна
г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»

31.02.01 Лечебное дело 3 курс
Научный руководитель - преподаватель Коровашкина С.В.
Kam.570@yandex.ru

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Туберкулёз – заболевание старое, если не сказать древнее. В российской истории, в литературных произведениях патология под названием «чахотка» описана во всевозможных ужасающих красках. Заболевание было смертельным, как сейчас рак. Но

туберкулез и сегодня не побежден. В нашей стране «окончательно победить болезнь» планируется только к 2030 году. А пока Россия (наряду с Китаем и Индией) входит в тройку лидеров по количеству случаев устойчивых форм туберкулеза [4].

Но ситуация меняется: уровень заболеваемости в России ежегодно падает на 7-10%, а смертность – на 12-15% (в мире эти цифры составляют соответственно 0,5% и 1,5%). Успехи наших фтизиатров, в том числе во время пандемии, оценила даже ВОЗ, отметив, что «в России сегодня показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза снижаются так быстро, как нигде в мире» [2].

Россия добилась впечатляющего сокращения бремени по туберкулезу. В период с 2010 по 2019 гг. уровень заболеваемости снижался в среднем на 5,7% в год. Это один из самых быстрых темпов в мире.

По данным Роспотребнадзора в России в 2020 году выявили 47 063 новых случаев заболевания туберкулезом. Показатель заболеваемости составил 32,07 на 100 тыс. человек. По сравнению с 2010 годом число заболевших сократилось в 2,4 раза.

По данным ведомства, в стране заболеваемость детского населения до 17 лет впервые за десять лет снизилась в 2,6 раза. В 2020 году среди детей туберкулез подтвердился в 2178 случаев. Показатель заболеваемости составил 7,19 на 100 тыс. детей [4].

Актуальность данного исследования определяется противоречием между традиционным подходом к организации медицинской помощи населению и необходимостью изменений в отношении к здоровью, как со стороны государства, так и человека.

Данные противоречия позволили нам сформулировать проблему исследования - изучение роли медицинских работников в профилактике туберкулеза у детей.

Объект исследования – организация профилактики туберкулеза.

Предмет исследования - роль медицинских работников в профилактике туберкулеза у новорожденных детей.

Цель: показать практическую значимость роли медицинских работников в профилактике туберкулеза у новорожденных детей.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Проанализировать учебно-методическую литературу, касающуюся как самого заболевания, так и его профилактики.
2. Изучить понятие туберкулеза;
3. Выявить способы профилактики туберкулеза;
4. Определить роль фельдшера в профилактике туберкулеза;
5. Провести анализ ситуации по заболеваемости туберкулезом детей, в том числе новорожденных, в Камчатском крае.

Теоретическая база исследования: большой вклад в изучение туберкулеза у детей и подростков внесли отечественные ученые Пахитонова М.А., Митинская Л.А., Король О.И., Фирсова В.А., Овсянкина Е.С. и др.

Также внесли большой вклад в борьбу с **туберкулезом** такие ученые-врачи, организаторы здравоохранения, как Крылов Дмитрий Михайлович, Крылова Татьяна Ивановна, Ищенко Михаил Владимирович, Щепетов Михаил Флегонтович, Винокуров Илья Петрович, Андреев Ефрем Николаевич, Анисимов Иван Васильевич, Тырылгин

Михаил Афанасьевич, Лебедева Зинаида Александровна, Кибрик Борис Семенович, Гаврильев Семен Семенович, Колмогорова Татьяна Ивановна и другие.

Методы исследования: анализ, синтез, обобщение, анкетирование, наблюдение.

Теоретическая значимость: полученные знания по данной теме могут быть использованы в проведении дальнейшей исследовательской работы.

Практическая значимость. Результаты исследования могут стать методической основой для разработки плана профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза у детей в период новорожденности, и могут быть использованы медицинскими работниками тубдиспансера и детской поликлиники для проведения санпросветработы среди населения.

