

Никитова Владлена Сергеевна  
ГПОУ «Читинский медицинский колледж» Балейский филиал  
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс  
Научный руководитель – преподаватель ПМ07 Лаврова О.Ю.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗОЖ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Состояние и поддержание здоровья студенчества является одной из актуальных проблем. В настоящее время со здоровьем подрастающего поколения складывается особо тревожное положение. Согласно статистике около 10% выпускников общеобразовательных школ могут считаться здоровыми, 50% имеют функциональные отклонения, а у 40% выявлены хронические заболевания. В наш век урбанизации и экологических проблем, т.е. внешних факторов, влияющих на здоровье, существуют еще и внутренние (генетические или наследственные и факторы, связанные с вредными привычками и неправильной организацией жизни). Все это воздействует на человека как до поступления в учреждения профессионального образования, во время учебы, так и по окончании. С низким уровнем здоровья молодые люди приходят в профессиональные учебные заведения, что сказывается на процессе их адаптации к учебным нагрузкам, а также является причиной дальнейшего ухудшения здоровья. В связи с этим возникает повод говорить о необходимости формирования ЗОЖ у студентов в процессе обучения как об эффективном способе поддержания здоровья.

**Цель исследования:** изучение сформированности ценностного отношения к здоровью среди студентов.

**Задачи:**

1. Изучить литературные источники по теме исследования
2. Провести анализ результатов опроса

**Объект исследования:** элементы здорового образа жизни

**Предмет исследования:** отношение к ЗОЖ среди студентов

Для оценки сформированности ценностного отношения к здоровью среди студентов первых курсов ОУ, был проведен опрос о соблюдении основных составляющих ЗОЖ. Проводя анализ исследования, мы получили следующие данные.

Исследование, касательно отношения студентов к своему здоровью показывает, что большая часть студентов (65%) считает себя здоровыми, однако абсолютно здоровыми являются лишь малая часть исследуемых (6%). Врачей, они посещают не чаще чем раз в полгода, при этом большая часть (68%) вообще не чаще раза в год. Большинство студентов не придают особого внимания своему здоровью до тех пор, пока они не столкнутся с явными проблемами, что в свою очередь может свидетельствовать о запущенности организма, а возможно и появлении хронических заболеваний. Бережное отношение к здоровью необходимо активно воспитывать в студенческие годы. Однако нередко молодые люди нарушают элементарные правила гигиены быта, режим питания, сна и др. Так, среди опрошенных до 70% студентов, проживающих в общежитии, уходят на занятия без завтрака. В этом случае учебные занятия проходят при снижении работоспособности. До 30% студентов принимают горячую пищу один-два раза в день. В то же время институт питания рекомендует студентам 4-разовое питание в день, имея в

виду организацию второго завтрака после 11 часов. К особенностям питания студентов можно отнести: пренебрежительное отношение к режиму питания, избыточное потребление лакомств и напитков, содержащих сахар, неумение организовать питание в зависимости от нагрузки, неумеренное потребление несбалансированной пищи, фастфуда. Образ жизни студента, характеризующийся отмеченными негативными чертами, считается нездоровым. Все это способствует не только возникновению нарушений работы пищеварительной системы, но и появлению заболеваний нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, выделительной и иммунной систем, а также избыточного веса. А в совокупности ухудшает работоспособность и здоровье учащегося.

Отход ко сну у 80% студентов, проживающих в общежитии, затягивается до 23-24 часов. Вследствие этого они не высыпаются, что сказывается на снижении умственной работоспособности в течение учебного дня по сравнению с тем, когда сон нормально организован. Часть студентов – 35% из-за недосыпания прибегает к дневному сну по 1-3 ч. До 55% студентов начинает самоподготовку в период от 20 до 23 часов. Ее продолжительность составляет в среднем 2,0-2,5 ч. Таким образом, получается, что значительная часть студентов выполняет ее за полночь. Учебный труд в столь позднее время требует повышенных затрат нервной энергии, отражается на качестве сна. До 60% студентов бывает на свежем воздухе менее 30 мин в день, 25% - до 1 ч., при гигиенической норме 2 ч в день. К разнообразным закаливающим процедурам прибегает менее 1% студентов. Как следствие этого - вспышки простудных заболеваний в осенне-зимний и зимне-весенний периоды, которые охватывают до 80% студентов.

На сегодняшний день употребление табака, является существенной угрозой для здоровья граждан. Пагубная привычка увеличивает риск развития тяжелых сердечно-сосудистых, бронхолегочных, желудочно-кишечных, эндокринных и онкологических заболеваний, заболеваний репродуктивной системы и др. Среди студентов лишь небольшую часть исследуемых (24%) можно отнести к некурящим. Притягательная сила курения для молодежи в том, что они получают удовольствие от сознания своей «полноценности», самоутверждения, ощущения себя идущим в ногу с модой, видят в курении средство для снятия эмоционального напряжения, повышения работоспособности. Так курение превращается в ритуал.

Проведенный анализ показал, что проблемы, связанные с ответственным отношением личности к здоровью, никогда не теряли своей актуальности. Для формирования ответственного отношения к здоровью у будущих специалистов системы практического здравоохранения необходимо использовать все пути и способы, механизмы. Решение этой задачи возможно при сочетанной работе по следующим направлениям: необходимо побуждать студентов к сохранению и укреплению здоровья, пропагандировать и поддерживать культуру ЗОЖ среди молодежи, культивировать своего рода «моду» на здоровье, внедрять в образовательный процесс знания, направленные на формирование ЗОЖ с раннего возраста. Только хорошо организованная пропаганда медицинских и гигиенических знаний способствует снижению заболеваний, помогает воспитывать крепкое поколение. В формировании ЗОЖ приоритетной должна стать роль программы на сохранение и укрепление здоровья студентов, формирование активной мотивации заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих. Важен компетентностный подход в решении всех задач, которые сегодня стоят перед медицинскими образовательными учреждениями в связи с подготовкой специалистов,

призванных по завершению обучения заниматься вопросами сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения.

#### **Библиографический список**

1. Запороженко В.Г. Образ жизни и вредные привычки. - М.: Медицина, 2004. - 32с.
2. Валеев Ф.Г. ЗОЖ. Здоровый образ жизни. Казань: Идел- Пресс, 2017. - 22с.
3. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. М.: СпецЛит, 2016. - 176с.

Емельянова Ангелина Андреевна

ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»

Курс II, группа 215 МС

Научный руководитель - Машлыкина Оксана Владимировна

### **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ - РЕЦЕПТ ОТ ОПИУМА XXI ВЕКА**

«Смотри, нас трое — я, ты и болезнь. Если ты будешь на моей стороне, нам двоим будет легче одолеть ее. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один не в состоянии буду одолеть вас обоих».

Абуль - Фарандж бин Харун, XIII век

«Люди - идиоты. Они сделали кучу глупостей: придумывали костюмы для собак, должность рекламного менеджера и штуки вроде iPhone, не получив взамен ничего, кроме кислого послевкусия. А вот если бы мы развивали науку, осваивали Луну, Марс, Венеру... Кто знает, каким был бы мир тогда? Человечеству дали возможность бороздить космос, но оно хочет заниматься потреблением: пить пиво и смотреть сериалы.» Тем самым я хочу сказать, что человек усердно перерабатывает свое здоровье в мусор. Здоровье, как камень, а вредные привычки - капля. Капля за каплей, день за днем, медленно, но, верно, капля пронзит камень, словно лазерный луч. А этот камень даст когда-нибудь трещину. Не зря говорят; «Gutta cavat lapidem - капля камень точит». Капля точит не силой, а частотой падения. Терпением и малыми усилиями можно достичь многого, даже если кажется, что сил слишком мало. В конце концов камень, т.е. организм человека, созданный из «звездной пыли», звездной пылью обречен стать вновь. И, казалось бы, это естественно, все же все когда-нибудь умрут. Если бы не имели место быть вредные привычки. Не было бы вредных привычек, не было бы и места капли. Следовательно, камень остался бы целым и невредимым, но как не погляди, а капля его уничтожила. Также и вредные привычки уничтожают и нас с вами. Доказательство тому - данные экспертов Всемирной организации здравоохранения. И так 80 % — это то число факторов, которое влияет на состояние здоровья и к тому же являются управляемыми. Половина из них зависит от каждого из нас и нашего образа жизни. Спросите вы меня - пропагандирую ли я здоровый образ жизни? Ответ очевиден: нет. Моя исходная цель состоит в ином, дать вам осознания того, что вы с собой делаете. Как то, что вы любите или то, чем злоупотребляете разрушит вам жизнь за считанные секунды... мы будем говорить о тех факторах, которые влияют на то, что человек сам, добровольно, своими руками, год за годом копает себе могилу. Тут нельзя не вспомнить про диалог с каламбуром Гамлета и Могильщика из пьесы Шекспира

«Гамлет»:

Гамлет:

— Чья это могила, как тебя там?

Могильщик:

— Моя, сэр.

Гамлет:

— Верю, что твоя, потому что ты лжешь из могилы.

Могильщик:

— А вы — не из могилы. Стало быть, она не ваша. А я — в ней и, стало быть, не лгу.

Я думаю, пора прекратить убегать от самого себя, вы можете убежать от чего угодно, но не от себя. Вас сковывает страх. Страх нового. И страх, что все окажется возможным. Страх обнаружить, что нет никакого препятствия бросить то, что вредит вам. Самое время открыть глаза, пока вы не оказались в этом деревянном ящике. Потом станет поздно - земля с названием «потом» лежит за морем «НИКОГДА». Я не говорю, что смерть есть что-то противоестественное, нет, наряду с рождением — это важнейший этап в существовании живого организма, логическое завершение его жизненного пути, своеобразный окончательный итог всей жизни - в идеале, когда человек умирает в глубокой старости, окруженный многочисленным потомством. Если же говорить о смерти противоестественной, предотвратимой, той, которая забирает молодых людей, то эти молодые люди сами этому способствуют, то есть мы принимаем решения, ведущие к действиям, которые станут нашей историей.

За любое действие придется расплачиваться, без исключений (выкурил 1 сигарету - забрал сам у себя 15 минут жизни. А если это заядлый курильщик, который курит в день от 25 сигарет, то выводы напрашиваются сами: возьмем минимум 25 сигарет и умножим на 365 дней в году получится 9125 сигарет в год. Умножим на 15 минут курения каждой сигареты, итого 136 875 минут в своей жизни заядлый курильщик потерял понапрасну).

Любая страна нуждается в здоровом сильном населении. И это очевидно.

Все глобальные индустриальные проекты, великие стройки, разработки в сфере высоких технологий, все это в итоге упирается в конкретного человека, труженика, который должен иметь светлую голову и сильные руки, или, иными словами, организм, не ослабленный какими-то внешними воздействиями, вредными привычками.

Тем более странным кажется отсутствие на государственном уровне агрессивной профилактики пагубных привычек. На мой взгляд, какие-то слабые, вялые попытки на эту тему предпринимаются, но они больше напоминают показуху. *Агрессивной профилактики, когда информация о вредном влиянии алкоголя, табака и наркотиков подается правдиво, полно, доступно и «из каждого утюга», когда на государственном уровне поддерживается такое общественное мнение, при котором почетом и уважением пользуются люди, реально что-то делающие для страны, такой профилактики нет.* А она необходима по жизненным показаниям. Прямо сегодня, сейчас каждый из нас может сделать жизнь немного лучше. Начните с себя и мир вокруг вас изменится.

Я хочу, чтобы вы задали себе вопрос: «Если это и есть моя жизнь, что же я с ней делаю? Когда это началось?» Стала очевидна пугающая истина. Вы должны что-то изменить. «ЕСЛИ ВАМ НЕ НРАВИТСЯ, СДЕЛАЙТЕ ЛУЧШЕ». Справедливое замечание? Тогда принимайте вызов! Вы пишете историю своей жизни. Это должны сделать именно вы, верно? Кто еще смог бы держать ручку? Вы пишете очередной пассаж в своей истории

сейчас, когда читаете этот доклад. Я пишу фразу в своей истории сейчас, когда пишу для вас эти слова.

Разумеется, самое начало вашей истории было продиктовано генетикой и окружением. Но потом вы сделали из нее то, что выбрали сами. Оправданий нет. Мы с вами принимали *решения и поступали сообразно им — и каждый получал свой результат*. Этим мы занимаемся по сей день. Ваша история — это сумма всех решений, которые вы приняли до сих пор. Вот как мы пишем свою биографию. Закончится ли она печально будет напрямую зависеть от вас. Было бы нелепо умереть от какой-нибудь вредной привычки. Как думаете?

И так продолжим кардинальной проблемой здоровья выступают вредные привычки, их не будет если искоренить корень всех проблем, не так ли? НО разве кто-то ликвидирует весь алкоголь, наркотики или сигареты? Было бы это так просто давно бы сделали. Для начала нужно протоптать тропу, а потом уже склонить большинство на свою сторону. Иначе одному идти против всего мира? (шансов маловато, хотя даже их не просто мало, а они ничтожны. Пусть даже так в любом случае даже у безумия есть смысл...) И когда таких людей, которые против здорового образа жизни останутся единицы можно попробовать это сделать. Но не совсем правильно все уничтожать - как и у всего есть и плюсы. Наркотики облегчают боль (например: воинов, которые были ранены в кровопролитных сражениях). Они крайне необходимы для медицины. Подобно змеиному яду в определенных пропорциях способны эффективно бороться с заболеваниями. Без наркотиков, которые входят в состав анестетиков человек находился бы в сознании во время операции и испытывал бы боль.

Как бы там ни было рассмотрим статистику по вредным привычкам, данную ВОЗ:

1. От такой привычки, как курение, ежегодно в мире умирают 6,8 млн. человек.
2. От наркотиков за 2016-2020 гг. показывает, что наркозависимость ежегодно убивает около 70 тыс. человек, при том, что *официально начинают употреблять психотропные препараты около девяноста тысяч человек каждый год*.
3. В результате вредного употребления алкоголя ежегодно умирают 3 миллиона человек, что составляет 5,3% всех случаев смерти.

а) Например, предположим, что в результате тренировки сердце крепнет и становится больше и сильнее. Это действительно так, но далеко не всегда увеличение массы сердца говорит о его выносливости и высокой работоспособности.