Основные меры по борьбе с туберкулезом — это иммунизация детей, раннее выявление и лечение инфицированных граждан, профилактические мероприятия.

Вся профилактика делится на: специфическую, неспецифическую, медицинскую.

Основные методы профилактики заболевания туберкулёзом у детей - вакцинация (ревакцинация) БЦЖ и химиопрофилактика [5].

Одним из методов профилактики туберкулеза является создание противотуберкулезного иммунитета, которое проводится путем вакцинации новорожденных в родильном доме.

Прививка БЦЖ необходима для профилактики туберкулеза у детей. Она не защищает от заражения возбудителем туберкулеза, но она реально защищает от перехода скрытой инфекции в явную болезнь (примерно у 70% привитых), и практически на 100% защищает детей от тяжелых форм туберкулеза — от туберкулезного менингита, туберкулеза костей и суставов и тяжелых форм туберкулеза легких. Именно применение вакцины БЦЖ позволило добиться значительного снижения заболеваемости детей туберкулезом вообще, и в частности, уже много лет, несмотря на тяжелую социальную ситуацию, мы не видели случаев туберкулезного менингита у привитых детей. Прививка БЦЖ, как правило, делается в родильном доме на четвертый день жизни ребенка, в левое плечо, на границе его верхней и средней трети. Вакцина БЦЖ — это ослабленный вакцинный штамм, который не может вызывать заболевания туберкулезом, но позволяет вырабатываться иммунитету против этого заболевания. Поскольку иммунитет, направленный против туберкулеза, вырабатывается только тогда, когда в организме присутствует возбудитель или его вакцинная замена, то сделать убитую вакцину невозможно, поэтому во всех странах применяется одна и та же вакцина БЦЖ различных производителей.

Существует вариант вакцины БЦЖ - вакцина БЦЖ-М, в которой содержится в два раза меньше микробных тел, чем в обычной вакцине. Вакциной БЦЖ-М прививают ослабленных и маловесных недоношенных детей, и обычно эту вакцину уже применяют не в роддоме, а там, куда переведут ребенка из роддома.

В норме через 6-8 недель после вакцинации (то есть в полтора - два месяца) начинается поствакцинальная реакция — ранее незаметный беловатый узелок приподнимается на коже, вначале напоминая комариный укус, а потом на месте прививки появляется пузырек, заполненный светло-желтой жидкостью, затем (обычно к 3-4 месяцам) пузырек лопается, место прививки покрывается корочкой, которая сходит несколько раз и появляется вновь.

Никакого особого ухода за местом прививки не нужно, нельзя смазывать гнойничок никаким дезинфицирующими средствами, йодом, зеленкой или мазями – это может убить достаточно нестойкий вакцинный штамм, и нарушить ход поствакцинальной реакции.

Что же должно насторожить родителей? Редко, но бывает, что вакцина попадает подкожно, а не внутрикожно – и образуется нагноение, но уже под кожей, при этом внешне гнойничка нет, есть горошина под синюшной кожей. Также может отмечаться увеличение лимфоузлов подмышкой слева. Все это – признаки возможного осложнения вакцинации БЦЖ, и на это следует обязательно обратить внимание участкового доктора. Иммулитет после вакцинации БЦЖ держится 6-7 лет, поэтому всем детям с отрицательной реакцией Манту в 7 лет предлагают повторную вакцинацию БЦЖ[5].

За последние пять лет заболеваемость туберкулезом снизилась в России на 42%, в мире - на 9%. Снижение смертности в РФ - 30%, а в мире - 12%. Однако сохраняется непростая ситуация с лекарственно устойчивыми штаммами и с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. Пациенты с ВИЧ гораздо чаще заболевают туберкулезом. Это относится и к пациентам с иммунодефицитными состояниями, обусловленными другими патологиями, с хроническими заболеваниями, которые длительно принимают гормональные и цитостатические препараты. Теперь в этот перечень внесены и пациенты, перенесшие COVID-19. Когда в 2020-м году началась эпидемия новой коронавирусной инфекции, доступ к своевременному скринингу был ограничен, и ВОЗ забила тревогу[2].