Большая масса сердца может развиваться у любителей алкогольных напитков. При недостатке активности и злоупотреблении спиртными напитками, особенно пивом, волокна сердечной мышцы частично разрушаются и замещаются соединительной тканью, заполненной жиром. Увеличение массы сердца происходит за счет ткани, которая сокращаться не может. Несмотря на свою подчас значительную величину, такое сердце обладает малой мощностью и подвержено различным заболеваниям.

А вы никогда не задумывались о том, что помимо зависимости от курения, наркотиков и алкоголя есть зависимость от сахара? Имеется гипотеза о том, что сахар вызывает привыкание и является наркотическим средством подобно кокаину, но в отличие от кокаина он легален.

ТАК ЛИ ЭТО? Эффект от употребления углевода сахарозы подобен влиянию кокаина, потому что он: изменяет настроение, стимулируя чувство наслаждения, и провоцирует человека на поиск сладкого. И сахар влияет на те же зоныощерения в мозгу,

что и наркотики.

Есть ли доказательства? Ученые ссылаются на результаты исследования поведения грызунов, которые между наркотиком и сахаром чаще выбирали последний. По их мнению, этот углевод вызывает более сильную зависимость, чем алкалоиды.

Помимо этого, проводили опыты на свиньях: их мозг работает подобно нашему, как человеческий. Он более сложен, чем, к примеру, мозг грызунов, и достаточно велик, чтобы получать изображения глубоких структур с помощью сканеров человеческого мозга.

Опыт заключался в следующем: в течение двенадцати дней свиньям ежедневно давали по два литра сахарного сиропа. Чтобы составить карту последствий потребления сахара, исследователи сфотографировали мозг свиней в начале эксперимента, после первого дня и в конце исследования. После 12 дней приёма сахара мы могли увидеть важные изменения в дофаминовой и опиоидной системах мозга. Фактически опиоидная система, формирующая химический состав мозга и связанная с зонами благополучия и удовольствия, включалась уже после первого приёма сладкой воды. За 12 дней сахар модифицировал мозг животных, создавая зависимость от сахарозы и активируя выработку дофамина. Этот нейромедиатор вызывает чувство награды — ощущение короткое, но весьма действенное. Сформированная зависимость схожа с той, что вызывает употребление алкоголя, табака или наркотиков. Вот только зависимость куда более сильная, чем от кокаина. Сахар называли "наркотиком XXI века".

Так, по словам эндокринологов, наша генетика в сочетании с вредными привычками приводит к тому, что каждый четвёртый ребёнок страдает ожирением. Даже в Испании, где средняя продолжительность жизни перешагнула отметку в почти 80 лет, ежегодно от последствий ожирения умирает 130 000 человек. Патологии, связанные с ожирением, настолько же дороги (для системы здравоохранения), как и сахарный диабет второго типа, который является самым дорогим заболеванием. Нужно научиться есть больше фруктов, овощей и сезонных продуктов; отказаться от сладостей сложно, но именно сахар может сделать жизнь куда более горькой, испортив здоровье. При этом полный отказ от сладостей в рационе снизит трудоспособность, может повлечь за собой частые головокружения и проблемы с кровообращением. Опасен не сам сахар, а его количество в рационе.

«Все есть яд, и ничто не лишено ядовитости; одна лишь доза делает яд незаметным»

(хочу заметить, что даже при избытке воды в организме может возникнуть как отек мозга, так и легких).

Тем не менее варьируется и другое, противоположное мнение. Хоть сахар по своему действию похож на кокаин все же его действие, в отличие от кокаина, слабо и сравнимо с эффектом от никотина.

#### ПАТОГЕНЕЗ углеводной зависимости

Со временем возникает зависимость от сахара и "ломка" – абстинентный синдром, схожий с состоянием наркозависимого, который не получил дозу. Этот синдром возникает при прекращении поступления вещества, являющегося источником зависимости. В любом случае поступающие активные соединения влияют на активность естественных гормонов, нейромедиаторов, сложных белков и постепенно развивается привыкание. Функции организма, направленные на поддержание оптимального состояния, ослабевают, поэтому при внезапном прекращении поступления препарата биологические системы не успевают

или не могут восстановить производство естественного аналога. Формируется синдром отмены - патологическое изменение работы органов, связанное с дисбалансом передачи нейронных сигналов, выработки медиаторов, гормонов (примечание: ежедневное потребление сахара ведет не только к зависимости, но и к различным заболеваниям, таким как инфаркт, инсульт, диабет и рак. К тому же не только от курения ампутировать конечности, впрочем, от сахарного диабета тоже. Это происходит вследствие слипания стенок сосудов из-за чего перекрывается доступ питания и насыщение конечностей(и/ей) кровью).

Еще в 1930 году установили связь онкологических заболеваний и уровня глюкозы: обнаружили, что раковые клетки имеют принципиально иной энергетический обмен по сравнению со здоровыми клетками; большое потребление сахара ускоряет рост раковых клеток.

Перейдем к главному: какие же недуги возникают при нарушении уровня сахара в крови?

- ☐ Атеросклероз
- ☐ Гипертоническая болезнь
- ☐ Ишемическая болезнь сердца, стенокардия
- ☐ Развития аллергических реакций
- ☐ Нарушения работы иммунной системы
- ☐ Сахарный диабет, диабетическая – нейропатия (приводит к язвам, гангрене), нефропатия, ретинопатия; инсульт
- ☐ (Гипо/гипер) гликемия
- ☐ А также ожирение, рак, бесплодие.

Разберем несколько из них - стенокардию и ожирение, сахарный диабет.

Стенокардию в народе называют «грудной жабой» из-за болевых приступов - сжимающих и сдавливающих в центральной или левой части грудной клетки. Нередко боль распространяется на левую руку. Приступы обычно длятся несколько минут и сопровождаются слабостью, чувством страха. ПРИЧИНА стенокардии - сужение коронарных артерий и ослабление кровоснабжения некоторых участков сердца, если кровь не поступает долго, может произойти омертвление тканей этого участка - инфаркт. Обнаружить инфаркт и другие повреждения сердца можно с помощью электрокардиографа. Этот прибор улавливает биотоки, возникающие в сердечной мышце во время ее сокращения. По ней можно установить, какой участок сердца поражен.

Ожирением страдают подавляющее большинство больных диабетом. ПОЧЕМУ? Это происходит из-за того, что организм ощущает постоянную нехватку глюкозы и начинает накапливать ее в жировых отложениях, «про запас». Но дело в том, что глюкоза содержится в крови, но использовать ее невозможно, она не воспринимается. И организм старается собрать еще больше глюкозы, а с ней и жира.

Сахарный диабет. Решающим фактором, определяющим качество жизни больных сахарным диабетом, является раннее выявление заболевания. Значительный вклад в своевременное выявление сахарного диабета вносит стартовавшая в 2013 году всеобщая диспансеризация населения. Так, за 10 месяцев 2014 года в ходе диспансеризации взрослого населения выявлено более 83 тысяч больных сахарным диабетом. Таким образом, чтобы вы и ваши родные не заболели нужно проводить профилактику сахарного диабета, туда можно отнести следующее:

- правильное питание,
- питьевой режим,
- контроль веса и артериального давления,
- физическая активность - 30 мин интенсивной нагрузки или 60 мин быстрой ходьбы,
- соблюдать режим сна,
- ежедневно бывать на свежем воздухе,
- не курить и не злоупотреблять алкоголем.

4. Закончим нашу статистику финалистом и, пожалуй, победителем списка вредных привычек сахарным диабетом. ИМ СТРАДАЕТ ПО РАЗНЫМ ДАННЫМ 230 - 347 МИЛЛИОНОВ ЧЕЛОВЕК НА ПЛАНЕТЕ, ЭТО ПРИМЕРНО 6% ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗЕМНОГО ШАРА. Согласно данным Государственного регистра больных сахарным диабетом на 1 января 2014 г. в России зарегистрировано 3 964 889 больных. Наиболее распространен сахарный диабет II типа, который чаще всего возникает у людей с избыточной массой тела и низкой физической активностью. Число больных сахарным диабетом I типа составило 339 360 человек, в том числе 20 373 детей, 10 038 подростков, 308 949 взрослых, а число больных сахарным диабетом II типа - 3 625 529 человек, в том числе 409 детей, 342 подростка, 3 624 778 взрослых. Однако вряд ли эти цифры отражают реальное положение дел.

Я привела эту статистику не для того, чтобы кого ей напугать, а потому что положение реальных дел намного хуже, чем показывают эти цифры и о укреплении здоровья не может быть и речи без изменения образа жизни. Может быть, вас не заботит ваше здоровье только вот это отразится на следующем поколении. Вы можете и не страдать тем или иным заболеванием, а ваши дети возможно и будут; всего на всего, это ляжет на вашу совесть, ведь если бы вы вели, допустим ЗОЖ этого заболевания быть и вовсе не могло. ВЫ можете и дальше быть, и оставаться эгоистом, но вы никак не можете игнорировать этого факта. Не думаю, что что-то способно заменить нам наших близких, поэтому ради них стоит попробовать ВЕСТИ ЗОЖ.

И так ЗОЖ - понятие, ориентировано на конкретного человека, которое подразумевает выявление факторов риска у индивидуума и разработку конкретных программ для снижения вреда здоровью, изменение отношения к состоянию собственного здоровья и осмыслению здоровья как человеческой ценности. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗОЖ - недостаток знаний, несформированное понятие ценности здоровья и недостаточная заинтересованность государства, низкая мотивация.

К фундаментальным понятиям здорового образа жизни относят:

1. Образ жизни - как, каким образом человек думает, ведет себя, действует.
2. Условия жизни - что или кто человека окружает, в каких условиях (демографических, материальных, природных, социально-экономических, политических, здравоохранительных и др.) он живет, работает, действует, т.е. формируется образ жизни.

К основным элементам здорового образа жизни можно отнести:

1. двигательная активность,
2. рациональное (сбалансированное) питание,
3. закаливание,
4. отказ от вредных привычек,
5. пребывание на свежем воздухе,

6. личная и общественная гигиена,
7. половое воспитание,
8. оптимальный режим труда и отдыха - все эти элементы необходимы для формирования ЗОЖ.

Теперь перейдем к методам и способам формирования здорового образа жизни:

Я выделила 3 метода формирования здорового образа жизни, в методах указывается соответственно и способы.

1. СПЕЦИФИЧЕСКИХ МЕТОД. Повторюсь, что профилактика многих заболеваний невозможна без изменения образа жизни. Поэтому центральным моментом в сохранении и укреплении как индивидуального, так и общественного здоровья является создание и поддержание мотивации к формированию стиля здоровой жизни и приверженность к ведению здорового образа жизни. Таким образом среди совместных работ медиков и психологов есть выработанная **БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ БОЛЕЗНИ И ЗДОРОВЬЯ**, согласно которой тело и психика влияют друг на друга. Соответственно, она подразумевает то, что если мы сначала начнем влиять на психику людей, а лучше это делать в детстве, то это отразится и на теле человека. Чтобы воздействовать на психику нужна знать ценности человека у всех они разные. Это могут быть: здоровье, семья, работа, деньги и т.п. (человеком легко управлять, когда знаешь, что ему нужно). В конечном счете это что-то, что человек не захочет терять. Поэтому ему и придется содействовать с нами(медработниками) и принять наши меры профилактики или лечение.

В любом случае калеки на работе никому не нужны как говорил М. А. Булгаков пользы от лежачего мало, поэтому его поместят в деревянный ящик и просто на просто сожгут, а если человек волнуется за свое здоровье он и сам придет и пролечится, если же не ради себя, то ради семьи. Используя слабости человека, можно его направить на правильный путь. Многие могут со мной не согласиться, но разве здоровье можно купить? Или вы собираетесь ждать пока вся нация вымрет? Если нет решения лучше, не вижу причин не манипулировать людьми им же на благо. Я бы сказала, лучше сделать и жалеть, чем не делать и жалеть. **ЦЕЛЬ** в данном случае распространение здорового образа жизни - **ОПРАВДЫВАЕТ СРЕДСТВА** (этот метод), а если вам не нравится, сделайте лучше.

2. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ МЕТОД (банальный и плохо действующий на мой взгляд):

- ☐ Пропаганда - СМИ: телесюжет, радиовыступление, статья в газете и т.п.
- ☐ Медико-гигиеническое воспитание населения (например, преподавать в школах, вести дискуссии на тему ЗОЖ - формирование правильных знаний о здоровье и путях его сохранения, формирование умения и навыков здоровьесберегающего поведения;
- ☐ Создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками - спортивные сооружения должны стать массовыми; тогда будет и большой спорт, и здоровье, и главное – настроение людей. Таким образом, здоровый образ жизни плюс развитая отечественная медицина, безопасные условия жизни в совокупности будут способствовать формированию здоровой нации. А желательно еще и нации долгожителей.
- ☐ Создание клубов по интересам, развитие сети санаторно-курортного лечения, строительство игровых спортивных площадок.

3. Метод МИКС - 1 метод + 2 метода, т.е. манипулирование + популяризация

+дистанционная связь = всемирное принятие ЗОЖ –

это и есть формула успеха, чтобы его добиться придется рискнуть. Другими словами, вы хотите добиться цели сражаясь вполсилы (в данном случае используя только один из методов)? Вы не сможете победить, не рискуя: либо все, либо ничего. Я считаю метод «МИКС» самый действенный.

Я приведу пример, допустим, мне как подростку неинтересно слушать всякую заумную чушь про ЗОЖ (хоть вредных привычек у меня нет, кроме сахара), слишком это скучно, я просто выключу звук у телевизора, как большинство подростков. А если это как-то меня зацепит или заинтересует, то считайте они сделали свое дело, метод «МИКС» прошел успешно. Поэтому по моему мнению, без манипулирования не получится.

Еще было бы неплохо добавить сайт ЗОЖ с рейтингом учащихся и проведением на этом сайте различных мероприятий, соревнований с подарками для победителей. И главное, побольше позитива. Это необходимо, потому что есть люди, которые получают большое удовольствие от победы, нежели от дозы будь то глюкозы. Так же было бы неплохо добавить командные игры по 4 или 5 человек, чтобы людей объединила конкретная проблема – их зависимость. Ещё единство основано на том, что команде дают общего врага (так делают в армии) и независимо насколько они разные – люди объединятся. Заинтересуйте людей, и можно получить большее, чем на что могли рассчитывать.

И наконец, профилактика вредных привычек – здоровый и активный образ жизни. Вряд ли человек, увлекающийся танцами или греблей на байдарках, решит закурить. Поможет выплеснуть негатив, переключиться с проблем самый разный спорт, например - искусство чунсувон (включает в себя физическую подготовку, это не просто боевое искусство. Оно охватывает намного больше, чем жесткие техники спарринга, где строго определено, куда должны двигаться нога и кулак. Это не спорт. Чунсувон – комплекс принципов и практик, помогающих развивать все существо: тело, разум и дух. Его ментальные и духовные аспекты неотделимы от физической формы).

Во-первых, все мы – плоды окружения. Дети, растущие в семье музыкантов, склонны тоже становиться музыкантами. Если ты живешь в деревне и все вокруг тебя любят рыбачить, то ты и сам, скорее всего, станешь первоклассным рыбаком. Ребенок, родившийся в Китае у родителей-китайцев и переехавший в Соединенные Штаты вскоре после рождения, будет выглядеть как китаец, но станет говорить и вести себя как американец, ведь в таком окружении он вырос.

Конечно, влияние окружения может быть хорошим или плохим, а часто и тем, и другим. Если ты живешь в семье алкоголиков или тебя окружают люди, которые боятся всего нового, ты можешь перенять те же привычки или черты. Однако это не значит, что такова твоя судьба. Нет безвыходных положений. Мне очень грустно встречать людей, уверенных, будто они не могут преодолеть влияние своего окружения. Они выросли с мыслью: «Это все, чего я смогу достичь за свою жизнь».

Я должна сказать: то, как ты жил до этого момента, – еще не «все». Это не конец истории.

Да, воспитание имеет огромное значение. Ребёнок, выросший в некурящей и непьющей семье, где с его малых лет ведутся беседы об опасности вредных привычек, не будет курить или увлекаться алкоголем. Если все его сверстники пьют и курят, то против соблазна попробовать сложно устоять. Не стоит ориентироваться на общественное мнение

— это не маяк, а блуждающие огни. Подростки редко осознают, как опасна та или иная привычка. Иногда ты понимаешь, то, что тобой всегда двигало - может быть ложью. И когда ты реально осознаешь, что все это с самого начала было враньем — это как проглотить камень. Но не только что, ты проглотил его давным-давно. Такие ощущения будут при осознании у подростков. И чтобы его не было важно в учебных заведениях проводить различные мероприятия, призванные объяснить всю серьёзность проблемы.

Кроме того, занятия любимым делом всегда послужат хорошей профилактикой. Шитьё, вышивание, бисероплетение, рисование, плавание, игра на различных музыкальных инструментах и многие другие. Прогулки и поездки в различные места, танцы, закаливание, ролики, велосипед или коньки – выбирайте, что по душе. Различные секции, кружки также займут подростка, отвлекут от пагубного влияния сверстников, сделают более выносливым, целеустремлённым.

Подведем итоги, что порой за счастье нужно бороться даже с самим собой, а если тебя это не устраивает, ты просто ходячий труп в ожидании конца. Не важно, что вы сделали в прошлом, главное, что вы меняетесь сейчас. И помните, что мы отличаемся от животных тем, что у нас есть сила воли. А если её не использовать, она как мышцы или орган, которым не пользуются по назначению атрофируется. Продолжите в том же духе барахтаться в жалости к самому себе, жизнь станет бесконечным кошмаром. Поэтому сражайтесь - потому что не умеете умирать тихо, и побеждайте, потому что не умеете проигрывать.

Я уверена, каждый из нас может быть здоровым!

### Библиографический список

1. Мандриков, В. Б. Вклад ученых Волгоградского государственного медицинского университета в научно-методическое обеспечение физической культуры, спорта и формирование ЗОЖ: монография / В. Б. Мандриков, Е. В. Пивоварова, И. А. Ушакова. — Волгоград: ВолгГМУ, 2019. — 308 с. — ISBN 978-5-9652-0583-7. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/141153> (дата обращения: 06.03.2023). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Мандриков, В. Б. Курс методико-практических занятий по дисциплине «Физическая культура и спорт»: учебное пособие / В. Б. Мандриков, И. А. Ушакова, Н. В. Замятина. — Волгоград: ВолгГМУ, 2019. — 96 с. — ISBN 978-5-9652-0553-0. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/141139> (дата обращения: 06.03.2023). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
3. Агеенко, Л. В. Влияние алкоголя на физическое и психическое состояние человека: методические указания / Л. В. Агеенко. — Брянск: Брянский ГАУ, 2020. — 16 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/172041> (дата обращения: 06.03.2023). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
4. Красильникова, М. Н. С детства и до старости без наркотиков и водки: учебно-методическое пособие / М. Н. Красильникова, С. Б. Медведева. — Уфа: БГПУ имени М. Акмуллы, 2016. — 56 с. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система.

— URL: <https://e.lanbook.com/book/90969> (дата обращения: 06.03.2023). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

5. Лелевич, С. В. Алкоголь и углеводный обмен : монография / С. В. Лелевич. — Гродно: ГрГМУ, 2018. — 240 с. — ISBN 978-985-595-071-5. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/237401> (дата обращения: 06.03.2023). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

6. В.А. Ананьев. Психология здоровья, кн. 1-3. Издательство «Питер», 2004 г.

Тоньшева Татьяна Владимировна,  
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»  
34.02.01 Сестринское дело, 3 курс  
Научный руководитель - преподаватель дерматовенерологии Сафронова Е.С  
E – mail: bmk.06@mail.ru

## СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бронхиальная астма – хроническое полиэтиологическое заболевание легких, проявляющиеся периодически повторяющимися приступами удушья с затрудненным выдохом, развивающимся в результате нарушения бронхиальной проходимости, в основе которой лежат бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов и повышенное образование слизи, нередко измененного состава. Бронхиальная астма, как и прежде, остается одним из распространенных заболеваний. Число болеющих людей с бронхиальной астмой растет в связи с большим количеством аллергенов, на фоне сниженного иммунитета.

Высокая распространенность и социально-экономическое влияние бронхиальной астмы на жизнь общества и каждого пациента обуславливают необходимость предупреждения и своевременного выявления факторов риска, адекватность проводимой терапии, профилактики обострений заболевания. И в этом большая роль отводится медицинской сестре. Поэтому изучение сестринского ухода при бронхиальной астме является актуальным.

Цель исследовательской работы: изучение сестринского ухода за пациентами с бронхиальной астмой.

Задачи:

1. Провести обзор научной литературы и интернет-источников по данной теме;
2. Проанализировать результаты исследования и сделать выводы;

Объект исследования: сестринский уход за пациентами.

Предмет исследования: сестринский уход за пациентами с бронхиальной астмой.

Гипотеза: рациональная организация сестринского ухода способствует скорейшему выздоровлению пациентов с бронхиальной астмой.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы;
- субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
- объективные методы обследования пациента

Бронхиальная астма (БА) – заболевание, характеризующееся хроническим воспалением воздухоносных путей, приводящим к гиперреактивности в ответ на

различные стимулы и повторяющимися приступами бронхиальной обструкции, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья, астматическим статусом, или, при отсутствии таковых, симптомами дыхательного дискомфорта (приступообразный кашель, хрипы и одышка).

Этиология и патогенез:

1) Факторы, предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы:

- Наследственность.

Риск возникновения астмы у ребенка от родителей имеющих данное заболевание в 2-3 раза выше, чем у ребенка от родителей ее не имеющих.

- Гиперреактивность бронхов.

Состояние выражается в повышенной реактивности бронхов на раздражитель, при котором бронхиальная обструкция в ответ на воздействие не вызывающее такой реакции у большинства здоровых лиц.

2) Причинные (сенсibilизирующие) факторы:

- Бытовые аллергены.

В формировании бытовой аллергии играют роль клещи домашней пыли, основными видами которой являются клещи, составляющие основную часть аллергенов домашней пыли.

- Аллергены животного происхождения.

Основные источники: шерсть, пух, перхоть, экскременты, слюна животных (кошек, собак, морских свинок, хомяков, грызунов, птиц, кроликов, лошадей, овец, и т.д.), а также насекомых (тараканов).

- Грибковые аллергены.

Сенсibilизация к плесневым и дрожжевым грибам выявляется у 2/3 людей страдающих бронхиальной астмой. Обострение болезни с грибковой сенсibilизацией наблюдается в осенне-зимний период. Характерно тяжелое течение с частыми рецидивами и короткими ремиссиями.

- Пыльцевые аллергены.

Причиной могут быть аллергены трех основных групп растений. Это деревья и кустарники (береза, ольха, орешник и т. д), злаковые травы (тимopheевка, райграс, овсяница и т. д), сорные травы (одуванчик, крапива, полынь, лютик и т. д.

- Лекарственные средства.

Различные лекарственные препараты могут индуцировать приступы ухудшения. Среди них ведущее место занимают антибиотики пенициллинового ряда, сульфаниламиды, витамины, аспирин и другие противовоспалительные препараты.

- Вирусы и вакцины.

Вакцинация (особенно АКДС) может стать пусковым фактором манифестации бронхиальной астмы требует предосторожностей, при соблюдении которых она становится безопасной.

- Химические вещества.

Ряд промышленных химических веществ обладают аллергенными свойствами либо приобретают их после адсорбции на белках организма действием техногенного загрязнения атмосферного воздуха может изменяться структура и повышаться иммуногенность пыльцы и других «натуральных» аллергенов.

3) Факторы, способствующие возникновению бронхиальной астмы, усугубляющие действие причинных факторов:

- Вирусные респираторные инфекции.

Респираторные вирусы повреждают мерцательный эпителий слизистой оболочки дыхательного тракта, увеличивают ее проницаемость для аллергенов, токсических веществ и чувствительность ирритантных рецепторов подслизистого слоя бронхов. Тем самым они повышают бронхиальную гиперреактивность.

- Патологическое течение беременности у матери ребенка.

Поскольку для плода внешней средой является организм матери, то все вредные воздействия на беременную женщину могут влиять на будущего ребенка, обуславливая уже внутриутробную его сенсibilизацию и повышая риск развития бронхиальной астмы.

- Недоношенность.

Возникновение бронхиальной астмы связано с уменьшенным калибром бронхов, а также с повышенной восприимчивостью к вирусной и бактериальной инфекции, с нарушением пищеварения. У детей раннего возраста пищевая аллергия играет важную роль в формировании интерстициальных и кожных проявлений аллергии.

- Поллютанты.

Загрязнение атмосферного воздуха. Бронхиальная астма - экологическое зависимое заболевание, так как фенотипическая реализация наследственной предрасположенности к ней всегда осуществляется при воздействии факторов окружающей среды. Среди наиболее распространенных загрязнителей - окись углерода, диоксиды серы и азота, металлы, пыль, продукты неполного сгорания бензина. Оказывают непосредственное повреждающее действие на клетке слизистой оболочки респираторного тракта.

- Табакокурение.

Табачный дым содержит около 4500 вещей, среди которых более 30 оказывают прямое токсическое и раздражающее действие на слизистую оболочку респираторного тракта, увеличивают риск развития и утяжеления течения бронхиальной астмы. Табачный дым понижает эффективность неспецифических защитных систем. Избыточная секреция, застой слизи, снижение бактерицидных свойств и активности лизоцима является благоприятной средой для развития инфекции.

- Пассивное курение.

У детей курящих родителей чаще развивается бронхиальная астма, они раньше начинают болеть респираторными вирусами заболеваниями. При этом тяжелые формы бронхиальной астмы у пассивных курильщиков встречаются чаще, приступы удушья более продолжительных, труднее поддаются лечению.

4) Факторы, вызывающие обострение бронхиальной астмы – триггеры.

Триггеры - факторы, вызывающие обострение бронхиальной астмы путем стимуляции воспаления в бронхах или провоцирования острого бронхоспазма или того и другого вместе.

Самыми частыми триггерами у пациентов являются: контакт с аллергеном, респираторно - вирусные инфекции, физическая нагрузка, психоэмоциональная нагрузка, изменение метеоситуации, загрязнение воздуха, психологические факторы.

К проявлениям бронхиальной астмы относится приступообразный кашель (сухой или с выделением небольшого количества вязкой мокроты), который не облегчается обычными противокашлевыми средствами и устраняется только бронходилататорами. В

последующих стадиях развития бронхиальной астмы ее проявлениями становятся приступы удушья.

Диагноз астматического статуса устанавливают, если приступ не купирован в течение 6 ч и более. Опасность астматического статуса связана с возможностью развития асфиксии, всеми полями легких, выраженным диффузным цианозом, адинамией, потерей сознания, падением артериального давления, отёком бронхиол, накоплением в них густой мокроты, что ведёт к нарастанию удушья и гипоксическим судорогам (гипоксемическая кома).

Диагностика бронхиальной астмы строится на основании анализа симптомов и анамнеза, а также исследования функции внешнего дыхания (ФВД). Наиболее широкое применение получили измерение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и связанное с ним измерение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), а также выявление ответа на ингаляции  $\beta$  - агонистов, провокации с помощью физической нагрузки.

Важное нововведение в диагностике и лечении бронхиальной астмы – использование пикфлоуметра для определения форсированной (пиковой) скорости выдоха (ПСВ). Это метод самоконтроля за течением бронхиальной астмы, который показывает наибольшую скорость, с которой воздух может проходить через дыхательные пути при максимально резком выдохе. Значит, он позволяет оценить степень сужения бронхов и степень их расширения при приеме лекарственных препаратов.

При лечении бронхиальной астмы в настоящее время применяют ступенчатый подход, при котором интенсивность терапии возрастает по мере увеличения степени тяжести. Введение лекарственных средств при бронхиальной астме осуществляют ингаляционным путем, преимущественного небулайзером, хотя используют и другие типы дозирующих ингаляторов, в том числе со спейсером, со спейсером и маской.