В нашей стране в 2020-м в связи с эпидемией COVID-19 тоже немного снизился охват населения профилактическими мероприятиями, но уже в 2021-м показатели практически вернулись к уровню 2019-го. Под особым контролем находятся дети, 88% из них охвачены скрининговыми осмотрами.

По данным пресс-службе Роспотребнадзора, в стране заболеваемость детского населения до 17 лет впервые за десять лет снизилась в 2,6 раза. В 2020 году среди детей туберкулез подтвердился в 2178 случаев. Показатель заболеваемости составил 7,19 на 100 тыс. детей.

По оценкам ВОЗ, в мире около 10 млн человек страдают туберкулезом. В год от него умирают более 1,2 млн человек[2].

Основные меры по борьбе с туберкулезом — это иммунизация детей, раннее выявление и лечение инфицированных граждан, профилактические мероприятия.

Таблица-1 Основные показатели по туберкулезу в Камчатском крае (на 100 тыс. населения) (по данным формы ФСН №33)

Наименование	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	РФ 2019 г.
Заболеваемость	74.5	70.1	63.8	56.1	43.2	41.2
Подростки	33.6	34.8	33.2	20.4	20.1	16.8
Дети	14.0	15.8	15.6	20.9	7.0	7.7
Смертность-всего	7.9	7.6	6.7	5.1	4.8	нс
Дети(0-17)	-	-	-	-	-	нс
Рецидивы	5.4	6.0	8.6	7.3	5.4	нс
Госпитализировано в %	68.6	69.4	66.2	71.7	74.9	нс
В санатории	6.0	3.5	8.1	8.1	3.8	нс

На протяжении пяти лет в Камчатском крае наблюдается значительное снижение смертности от туберкулеза. По данным Росстата в 2020 году в крае от туберкулёза умерло 18 человек, это столько же, сколько и в 2019 году, показатель смертности составил 5,8 на 100 тысяч населения, что выше показателя 2019 года (5,7) на 1,8 %. Показатель ниже целевого, предусмотренного Дорожной картой на 2020 год (7,2) на 19%, но выше среднероссийского (2020 год – 4,7) на 23%. За последние шесть лет в Камчатском крае количество лиц, умерших от туберкулеза, снизилось в 3 с лишним раза (с 49 человека в 2013 году до 18 человек в 2020 году).

По данным ФССН №33 в Камчатском крае в 2020 году от туберкулёза 13 чел., на 3 случая меньше, чем в 2019 году (16 человек).

В крае в течение многих лет нет детской и подростковой смертности от туберкулеза.