К базисным препаратам первого выбора, тормозящим воспалительный процесс в бронхах, относятся кромоглициевая кислота и недокромил.

При среднетяжелой и в первую очередь при тяжелой бронхиальной астме базисным является лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГК). К наиболее распространенным препаратам относятся беклометазон (Бекотид\*), флунизолид (Ингакорт\*), флутиказон (Фликсотид\*). Все они взаимозаменяемы. Длительность лечения определяется симптоматикой заболевания, минимальный курс лечения составляет от 3 до 6 мес.

Назначение бронхолитиков выполняет важную роль в повседневном лечении, так как приводит к снятию бронхоспазма и быстрому облегчению состояния пациента. При остром приступе назначают селективные  $\beta_2$  – агонисты короткого действия – сальбутамол, фенотерол, тербуталин.

При среднетяжёлом течении назначают аминофиллин (Эуфиллин\*; разовая доза 4-5 мг на 1 кг массы тела).

Профилактика приступов бронхиальной астмы заключается в применении гипоаллергической диеты, снижении экспозиции аллергенов, исключении бытовых источников аллергии, проведении специфической и неспецифической иммунотерапии. Известны случаи полного прекращения тяжелых проявлений бронхиальной астмы при переезде больного в благоприятную для него климатическую зону. Наиболее эффективна климатотерапия в условиях среднегорья (Кисловодск), Южного берега Крыма. Важная

роль принадлежит закаливанию, лечебной гимнастике, массажу, иглорефлексотерапии. Из спортивных занятий помогают плавание, бадминтон, коньки, гимнастика.

Необходимо принимать меры к предупреждению ОРЗ, в период ремиссии соблюдать режим дня и закаливания, по показаниям назначают Рибомунил\*. Профилактические прививки больным разрешаются под контролем иммунолога; на диспансерном учете пациенты состоят не менее 5 лет после последнего приступа. Главный принцип, который преследует диета, заключается в исключении из рациона питания продуктов, способных вызвать или усилить аллергию.

Потенциальными аллергенами являются: какао; яйца; цитрусовые; ростки пшеницы; бобовые; орехи; алкоголь; гусиное и утиное мясо; кофе; морепродукты; пищевые добавки, консерванты и красители; дыня; дрожжи и изделия из них; томаты; перец кориандр; шоколад; ванилин; малина; персик; мёд; арахис; клубника.

Именно эти продукты запрещены пациенту, страдающему бронхиальной астмой, и не должны присутствовать в его рационе в периоде обострения заболевания.

Здоровому человеку и больному с астмой жизненно необходимы белки, жиры, углеводы, микроэлементы, они обеспечивают их нужным зарядом сил и энергии для адекватного роста и развития.

Пациенту с бронхиальной астмой, для полноценного питания, рекомендуют регулярно употреблять блюда из продуктов:

- мясо кролика, телятины, индюшки;
- фрукты и овощи различной кулинарной обработки (капуста, картофель, огурец, кабачок, груша, яблоко);
- каши (гречневая, рисовая, овсяная, перловая);
- растительные масла (кунжутное, оливковое, кукурузное, подсолнечное); сливочное масло;
- кисломолочные продукты (йогурт с низким содержанием сахара, ряженка, нежирный кефир);
- компоты и отвары из фруктов и ягод, негазированная минеральная вода.

Проявления бронхиальной астмы у пациентов могут уменьшиться, исчезнуть или усилиться после полового созревания. У 60-80% людей бронхиальная астма остается на всю жизнь. Тяжелое течение бронхиальной астмы приводит к гормональной зависимости и инвалидизации. На течение и прогноз бронхиальной астмы влияют сроки начала и систематичность лечения. При длительном течении БА, особенно при сочетании с бронхолегочной инфекцией, могут развиваться осложнения в виде стойкой эмфиземы, легочного сердца, пневмоторакса, неврологических расстройств.

Для проведения исследования были опрошены студенты 2 и 3 курсов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» в количестве 30 человек.

Студентам было предложено пройти анкетирование. (Приложение А)

Таким образом, исследование проходило в два этапа:

1. Проведение анкетирования, с целью выявления знаний студентов о бронхиальной астме
2. Обработка и анализ результата.

## Анализ результатов исследования:

На вопрос: «Знаете ли вы, что такое бронхиальная астма» 85% студентов ответили, что это хроническое полиэтиологическое заболевание легких, проявляющиеся периодически повторяющимися приступами удушья с затрудненным выдохом, развивающимся в результате нарушения бронхиальной проходимости; 15% студентов ответили, что это хроническое воспаление дыхательных путей.



Рисунок 1. Данные о знаниях бронхиальной астмы

На вопрос: «Основной симптом бронхиальной астмы» 85% ответили, что это приступ удушья; 8% студентов ответили, что это инспираторная одышка, 4% ответили, что это кровохарканье и только 3% ответили, что это кашель с гнойной мокротой.



Рисунок 2. Основной симптом бронхиальной астмы

На вопрос: «Пикфлоуметрия это определение» 56% ответили, что это пиковой скорости выдоха, 20% ответили, что это жизненной емкости легких, 22% студентов ответили, что это дыхательного объема, и только 2% ответили остаточного объема.

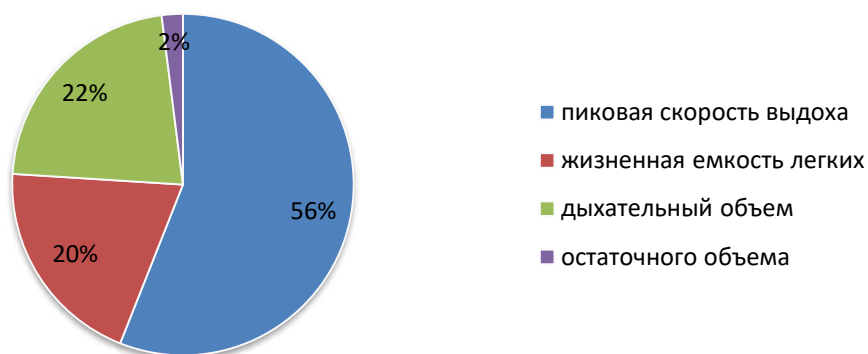


Рисунок 3. Данные о пикфлоуметрии

На вопрос: «К устройствам - ингаляторам относятся» 82% студентов ответили, что небулайзер, 11% ответили, что маска Шиммельгуша, 4% ответили катетер Сванц - Ганса, и всего 3% ответили, что это зонд Блэкмора.

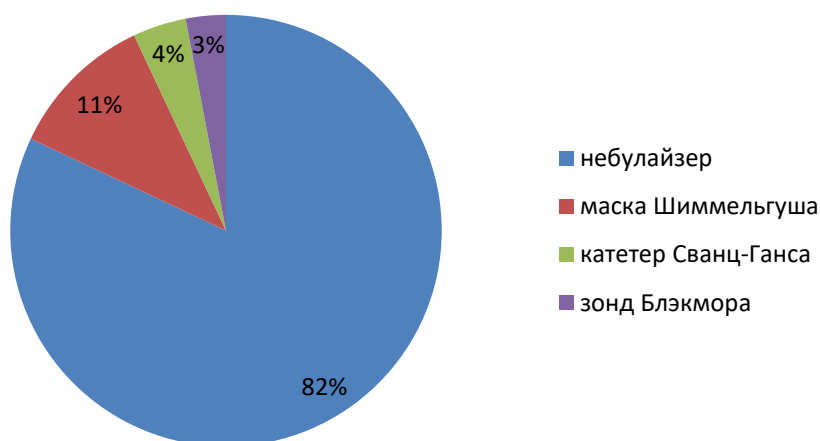


Рисунок 4. Устройства - ингаляторы

На вопрос «Осложнение, развивающееся при длительном течении бронхиальной астмы» 74% ответили, что это эмфизема легких, 13% острый бронхит, 11% ответили, что это острый инфаркт миокарда, 2% ответили хронический пиелонефрит.

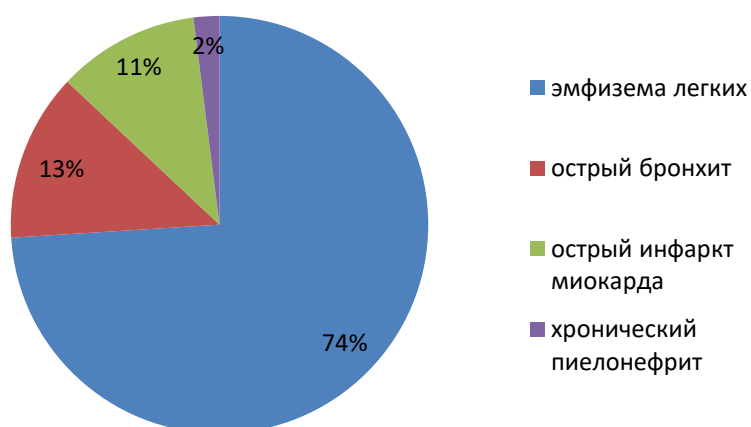


Рисунок 5. Осложнения бронхиальной астмы

На вопрос: «К факторам риска развития обострений бронхиальной астмы относятся» 69% студентов ответили, что внешнее воздействие: курение, 21% ответили, что инфекция мочеполовой системы, 6% ответили инфекция желудочно-кишечного тракта, и только 4% ответили внешнее воздействие: ультрафиолетовое облучение.

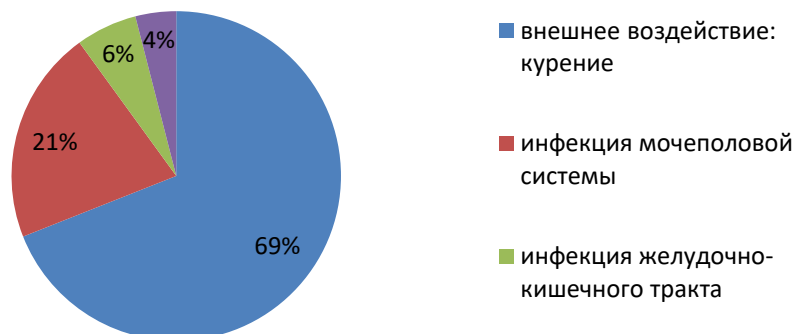


Рисунок 6. Факторы риска развития бронхиальной астмы

На вопрос: «В этиологии бронхиальной астмы важное значение имеет» 81% студентов ответили, что это наследственность, 14% ответили сопутствующие заболевания, 4% ответили, что грибковая инфекция и только 1% ответили возраст пациента.

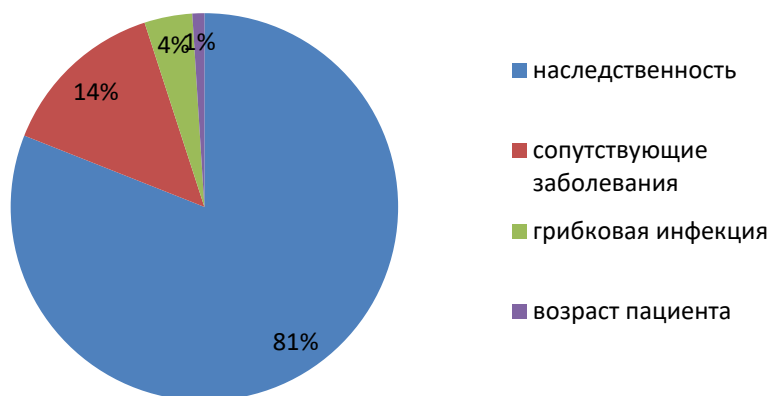


Рисунок 7. Этиология бронхиальной астмы

На вопрос: «Для профилактики приступов удушья при бронхиальной астме используется» 94% студентов ответили интал, 3% ответили беротек, 2% нитроглицерин, и только 1% ответили капотен

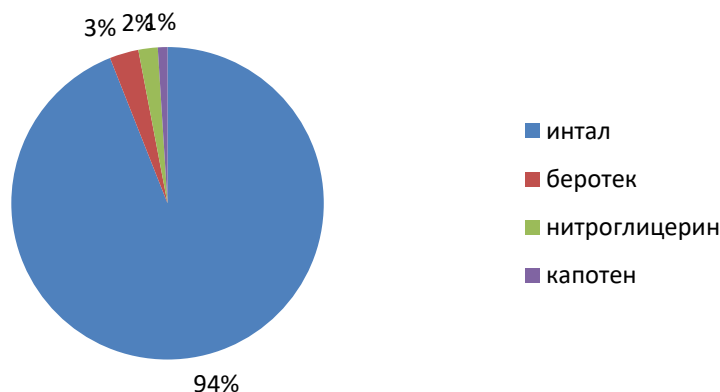


Рисунок 8. Профилактика бронхиальной астмы

На вопрос: «Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы» 81% студентов ответили, что сидя, с упором на руки, 16% ответили горизонтально, 2% ответили, что лежа на боку, и всего 1% ответили, что горизонтально с приподнятыми ногами.

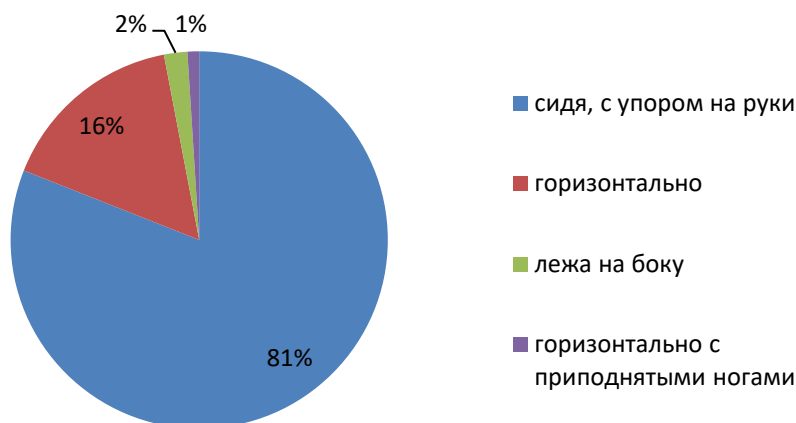


Рисунок 9. Вынужденное положение при приступе бронхиальной астмы

На вопрос: «Для долгосрочного контроля над астмой применяют» 74% студентов ответили, что короткодействующие  $\beta$  - адреномиметики, 22% ответили, что ингаляционные кортикостероиды, 3% ответили антихолинергические препараты, и только 1% аминофиллин.

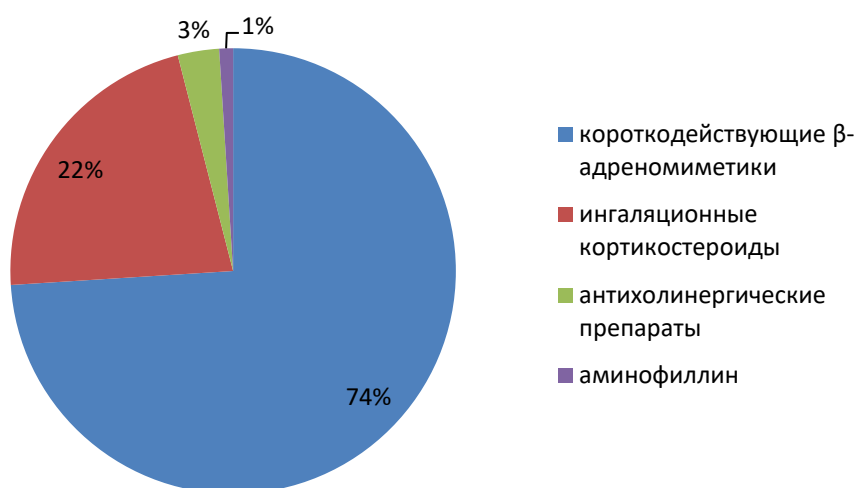


Рисунок 10. Применение для долгосрочного контроля

Учебно-исследовательская работа посвящена теме «Сестринский уход за пациентами с бронхиальной астмой».

Проведя обзор научной литературы и интернет источников, мы пришли к выводу, что бронхиальная астма – хроническое полиэтиологическое заболевание легких, проявляющееся периодически повторяющимися приступами удушья с затрудненным выдохом, развивающимся в результате нарушения бронхиальной проходимости, в основе

которой лежат бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов и повышенное образование слизи, нередко измененного состава.

К предрасполагающим к развитию бронхиальной астмы факторам относят: наследственность, гиперреактивность бронхов, аллергены (бытовые, грибковые, пыльцевые и аллергены животного происхождения), лекарственные средства, вирусы и вакцины, химические вещества, вирусные респираторные инфекции, недоношенность, поллютанты, табакокурение, триггеры.

Вакцинация (особенно АКДС) может стать пусковым фактором манифестации бронхиальной астмы.

У детей курящих родителей чаще развивается бронхиальная астма, они раньше начинают болеть респираторными вирусами заболеваниями.

Самыми частыми триггерами (факторы, вызывающие обострение бронхиальной астмы путем стимуляции воспаления в бронхах или провоцирования острого бронхоспазма или того и другого вместе) являются: контакт с аллергеном, респираторно - вирусные инфекции, физическая нагрузка, психоэмоциональная нагрузка, изменение метеоситуации, загрязнение воздуха, психологические факторы.

К проявлениям БА относятся приступообразный кашель (сухой или с выделением небольшого количества вязкой мокроты), который не облегчается обычными противокашлевыми средствами и устраняется только бронходилататорами.

Диагностика БА строится на основании анализа симптомов и анамнеза, а также исследования функции внешнего дыхания (ФВД). Введение лекарственных средств при БА осуществляют ингаляционным путем, преимущественного небулайзером, хотя используют и другие типы дозирующих ингаляторов, в том числе со спейсером, со спейсером и маской.

К базисным препаратам первого выбора, тормозящим воспалительный процесс в бронхах, относятся кромоглициевая кислота и недокромил.

При среднетяжелой и в первую очередь при тяжелой БА базисным является лечение ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГК).

Назначение бронхолитиков выполняет важную роль в повседневном лечении БА, так как приводит к снятию бронхоспазма и быстрому облегчению состояния пациента.

Профилактика приступов БА заключается в применении гипоаллергической диеты, снижении экспозиции аллергенов, исключении бытовых источников аллергии, проведении специфической и неспецифической иммунотерапии.

Реализовав и проводя анкетирование среди студентов, выявлен высокий уровень осведомленности о заболевании бронхиальная астма. Также наибольшая часть студентов считают, что основным симптом бронхиальной астмы это приступ удушья. Более 55% студентов считают, что пикфлоуметрия это определение пиковой скорости выдоха. А 82% студентов считают, что к устройствам – ингаляторам относятся небулайзеры. Данные анкеты об осложнениях бронхиальной астмы показали, что наибольшая часть студентов ответили, что это эмфизема легких. Так же, исходя из данных анкетирования, выяснено, что к факторам риска развития бронхиальной астмы, 69% студентов ответили, что относится внешнее воздействие: курение. Результат анкетирования о бронхиальной астме, показывает, что наибольшая часть студентов ответили, что в этиологии бронхиальной астмы важное значение имеет наследственность. Более 90% студентов считают, что в целях профилактики приступов удушья при бронхиальной астмы используют интал.

Данные анкетирования показали, что большинство студентов ответили, что вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы это сидя, с упором на руки. Так же, исходя из данных анкетирования, можно сделать вывод, что наибольшее количество студенты считают, что для долгосрочного контроля над астмой применяют  $\beta$  – адреномиметики.

Таким образом, цель работы «изучение сестринского ухода за пациентами с бронхиальной астмой» - достигнута, поставленные задачи решены, гипотеза доказана.

### Библиографический список

1. Бронхиальная астма у детей: причины заболевания, основные симптомы, лечение и профилактика [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.obozrevatel.com/health/bolezni/bronhialnaya-astma-u-detej.htm>
2. Ежова Н.В. Педиатрия / Е.М. Русакова. – М.: Медицина, 2008. – 418 с.
3. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Педиатрия с детскими инфекциями / А.М.Запруднов, К.И.Григорьев. – Москва: «ГЭОТАР-Медиа», - 2017. - 557 с.
4. Качаровская Е.В. Сестринское дело в педиатрии /Е.В. Качаровская. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. - 128 с.
5. Лечение бронхиальной астмы [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://mirsovetov.ru/a/medicine/diseases/bronchial-asthma.html>
6. Общие принципы диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://d-l.com.ua/ru-issue-article-116>
7. Розина Н.Н. Хронические заболевания легких у детей. Под ред. Н.Н. Розиной, Ю.Л. Мизерницкого. – М.: Практика, 2011. – 192 с.
8. Самсыгина Г.А. Кашель у детей (патофизиология, клиническая интерпретация, лечение) / Г.А. Самсыгина. – М.: ПедиатрЪ, 2016. – 240 с.
9. Севостьянова Н.Г. Сестринское дело в педиатрии / Н.Г. Севостьянова // Часть I и II. – М.: АНМИ, 2016. – 603 с.
10. Таточенко В.К. Популярная пульмонология детского возраста / В.К. Таточенко. - М.: Медицина, 2017. - 386 с.
11. Тульчинская В.Д. Сестринское дело в педиатрии / В.Д. Тульчинская. – Ростов н/Дону: Феникс, 2017. – 384 с.

### ПРИЛОЖЕНИЕ А

#### Анкета

Дорогой друг!

На базе ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» проводится исследование на тему: «Бронхиальная астма». Правила заполнения: прочитайте внимательно вопрос и выберите один из предложенных ниже ответов.

- 1) Знаете ли вы, что такое бронхиальная астма?
  - А) хроническое воспаление дыхательных путей
  - Б) заболевание, полностью излечимо под влиянием лечения

В) хроническое полиэтиологическое заболевание легких, проявляющиеся периодически повторяющимися приступами удушья с затрудненным выдохом, развивающимся в результате нарушения бронхиальной проходимости

- 2) Основным симптомом бронхиальной астмы?
  - А) инспираторная одышка
  - Б) кашель с гнойной мокротой
  - В) кровохарканье
  - Г) приступ удушья
- 3) Пикфлоуметрия это определение?
  - А) дыхательного объема
  - Б) жизненной емкости легких
  - В) остаточного объема
  - Г) пиковой скорости выдоха
- 4) К устройствам - ингаляторам относятся?
  - А) зонд Блэкмора
  - Б) катетер Сванц-Ганса
  - В) небулайзер
  - Г) маска Шиммельгуша
- 5) Осложнение, развивающееся при длительном течении бронхиальной астмы?
  - А) острый бронхит
  - Б) хронический пиелонефрит
  - В) эмфизема легких
  - Г) острый инфаркт миокарда
- 6) К факторам риска развития обострений бронхиальной астмы относятся?
  - А) внешнее воздействие: курение
  - Б) инфекция мочеполовой системы
  - В) инфекция желудочно-кишечного тракта
  - Г) внешнее воздействие: ультрафиолетовое облучение
- 7) В этиологии бронхиальной астмы важное значение имеет?
  - А) грибковая инфекция
  - Б) сопутствующие заболевания
  - В) наследственность
  - Г) возраст пациента
- 8) Для профилактики приступов удушья при бронхиальной астме используется?
  - А) капотен
  - Б) беротек
  - В) интал
  - Г) нитроглицерин
- 9) Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы?
  - А) горизонтальное
  - Б) горизонтальное с приподнятыми ногами
  - В) лежа на боку
  - Г) сидя, с упором на руки
- 10) Для долгосрочного контроля над астмой применяют?
  - А) аминофиллин

- Б) антихолинергические препараты
- В) ингаляционные кортикостероиды
- Г) короткодействующие  $\beta$  - адреномиметики

Ковтун Анна Николаевна,  
г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»  
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс  
Научный руководитель – преподаватель основ профилактики Невмержицкая И.И.  
E-mail: bmk.06@mail.ru

## **ПИТАНИЕ КАК ОСНОВНОЙ АСПЕКТ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ**

С самого начала существования человека, пища была неотъемлемой частью жизни. Актуальность исследования данной проблемы заключается в том, что из всех факторов, которые способствуют хорошему "качеству жизни" питанию принадлежит весьма важная роль.

Согласно современным представлениям, именно питание определяет продолжительность и качество жизни человека, создает условия для оптимального физического и умственного развития, поддерживает высокую работоспособность, повышает возможности организма противостоять воздействию неблагоприятных факторов, усиливает иммунитет. Качество и количество пищи, имеет одно из самых главных аспектов в поддержании здоровья человека. Рациональное и правильное питание является одним из важнейших составляющих здорового образа жизни. Правильное рациональное питание подразумевает своевременное употребление человеком не только хорошо приготовленной вкусной пищи, но и содержащей оптимальное для его жизнедеятельности соотношение необходимых пищевых веществ. Недостаток каждого пищевого вещества в организме человека влияет на состояние его здоровья. Человек нуждается не только в калориях, но и в наборе конкретных пищевых веществ- белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ, оптимальное соотношение которых в рационе достигается соответствующим подбором продуктов.

Ошибки в структуре питания, нехватка главных для организма макро- и микроэлементов, стали одним из ведущих факторов риска сохранения здоровья, нарушения деятельности адаптационно-регулирующих систем организма, а также развития и хронизации неинфекционных заболеваний. Нехватка времени и не развитость культуры питания привело к развитию не правильного питания населения. От качества и сбалансированности питания, зависит напрямую метаболизм и обмен веществ в организме.

К сожалению, рацион современного человека характеризуется несбалансированностью основных пищевых веществ и дефицитом биологически активных компонентов, что приводит к снижению сопротивляемости к простудным и инфекционным заболеваниям, усилению воздействия на организм вредных факторов окружающей среды, снижение иммунитета и качества жизни человека. Неадекватное

питание может привести к различным нарушениям, таким как дисбаланс макро и микроэлементов, которые формируют целого ряда факторов риска для развития различных заболеваний. Поэтому изучение и разбор данной темы, позволит ознакомить людей с важностью пищи в жизни и здоровье человека.

Целью работы является изучение основных аспектов питания, его значение и влияние в сохранение здоровья нашего организма.

Задачи исследования:

1. Изучение теоретической литературы по проблеме исследования.
2. Выявление условий, при которых происходит нарушения питания.
3. Провести анкетирование среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа».
4. Обработать полученные данные, сделать вывод и заключение по материалам работы.

Объект исследования: питание студентов.

Предмет исследования: значение пищи для здоровья студентов.

Гипотеза исследования: студенты Биробиджанского медицинского колледжа не в полной мере осознают важность рационального и правильного питания, а также его влияния для поддержки своего здоровья.

В ходе изучения литературы удалось выяснить, что питание — сложный процесс поступления, переваривания, всасывания и усвоения в организме пищи, необходимых для покрытия его энергетических трат, построения и возобновления клеток и тканей тела и регуляции функций организма.

Правильное питание – это способ питания, итогом которого является укрепление и улучшение здоровья, физических и духовных сил человека, Сбалансированное питание предусматривает наличие в пище необходимых, не синтезируемых в организме веществ, причем, крайне важно соблюдение соотношения компонентов пищи в рационе.

Компоненты пищи:

- Белки
- Жиры
- Углеводы
- Балластные вещества
- Витамины
- Минеральные вещества и микроэлементы

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

- Равновесие между поступающей с пищей энергией и энергией, расходуемой человеком во время жизнедеятельности.
- Удовлетворение потребностей организма в определенном количестве и соотношении пищевых веществ.
- Соблюдение режима питания.

Нерациональное питание — источник различных болезненных состояний, низкой физической и умственной работоспособности, сокращения продолжительности жизни.

Есть еще несколько признаков, сигнализирующих о неправильном питании:

- Нарушен питьевой режим – вы пьете мало воды (менее 1,5-2 л)
- Частые переедания

- Нет графика приема пищи

Тревожные симптомы того, что ваш рацион нуждается в корректировке:

- постоянная усталость, недостаток сил;
- нарушение концентрации, внимания, памяти;
- тусклые волосы, ломкие и тонкие ногти;
- проблемы с суставами, щелчки или скрип при отсутствии воспалений;
- частые проблемы со стулом.

Продукты, пагубно действующие на организм:

- всевозможные сладости (булочные и кондитерские изделия, печенье, шоколадные батончики, мороженое);

- копченая продукция, консервы;
- жирная, острая, соленая, жареная пища;
- чипсы, соленые орешки, сухарики;
- полуфабрикаты (хлопья, шарики, изделия из теста);
- газированная вода, промышленные соки.