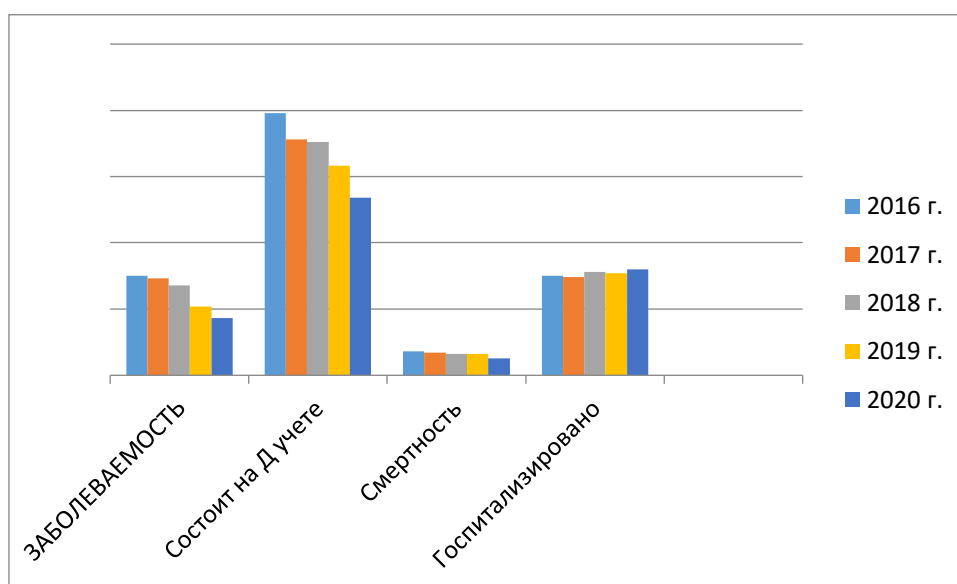


Рисунок -1 Основные показатели по туберкулезу в Камчатском крае

Профилактика туберкулеза начинается с первых дней жизни ребенка. Проводиться в родильном доме на 3-7 сутки, организована, согласно порядку, оказание медицинской помощи новорожденным [6].

Не привитые новорожденные дети подлежат вакцинации против туберкулеза на педиатрическом участке. В возрасте до 6 недель без предварительной постановки пробы Манту, старше 2 месяцев с обязательной предварительной постановки пробы Манту.

Новорожденный, родившийся от матери, больной активной формой туберкулеза с бактериовыделением, с согласия матери изолируется от нее на срок не менее 2-х месяцев после вакцинации ребенка против туберкулеза.

Профилактические прививки детям проводятся с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних граждан [7].

Показатели привитости новорожденных в Камчатском крае по данным ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Камчатском крае» в 2020 и 2021 году сохраняется на удовлетворительных цифрах более 94 %, показатель привитости новорожденных в первые 3-7 дней сохраняют тенденцию к снижению в связи с ростом противопоказаний и некоторым ростом отказов родителей от вакцинации. Противопоказания растут в связи с увеличением числа рождения детей с низкой (менее 2000 гр.) и экстремально низкой массой тела (менее 1000гр).

Таблица -2 Число привитых новорожденных в Камчатском крае в 2020-21 гг.

	2020	2021
--	------	------

Вакцинация	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
V БЦЖ в 3-7 дней	2461	91.8	2561	92
Вакцинация БЦЖ	2963	94.6	2819	94.4

В 2020 и 2021 году акушерское отделение ГБУЗ КК «Городская больница №2» работало в составе «ковидного» госпиталя, оказывало помощь родовспоможения беременным женщинам с верифицированным или подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией.

Вакцинация против туберкулеза проводилась вакциной БЦЖ-М.

Таблица-3 Количество вакцинированных БЦЖ-М новорожденных в отделении новорожденных ГБУЗ КК «Городская больница №2»

год	Родилось живыми	V БЦЖ-М На 3-7 сутки	Не привито			% непривитых
			Абсолютное число	Из них отказ	Из них по медицинским противопоказаниям	
2018	1047	977	77	5	72	6.6
2019	985	914	71	7	64	7.2
2020	613	506	107	9	98	17.4
2021	604	507	97	6	91	16

В период 2018-2019 г. процент привитости был более 90%. В ковидные годы 2020, 2021 вырос процент непривитых новорожденных, по большей части за счет медицинских противопоказаний.