И многие другие продукты питания, которые содержат большое количество различных Е-композиций, усилителей вкуса, консервантов, подсластителей, эмульгаторов, разрыхлителей, стабилизаторов.

Принципы составления меню правильного питания

- завтрак должен быть богат углеводами;
- ужин должен содержать большое количество углеводов;
- в каждый прием пищи необходимо включать продукты, содержащие клетчатку;
- если хочется съесть сладость, то это следует делать только в первой половине дня;
- важно правильно распределить калории.

Главные правила здорового и правильного питания:

1. Сократить жиры животного происхождения.
2. Увеличить в рационе продукты, богатые насыщенными жирными кислотами, такими как Омега.
3. Употреблять продукты, которые содержат клетчатку.
4. Употреблять в пищу свежеприготовленные блюда.
5. Не жарить на сливочном масле и полностью ликвидировать из рациона маргарин.
6. Отказаться от чрезмерно соленых продуктов.
7. Вместо молока употреблять молочнокислые продукты.
8. Мясо, рыбу и птицу употреблять свежеприготовленными и только с травами и овощами.
9. Каждый день есть салат из свежих овощей или фруктовый салат.
10. Использование чистых и свежих ингредиентов в приготовлении пищи.
11. Исключение сахара, сахаросодержащих изделий, мучной продукции, копченостей, полуфабрикатов, майонеза, а также алкоголя.
12. Употребление сухофруктов между основными приемами пищи.
13. Принятие пищи в случае непреодолимого чувства голода.
14. Правильное сочетание еды.
15. Разделение пищи на 4-5 приемов, состоящих из маленьких порций.

16. Ежедневное меню должно включать большую часть свежих овощей и фруктов.

17. Не пропускать утренний прием пищи, который должен состоять из злаковых изделий, фруктов, кисломолочной продукции.

18. Ужинать не позже, чем за 2-3 часа до сна.

В качестве объекта нашего исследования выступают студенты ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» в возрасте 19-29 лет. В анкетировании приняло участие 20 студентов.

Основным методом исследования в данной работе выбрана анкетная форма опроса. При этой форме опроса респондент отвечает наиболее правдиво, так как анкетирование проводится анонимно. Был проведён анализ собранных данных во время анкетирования.

Вопрос 1. Где Вы чаще всего питаетесь в учебное время? (Рисунок 1).



Рисунок 1. Где Вы чаще всего питаетесь в учебное время?

На данный вопрос опрошенные ответили следующие, 40% питается в буфете, 32% в столовой, 26% в ближайших точках питания от колледжа и всего 2% питаются принесённой с собой едой.

Таким образом, мы выяснили, что студенты предпочитают питаться полуфабрикатами (выпечка и готовая еда), которые продаются в буфете, на втором месте по посещаемости столовая колледжа, на третьи точки продажи еды вблизи и колледжа и только в последнюю очередь питаются тем, что готовят сами.

Вопрос 2. Если вы питаетесь в столовой колледжа, то какую продукцию вы предпочитаете чаще всего? (Рисунок 2).

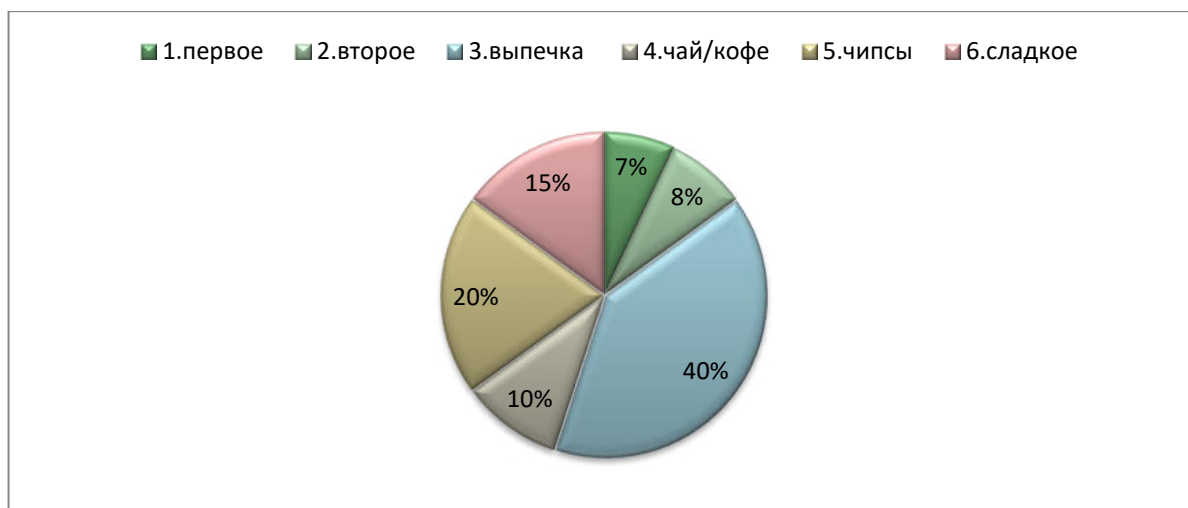


Рисунок 2. Если вы питаетесь в столовой колледжа, то какую продукцию вы приобретаете чаще всего?

В ходе изучения этого вопроса, было выяснено, что студенты медицинского колледжа предпочитают питаться вредной и тяжелой для организма пищей, выпечка, чипсы и газировки, а только потом чем-то более полезным.

Вопрос 3. Как вы думаете, влияет ли как-то питание на организм? (Рисунок 3).

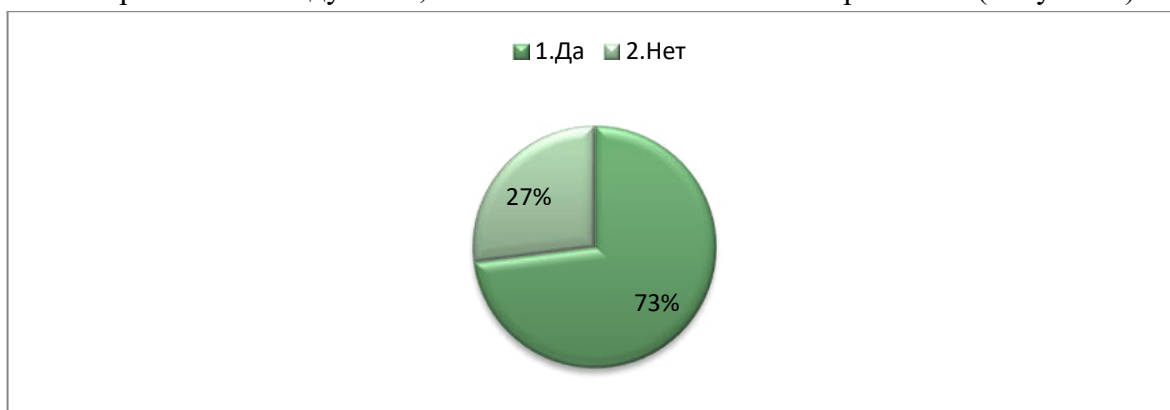


Рисунок 3. Как вы думаете, влияет ли как-то питание на организм?

На данный вопрос большинство опрошенных ответили, что они считают, что питание влияет на организм и только малая часть не согласна с этим.

Вопрос 4. Нужно ли правильно питаться? (Рисунок 4).

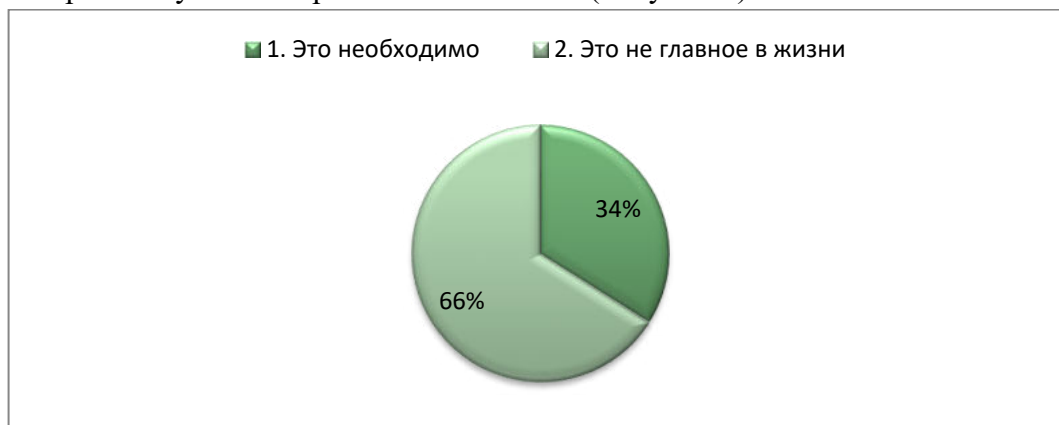


Рисунок 4. Нужно ли правильно питаться?

При анализе этого вопроса было выяснено, что для 66% студентов правильное не главное в их жизни и только 34% считают необходимостью поддерживать правильное питание.

Вопрос 5. Почему вы ограничиваете себя в правильном питании? (Рисунок 5).

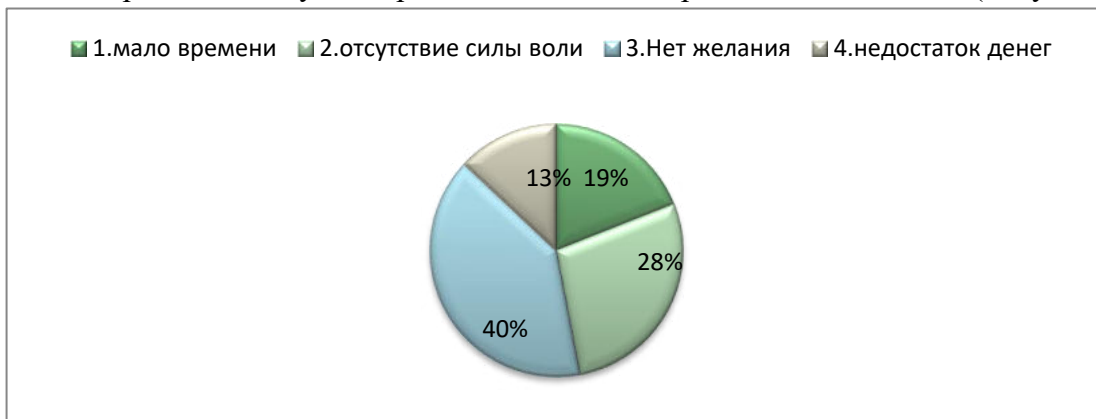


Рисунок 5. Почему вы ограничиваете себя в правильном питании?

При опросе было выявлено, что студентам мешает правильно питаться: 1) отсутствие желание, 2) нехватка силы воли, 3) ограниченность во времени или его нехватка и только потом 4) недостаток денег

Вопрос 6. Что вы подразумеваете под здоровым образом жизни? (Рисунок 6).

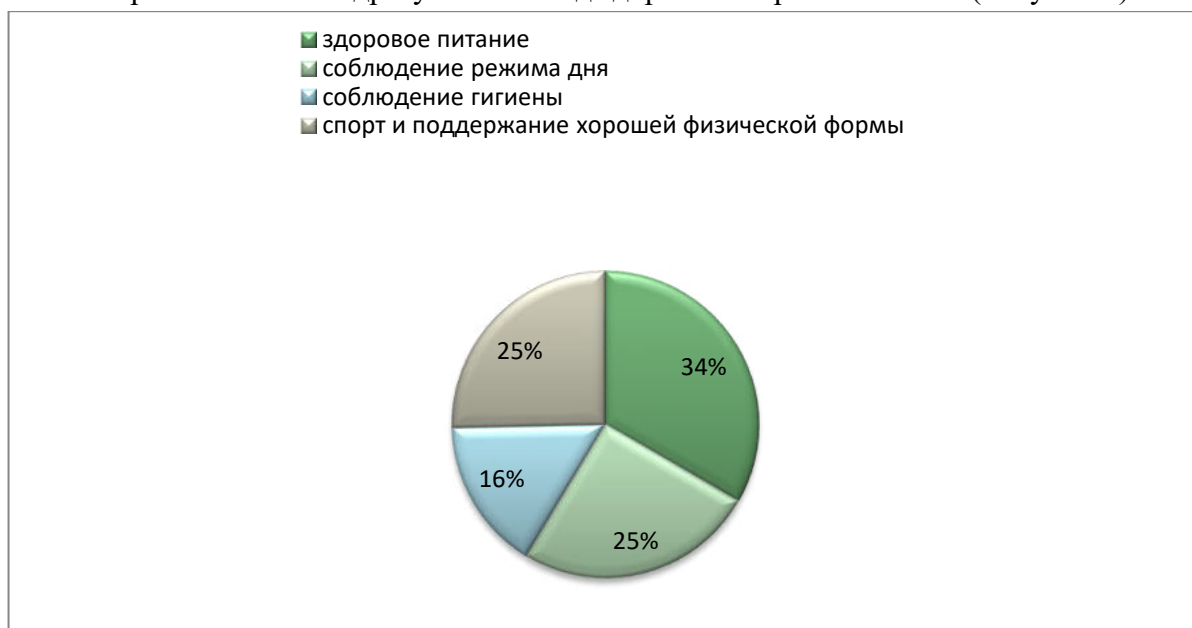


Рисунок 6. Что вы подразумеваете под здоровым образом жизни?

При данном опросе было выявлено, что студенты понимают, что такое здоровый образ жизни.

Вопрос 7. Ведете ли вы здоровый образ жизни? (Рисунок 7).