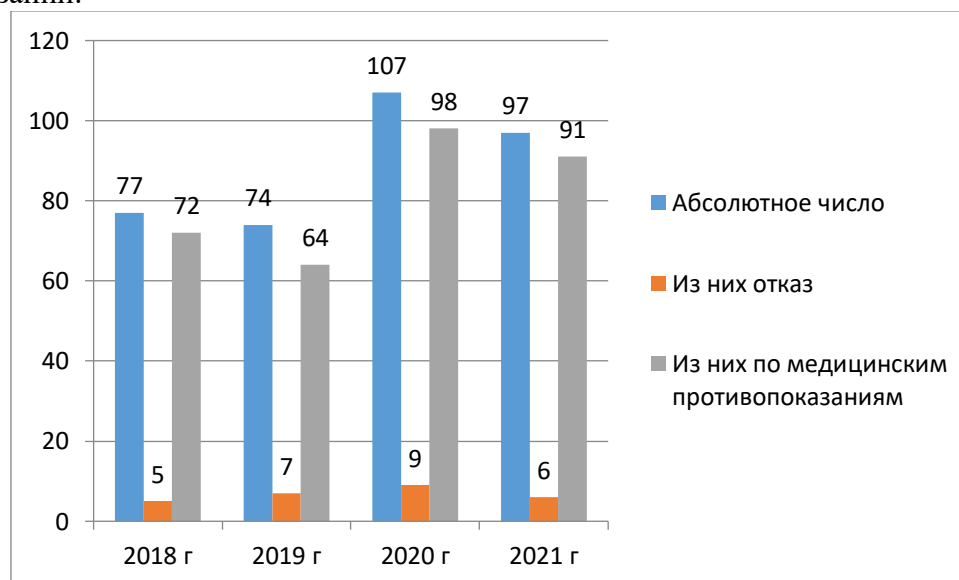


Рисунок 2 - Структура причин непривитости новорожденных

Из рисунка 2 видно, что основной причиной непривитости новорожденных являются медицинские противопоказания. К ним относятся низкая, экстремально низкая масса тела, рождение от ВИЧ инфицированной матери, а также положительный тест на коронавирусную инфекцию (в 2020-2021 годах, в период работы «ковидного госпиталя»).

В периоде новорожденности провести вакцинацию при отсутствии противопоказаний необходимо в условиях детской поликлиники.

Таблица-4 Количество вакцинированных БЦЖ-М новорожденных в ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатская городская поликлиника № 2»

год	Количество новорожденных	V БЦЖ-М На 3-7 сутки	Не привито		% непривитых
			Абсолютное число	Из них отказ	
2018	341	330	11	3	3.3
2019	420	410	10	5	2.4
2020	424	405	19	12	4.6
2021	248	189	59	31	31

По данным прививочного кабинета до 2-месячного возраста было привито новорожденных Таблица -5.

Таблица -5 Количество привитых детей в условиях поликлиники до 2 мес.

Год	Привито до 2 месячного возраста
2018	8
2019	5
2020	7
2021	28

Проведя данные исследования, можно сделать вывод, что уровень привитости новорожденных детей в Камчатском крае сохраняется на высоких цифрах, но имеет тенденцию к снижению. Данная тенденция достаточно серьезная, учитывая сохраняющийся высокий уровень общей заболеваемости туберкулезом в крае, а также высокий уровень миграции населения в край из ближнего и дальнего зарубежья.

На этом фоне растет уровень ответственности медицинского персонала на всех этапах организации профилактики туберкулеза, сохранение здоровья детей с первых дней жизни.

Для исследования уровня информированности населения о профилактике туберкулеза нами была разработана анкета.

В результате анализа ответов респондентов получены следующие результаты:

98 % опрошенных знают о возможности предотвратить инфицирование туберкулезом путем вакцинации;

97% родильниц положительно относятся к вакцинации против туберкулеза;

89% родильниц получили информацию от медицинских работников;

В то время как 11% считают, что недостаточно информированы о возможности вакцинации;

67% опрошенных считают, что отсутствует наглядная пропаганда профилактики туберкулеза;

33% опрошенных считают, что наглядная информация присутствует в полном объеме на информационных стендах женской консультации и родильного дома;

75% опрошенных готовы выполнять рекомендации по профилактике туберкулеза;

25 % опрошенных считают, что не столкнулись с данным заболеванием.

Таким образом, мы видим, что привитость новорожденных в Камчатском крае по данным ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Камчатском крае» в 2020 и 2021 году сохраняется на удовлетворительных цифрах. В то же время по результатам исследования выявлена тенденция к снижению привитости против туберкулеза новорожденных.

По результатам анкетирования, со стороны родителей новорожденных есть запрос на усиление пропаганды профилактики туберкулеза. На этом фоне растет уровень

ответственности медицинского персонала на всех этапах организации профилактики туберкулеза, сохранение здоровья детей с первых дней жизни.

Для проведения мероприятий по профилактике туберкулеза у новорожденных медицинскому персоналу необходимо:

- Иметь теоретические знания этиологии, патогенезе, клинические проявления туберкулеза; методы профилактики заболевания; особенности организации профилактики туберкулеза у новорожденных.

- Уметь планировать прививочные мероприятия, организовывать работу прививочного кабинета, работать с нормативными документами, медицинской документацией; оценивать течение прививочного процесса при вакцинации против туберкулеза;

- Иметь практический опыт внутрикожного введения вакцины БЦЖ.

Отдельно следует отметить образовательную роль фельдшера. Важно уметь грамотно выстраивать диалог с родителями, вести разъяснительную работу по важности соблюдения мероприятий по профилактике туберкулеза у новорожденных.

Библиографический список

1. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом / ВОЗ. - Москва: ВОЗ, 2014. - 112 с.
2. Мишин В. Ю. Туберкулинодиагностика / В. Ю. Мишин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 136 с.
3. Мишин, В. Ю. Медикаментозные осложнения комбинированной химиотерапии туберкулеза легких / В.Ю. Мишин. - Москва: Огни, 2017. - 250 с.
4. Профилактика туберкулеза, энтеробиоза, коклюшной инфекции, кори, краснухи, эпидемического паротита. Санитарно-эпидемиологические правила. - М.: ДЕАН, 2018. - 323 с.
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология». – Текст : электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: <http://internet.garant.ru> (дата обращения: 11.02.2023).
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.01.2009 № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них». – Текст : электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: <http://internet.garant.ru> (дата обращения: 11.02.2023).
7. Профилактика туберкулеза и роль медсестры в его выявлении / Л.И. Каспрук // Оренбургский государственный медицинский университет Российская Федерация/ - 2018/ - № 4. - С. 30-31.
8. Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ (ред. от 26.05.2021) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». – Текст : электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: <http://internet.garant.ru> (дата обращения: 11.02.2023).

Федорова Варвара Романовна
г.Чита, ГПОУ «Читинский медицинский колледж»
33.02.01 Лабораторная диагностика, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель Носкова О.В.
E-mail: mochmk@mail.ru

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Нарушение голоса у преподавателей относят к профессиональным рискам преподавательской работы. Основными причинами являются длительные нагрузки на речевой аппарат и перенапряжение голосовых связок.

Цель исследования: изучение нарушений голоса у преподавателей ГПОУ «Читинский медицинский колледж» и мер профилактики дисфоний и афоний.

Задачи:

1. Изучение состояния голосовых возможностей у педагогов.
2. Выявление причин, вызывающих дисфонии и афонии у преподавателей колледжа.
3. Проведение анкетирования преподавателей ГПОУ «Читинский медицинский колледж» (далее ГПОУ «ЧМК»).

Объект исследования: дисфонии и афонии.

Предмет исследования: профилактика нарушений голоса у преподавателей.

Методы исследования: аналитический, анкетирование.

Человеческий голос — уникальный акустический феномен, результат сложных анатомо-физиологических процессов. Механизм непосредственного голосообразования весьма сложен. В нём участвует весь дыхательный аппарат.

Однако голос является не только средством общения и передачи информации, но и весьма ценным капиталом, особенно если профессиональная деятельность человека связана с использованием этого инструмента. Заболеваемость голосовых органов у педагогов ведёт к снижению трудоспособности, а для некоторой части преподавателей создается угроза профессиональной непригодности. [4]

Часто расстройства голосовой функции объединяются под общим названием — дисфония. Причины дисфонии:

- а) воспалительные изменения в гортани и резонаторных полостях; острый и хронический ларингит, болезни носа и придаточных пазух, трахеиты и бронхиты;
- б) органические заболевания голосового аппарата — кровоизлияния в голосовые складки, парезы и параличи мышц гортани, доброкачественные опухоли и кисты;
- в) расстройства голоса в виде функциональных афоний и дисфонии, а также фонастении. [5]

Полная потеря голоса - афония.