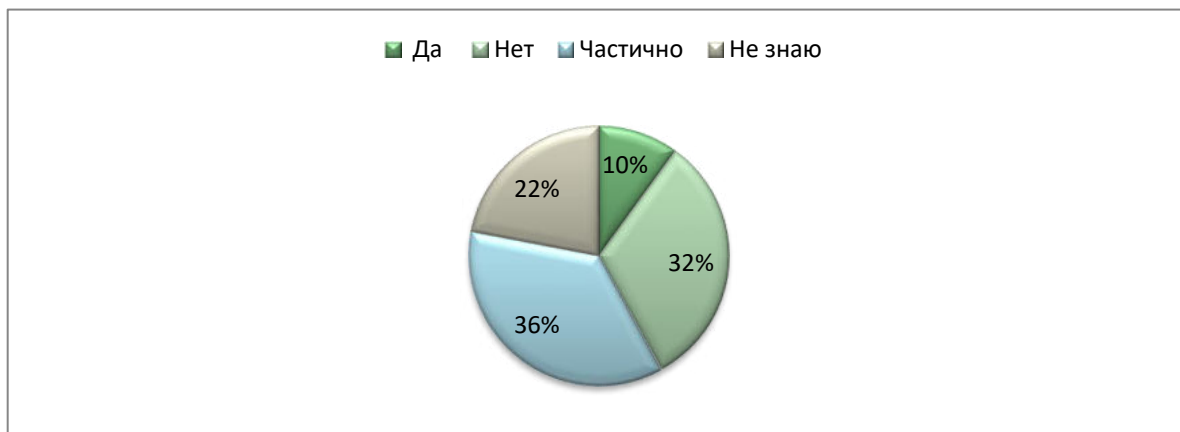


Рисунок 7. Ведете ли вы ЗОЖ?

Данный вопрос показал, что 22% студентов не знают, о том ведут ли они здоровый образ жизни, 36% ведут частично ЗОЖ, 32% не ведут ЗОЖ и только 10% ведут здоровый образ жизни.

Вопрос 8. Вы употребляете фастфуд и жирную пищу? (Рисунок 8).

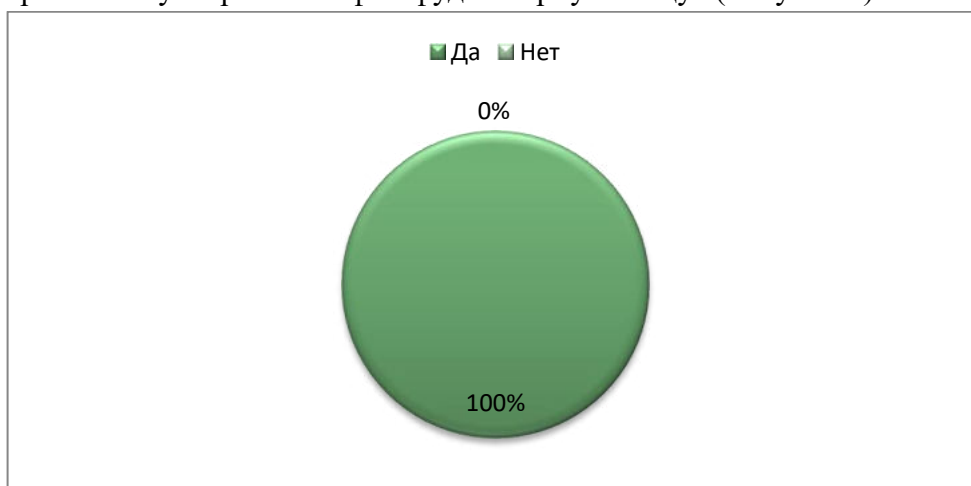


Рисунок 8. Вы употребляете фастфуд или жирную пищу?

По результатам анкеты все опрошенные употребляют в пищу фастфуд и жареную пищу.

Вопрос 9. Как часто вы употребляете фастфуд и жирную пищу (Рисунок 9).

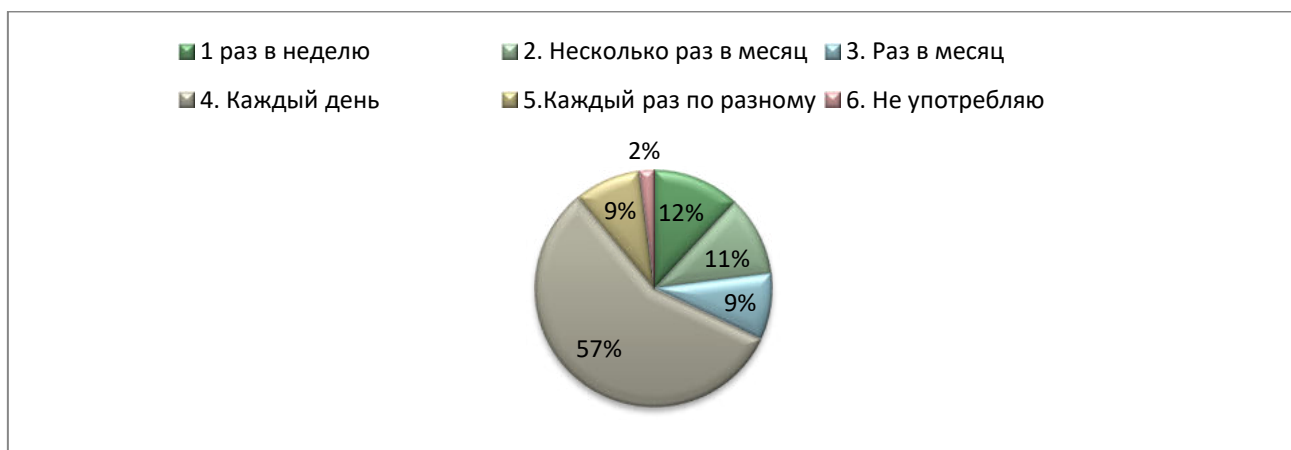


Рисунок 9. Как часто вы употребляете фастфуд и жирную пищу?

На данный вопрос большинство ответило, что употребляют фастфуд и жареную пищу каждый день и только 2% не употребляют вообще.

Вопрос 10. Какой ваш режим питания? (Рисунок 10).



Рисунок 10. Какой ваш режим питания?

По данным опроса показало, что чаще у студентов нет регулярного режима питания.

Вопрос 11. Как часто вы употребляете свежие овощи и фрукты? (Рисунок 11).

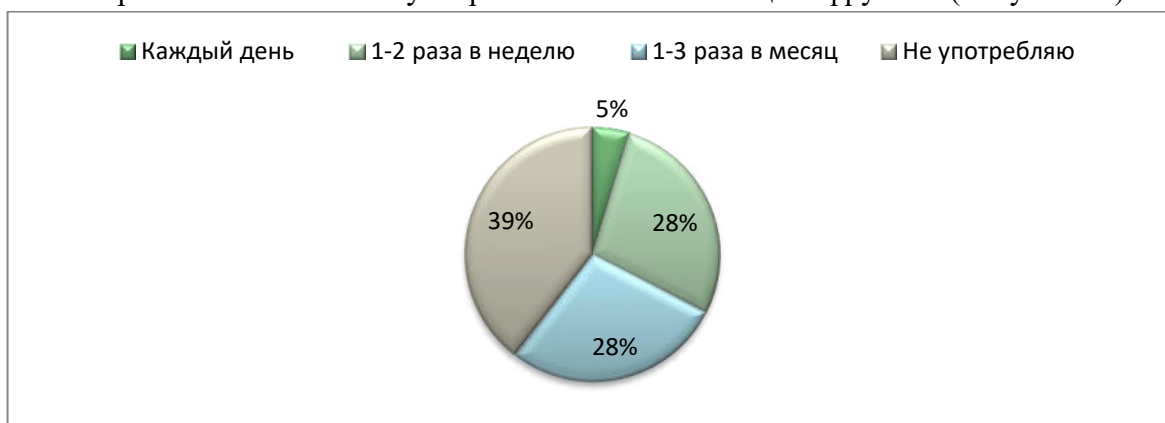


Рисунок 11. Как часто вы употребляете свежие овощи и фрукты?

Из данных этого вопроса анкеты, видно, что 39% студентов Биробиджанского медицинского не часто употребляют или совсем не едят свежие овощи и фрукты и только 5% ест их каждый день.

Вопрос 12. Знаете ли вы какая разница между правильным и рациональным питанием? (Рисунок 12).

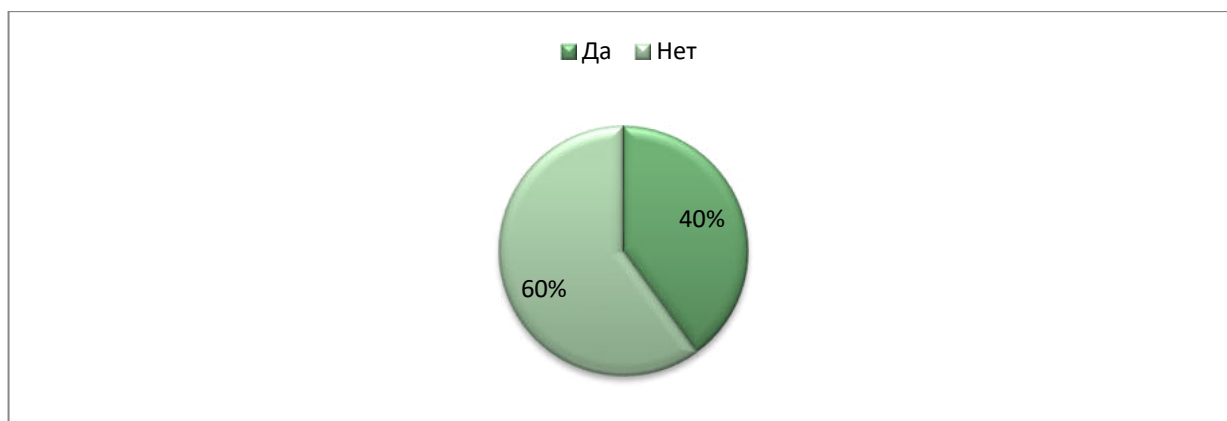


Рисунок 12. Знаете ли вы какая разница между правильным и рациональным питанием?

На данный вопрос 60% студентов БМК не знают о различии рационального и правильного питания и 40% ответили что знают.

Вопрос 13. Как вы оцениваете свой рацион питания? (Рисунок 13).



Рисунок 13. Как вы оцениваете свой рацион питания?

На данный вопрос 15% затруднились с ответом, 17% ведут здоровое питание, 28% ведут приближенное к здоровому питанию и 40% не придерживаются никаких принципов в питании.

Вопрос 14. Сколько раз в течение дня вы питаетесь? (Рисунок 14).



Рисунок 14. Сколько раз в течение дня вы питаетесь?

Из вопроса анкеты, мы видим что в основном студенты питаются 4-3 раза в день, но при этом переедая что составило 40%. 32% студентов питаются 3-4 раза в день, но в умеренных количествах. 16% питаются 2 раза в день и 18% 1 раз с небольшими перекусами.

Вопрос 15. Пытаетесь ли вы ограничивать себя в употреблении вредной пищи? (Рисунок 15).

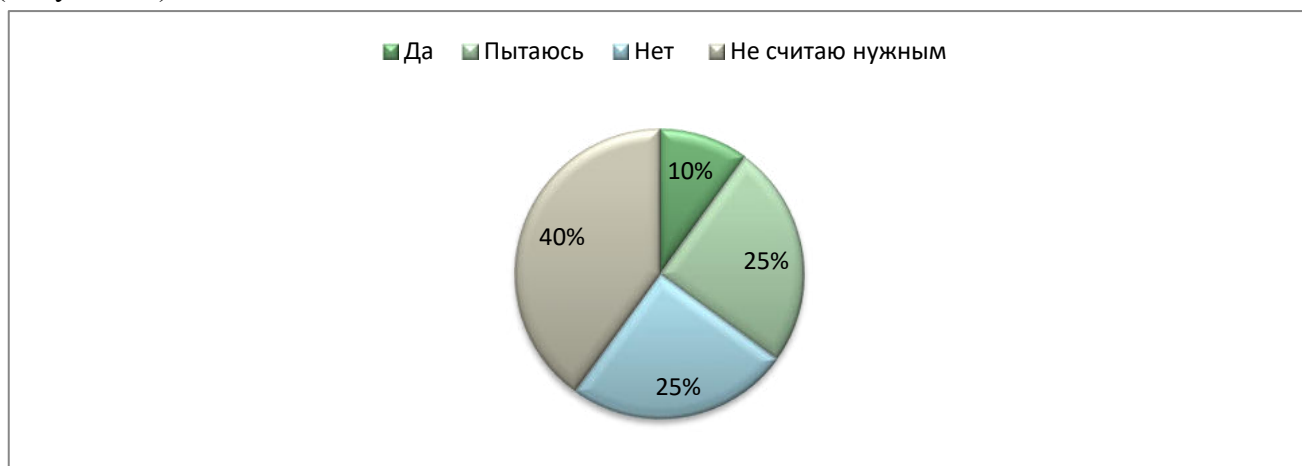


Рисунок 15. Пытаетесь ли вы ограничивать себя в употреблении вредной пищи?

На данный вопрос анкеты, мы получили следующие ответы: 40% не считают нужным ограничивать себя в употреблении вредной пищи, 10% ограничивают, 25% пытаются и 25% не ограничивают совсем.

Вопрос 16. Имеется ли у вас лишний вес? (Рисунок 16).

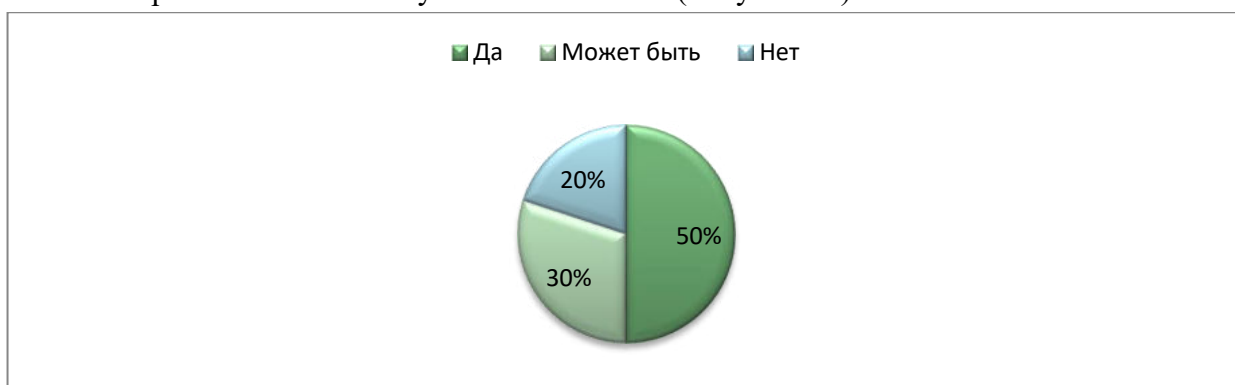


Рисунок 16. Имеется ли у вас лишний вес?