Изучение нарушений голоса у преподавателей ГПОУ «ЧМК» было проведено методом анонимного анкетирования.

Всего опрошено 49 чел., из них 86% – женщины, 14% – мужчины. В таблице 1 представлено распределение респондентов по возрасту и стажу.

Таблица 1

Возраст	%	Стаж	%
20-30лет	10	Менее года	12
30-40лет	29	1-5 лет	8
40-50лет	20	5-10 лет	19
50-60лет	19	10-15 лет	4
60-70лет	20	15-20 лет	24
Старше 70	2	Более 20	33

По итогам опроса 37% преподавателей ощущают дискомфорт в течение рабочего дня. Рабочий же день у большинства (39%) составляет 6-8 часов общей голосовой нагрузки.

Выявлены типичные нарушения голоса у преподавателей по степени убывания частоты встречаемости симптомов. Недостаточная сила голоса (5%), осиплость голоса (11%), охриплый голос (7%), сухой кашель (7%), недостаточная высота голоса (5%), «необходимо кричать, чтобы услышали» (4%), першение в горле (14%), боль в горле (3%), «ком в горле или по ходу трахеи» (3%), искажение тембра голоса («не свой голос») (5%).

6% преподавателей вообще не сталкивались с нарушениями голоса.

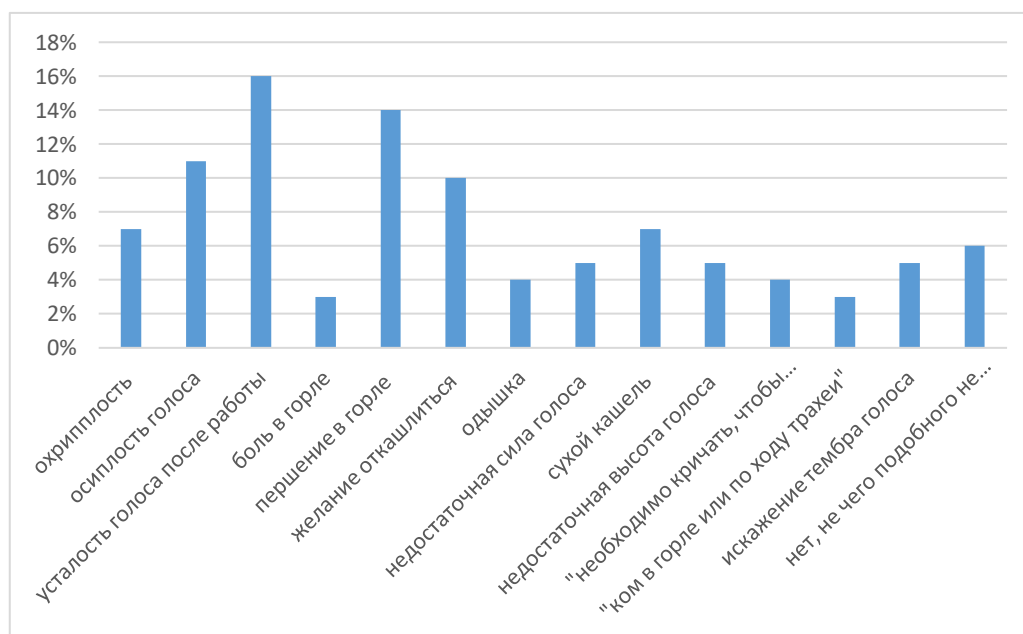


Рис.1 Типичные нарушения голоса у преподавателей ГПОУ «ЧМК»

На вопрос, как часто бывают искажения (кратковременная потеря) голоса: 34% респондентов указали, что 2-3 раза в год; 27% — 1 раз в год; 2% — 4 раза в год и более; 19% — раз в несколько лет; 8% — несколько раз в месяц, 4% — 1 раз в месяц, 8% — 1 раз в неделю, 2% — ежедневно.

На вопрос, как долго длятся искажения (кратковременная потеря) голоса, 29% педагогов указали, что длятся несколько дней; 37% — длятся несколько часов; 30% — длятся несколько минут; 4% — длятся неделю и более.

Подавляющее большинство преподавателей (54%) отметили, что связывают искажение голоса с большой профессиональной голосовой нагрузкой. По данным

анкетирования 94% респондентов не имели заболеваний, связанных с анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата, которые могли бы отразиться на звукопроизношении.

Абсолютное большинство преподавателей (96%) не употребляют табачные изделия.

Половина педагогов 51% знают о способах профилактики нарушений голоса и его гигиене, 29% респондентов не уверены в своих знаниях, а 22% вообще не знают об этих способах. В связи, с чем были подготовлены рекомендации для преподавателей по профилактике дисфоний и афоний.

Голос — основной инструмент, от совершенства владения которым и хорошего состояния которого зависит успех профессиональной деятельности педагога. По итогам исследования можно сделать вывод, что 57% преподавателей ГПОУ «ЧМК» страдают нарушениями голоса. Половина опрошенных педагогов, исходя из анкетных данных, знают о способах профилактики нарушений голоса и его гигиене. Остальным необходимо ознакомиться с методами профилактики дисфоний и афоний.

Профилактика голосовых нарушений снижает уровень заболеваемости голосового аппарата. Поэтому преподавателям рекомендуется соблюдать следующие необходимые гигиенические правила и принимать профилактические меры:

1. Нельзя в холодные дни сразу же после окончания занятий выходить на улицу, необходимо 10–15 минут побыть в помещении.
2. Накануне лекции или семинара необходимо избегать сильного физического перенапряжения.
3. Соблюдать режим питания и отдыха.
4. Закаливание.
5. Нельзя злоупотреблять горячей пищей и напитками (кофе, чай, шипучие напитки, жирные блюда), острой пищей.
6. Вести здоровый образ жизни.
7. Отказаться от курения.
8. Заниматься спортом.
9. Полезны физические упражнения, укрепляющие органы дыхания и голосовой аппарат.
10. Психологи и психотерапевты предлагают методы самовнушения и аутогенной терапии, которые способствуют повышению эмоциональной устойчивости, работоспособности организма и преодолению различных невротических состояний.
11. Не скатиться в косноязычие от усталости после долгого разговора помогает разминка губ, языка и челюсти.
12. Чтобы снять проблему «посаженных» голосовых складок, надо натренироваться напрягать не столько складки, сколько мышцы тела, участвующие в речи. [1]

Библиографический список:

1. Рапопорт И.К., д.м.н., профессор Милушкина О.Ю., д.м.н, доцент «Рекомендации по профилактике и лечению нарушений голоса при больших профессиональных нагрузках на голосоречевой аппарат» Москва, 2021г.

2. Козлянинова И.П., Чарели Э.М. «Тайны нашего голоса» - Екатеринбург: Диамант, 1992 г.
 3. Статья «Профилактика нарушений голоса у лиц голосоречевых профессий» Давыдова Дина Алексеевна, учитель начальных классов МБОУ СОШ № 34 Алексеева Марина Николаевна, старший преподаватель кафедры специальной педагогики и предметных методик ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт» (г. Ставрополь) www.esa-conference.ru
 4. Егоров А.М. «Гигиена голоса и его физиологические основы»; «Медгиз», Л. 1970 г.
- Орлова О.С. Нарушения голоса, учебное пособие М. АСТ, Астрель, 2008 – 220с.