На данный вопрос у 50% студентов БМК имеется лишний вес, у 30% возможно он есть, но небольшой и только у 20% он отсутствует.

Проанализировав результаты анкетирования, можно сделать несколько выводов:

Во-первых, половина студентов, участвующих в анкетировании, не имеют представление о том, что такое правильное и рациональное питание, вследствие чего у

них нет представления как действовать в этих направлениях, что в свою очередь несёт большие последствия, для их организма. Из-за чего у большинства опрошенных студентов имеется ожирение, либо лишний вес.

Во вторых, наличие знаний о рациональном и правильном питании, у второй половины участников, не даёт им возможности правильно питаться, в ходе анкетирования было выяснено, что этому мешает: нехватка финансов для покупки качественных продуктов питания; отсутствие желания, заниматься приготовлением более качественной пищи, так как считают удобным потратить деньги на покупку фастфуда, выпечки, чипсов и газировки; так же отсутствие времени и нехватки силы воли, что приводит к выбору уже готовых полуфабрикатов. Наряду с этим, опрошенные студенты не регулярно соблюдают режим питания: нарушают кратность приема пищи, питьевой режим, сбалансированность питания.

При анализе анкет можно сделать следующие выводы, что половина студентов, участвующих в анкетировании, не имеют представление о том, что такое правильное и рациональное питание, что в свою очередь несёт большие последствия, для их организма. Так же наличие знаний о рациональном и правильном питании, у второй половины участников не даёт им возможности правильно питаться, в ходе анкетирования было выяснено, что этому мешает: нехватка финансов для покупки качественных продуктов питания; отсутствие желания, заниматься приготовлением более качественной пищи, так как считают удобным потратить деньги на покупку фастфуда, выпечки, чипсов и газировки; так же отсутствие времени и нехватки силы воли, что приводит к выбору уже готовых полуфабрикатов. Наряду с этим, опрошенные студенты не регулярно соблюдают режим питания: нарушают кратность приема пищи, питьевой режим, сбалансированность питания.

Цель работы достигнута. Проставленные задачи решены. Гипотеза о том, что студенты Биробиджанского медицинского колледжа, не в полной мере осознают важность рационального и правильного питания, а также его влияния для поддержки своего здоровья доказана.

### **Библиографический список**

- 1.ЗОЖ с Еленой Жмуриной / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://m.facebook.com/zozhselenoyzhmurinoy/photos/a.244470609580130/533570087336846/?type=3>
- 2.Коротко о принципах рационального питания / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://articular.ru/zdorovoe-racionalnoe-pitanie-racionalnoe-pitanie/>
- 3.Особенности питания студентов / [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://studbooks.net/1987978/meditsina/osobennosti\\_pitaniya\\_studentov](https://studbooks.net/1987978/meditsina/osobennosti_pitaniya_studentov)
4. Пирамида питания / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
- 5.Пирамида здорового питания – 5 золотых правил / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://infopedia.su/17x88e8.html>
6. Пирамида здорового питания – 5 золотых правил / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://infopedia.su/17x88e8.html>

7.Рациональное питание / [Электронный ресурс]. - Режим доступа:  
<http://kcvmir.ru/publications/2016/racionalnoe-pitanie>

8.Рациональное питание - как основной фактор здоровья / [Электронный ресурс]. –  
Режим доступа: <https://www.informio.ru/publications/id6134/Racionalnoe-pitanie-kak-osnovnoi-faktor-zdorovja>

Ефрюшкина Александра Игоревна

г. Биробиджан, ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»

Лечебное дело, 1 курс

Научный руководитель – преподаватель физической культуры Андреев А.П.

E-mail: ggxhbhgbndnj@gmail.com

## **ЗДОРОВЬЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА**

Здоровье – бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества, здоровье помогает человеку выполнять планы, успешно решать основные жизненные задачи, преодолевать трудности, а если придется, то и значительные перегрузки. 21 век характеризуется ростом заболеваемости и смертности населения, не смотря на достижения медицины, совершенства технических средств диагностики и лечения болезней. Известно, что уровень здоровья любого человека зависит от различных факторов: социально-экономических, экологических, наследственных, деятельности системы здравоохранения. Но, по данным Всемирной организации здравоохранения, он лишь на небольшую долю связан с последним фактором, в определенной степени обусловлен генетическими факторами, на четверть его определяют экологические условия и на половину от условий и образа жизни человека. Отсюда следует, что первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья все же принадлежит самому человеку, его ценностям, его образу жизни, установкам, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением. Первостепенной задачей для повышения уровня здоровья должна сознательная, целенаправленная работа самого человека по восстановлению и развитию жизненных ресурсов, по принятию на себя ответственности за собственное здоровье, превращению здоровый образ жизни в потребность.

Актуальность научного исследования проводимого в данной работе, заключается в том, что важнейшей практической задачей здравоохранения является профилактика современных заболеваний людей и обеспечение условий для укрепления здоровья каждого человека и всего населения в целом.

Цель работы: Изучение влияния образа жизни на здоровье человека.

Задачи:

- подобрать и изучить литературу и интернет ресурсы по теме работы;
- изучить теоретические аспекты здорового образа жизни
- изучить основы и методы по формированию здорового образа жизни.
- дать рекомендации по улучшению здоровья.
- провести исследование уровня информированности о здоровом образе жизни среди студентов Биробиджанского медицинского колледжа.

Объект исследования: Образ жизни человека.

Предмет исследования: влияние образа жизни на здоровье человека.

Методы исследования:

- Анкетирование,
- анализ документации,
- описание результатов анкетирования.

Гипотеза: Здоровый образ жизни положительно влияет на здоровье человека.

Здоровый образ жизни — индивидуальная система поведения человека, направленная на сохранение и укрепление здоровья.

Существующие определения здоровья человека, как правило, содержат пять критериев:

- отсутствие болезни;
- нормальное функционирование организма в системе «человек — окружающая среда»;
- полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие;
- способность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде;
- способность к полноценному выполнению основных социальных функций.

В уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указано, что здоровье — это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Здоровый образ жизни — это индивидуальная система поведения человека, обеспечивающая ему физическое, душевное и социальное благополучие в реальной окружающей среде (природной, техногенной и социальной) и активное долголетие.

Здоровый образ жизни создает наилучшие условия для нормального течения физиологических и психических процессов, что снижает вероятность различных заболеваний и увеличивает продолжительность жизни человека.

Для того чтобы сформировать систему здорового образа жизни, необходимо знать факторы, которые положительно влияют на здоровье человека.

К ним можно отнести:

- Режим дня — это определенный принятый человеком распорядок основных активностей в течение дня: труда, отдыха, питания, спорта. Режим дня составляется с целью наиболее рационального и гармоничного использования времени.

Режим дня влияет на все сферы нашей жизни, от него в большой степени зависит насколько мы успешны и продуктивны. Следование режиму дня формирует в человеке такие качества как целеустремленность, собранность, организованность, силу воли.

Ритмичность свойственна человеческому организму и жизни всех организмов в целом. Гармоничное построение режима дня и его соблюдение сближает нас с природными ритмами.

Формирование привычки соблюдать правильный режим дня позволяет наиболее разумно и эффективно распределить ваше время.

Каждый человек может составить свой режим дня, подходящий именно ему, в зависимости от работы, привычек, особенностей организма. Но все же существуют некоторые универсальные принципы функционирования биологических часов человека, периодов активности и отдыха. Знание закономерностей работы биологических часов поможет составить режим дня.

Периоды активности среднестатистического человека:

6:00 — 12:00 происходит скачок кровяного давления, выработка гормона стресса кортизола. Человек достигает наивысшей готовности и бдительности за весь день.

12:00 — 18:00 повышается температура тела, растёт скорость реакции. Это время наибольшей координации и собранности.

18:00 — 24:00 начинается выработка гормона сна мелатонина, организм готовится ко сну, продуктивность постепенно снижается.

24:00 — 6:00 температура тела снижается, наступает время самого глубокого сна.

Основой режима дня, является режим сна. Регулярное недосыпание приводит к расстройствам нервной системы, при этом считается, что здоровый сон человека должен быть не менее 6-8 часов, но не берётся во внимание, что главной особенностью является время, в которое человек засыпает. У каждого органа и системы есть свое определённое время для отдыха.

- **Закаливание** — это комплексная система оздоровительных действий, направленных на достижение устойчивости (неприемлемости) организма к вредным для здоровья метеорологических и других факторов.

Средствами закаливания являются: солнце, воздух, вода.

Различают следующие формы закаливания: солнечные и воздушные ванны; водные процедуры (обливание, обтирание, души, ванны, зимнее плавание), народные формы (хождение босиком, использование бань).

Основная задача закаливания — совершенствование системы терморегуляции, что достигается при соблюдении определенных принципов:

- Регулярность закалывания, а не время от времени (при отсутствии подкрепления уже выработанный условный рефлекс исчезает).

- Постепенное увеличение продолжительности и интенсивности закаливающих процедур. Необходимость учета индивидуальных особенностей организма, уровня здоровья, восприимчивости к действию закаливающих факторов, их переносимости.

- Комплексное использование физических факторов — холода, тепла, облучения (видимыми, ультрафиолетовыми и инфракрасными лучами), механического воздействия воздуха, воды. Сочетанное применение в тренировке человека слабых и сильных, коротких и замедленных, средних по силе и времени охлаждений для подготовки организма к восприятию широкого диапазона перепадов температуры.

- Выполнение закаливающих процедур на разном уровне теплопродукции организма для повышения его устойчивости в покое и в условиях двигательной активности человека.

- Закаливание не только уязвимых к воздействию физического воздействия частей тела (стоп, шеи, области поясницы), но и всего организма (это связано с тем, что при применении локального закаливание, то есть когда охлаждаются, например, нижние конечности, устойчивость к холоду незакаленных участков тела снижается).

- **Питание и здоровье.**

Питание за всю историю существования человека всегда было важным и устойчивым фактором среды, постоянно влияет на состояние здоровья. Нарушение состава питания, уменьшение одних и увеличение других потребительских веществ приводит к различным заболеваниям. При этом под рациональным питанием понимают правильно организованное и своевременное снабжение организма хорошо приготовленной и вкусной пищи, которая содержит оптимальное количество различных веществ, необходимых для его развития и функционирования. К таким веществам относятся белки, жиры и углеводы, минеральные соли, витамины, микроэлементы, которые обеспечивают непрерывное обновление органов и тканей, постоянный приток энергии.

Основные принципы рационального питания:

1. Соблюдение равновесия между энергией, поступающей и энергетическими затратами организма при выполнении всех видов деятельности в течение суток.
2. Применение сбалансированного соотношения белковых, жировых, углеводных, витаминных и других компонентов рациона.
3. Соблюдение рационального режима питания: регулярности, мелкости, оптимальное распределение пищи в течение дня и во время каждого приема. Соотношение углеводов, жиров и белков в здоровой пище должно составлять в процентах 60:30:10. Образно это иллюстрирует так называемая «пирамида здорового питания», предложенная американскими специалистами. В ней объемы различных продуктов представлены в порциях.
4. Учет возрастных потребностей организма в питании и двигательной активности ориентируется на возрастные изменения обмена веществ, физиологических функций и необходимой профилактической направленности питания. При выполнении этого требования можно значительно увеличить творческое долголетие, предупредить развитие атеросклероза, ожирения, сахарного диабета, гипертонической болезни, нарушения жирового обмена, обмена веществ.
5. Обеспечение индивидуального питания. Нормы и рацион питания необходимо составлять для конкретного человека с полным знанием индивидуальных особенностей.

- Физическая культура и спорт.

Важнейшим условием ЗОЖ является активный двигательный режим, который основан на регулярных тренировках. Занятие спортом позволяет укрепить и сохранить здоровье, развить физические качества человека, сыграть огромную роль в обеспечении профилактики изменений возрастного характера.

Физическое развитие характеризуется следующими качествами:

- увеличение уровня силового критерия;
- развитие выносливости и быстроты;
- работа над улучшением ловкости;
- работа над гибкостью человеческого тела.

Работа над каждым из них укрепляет здоровье. Однако не каждое качество будет повышать уровень здоровья в том же объеме, как и другие. Чтобы произошло формирование устойчивости к болезням, требуется развивать выносливость, являющееся самым ценным качеством. Желательно, чтобы выносливость развивалась в тесной взаимосвязи с закаливанием и другими элементами здорового образа жизни.

Физическое воспитание требуется прививать человеку с детства, так как оно позволяет укрепить сердечно-сосудистую систему, развить костный и мышечный скелет.

Физические нагрузки дадут положительный результат при соблюдении трех важных правил:

- требуется тщательно подбирать систему упражнений в зависимости от уровня здоровья человека;
- нельзя заниматься спортом во время болезни или в первые дни после излечения;
- не следует выполнять упражнения за час до или в течение 2 часов после приема пищи.

Во время спортивных занятий человеческий организм отвечает на него встречной реакцией, активизируя все внутренние органы и системы. Из-за этого происходит расход энергии и улучшение костного и мышечного скелета спортсмена, а также растет подвижность нервных процессов.

Именно благодаря регулярным спортивным тренировкам достигается эффективный рост уровня физической подготовленности человека. С целью достижения максимального оздоровления и улучшения телосложения многие люди придерживаются принципов здорового образа жизни. Это способствует повышению тяги к соблюдению режима занятий спортом, а также ускоряет появление желаемого результата.

Наше здоровье зависит от состояния окружающей среды. Чистая вода, свежий воздух и плодородная почва — все это необходимо людям для их полноценного и здорового существования.

Загрязненный воздух может стать источником проникновения вредных веществ в организм человека через органы дыхания. Грязная вода может содержать патогенные микроорганизмы или токсичные соединения, которые попадут вместе с ней в желудочно-кишечный тракт. Загрязнение почвы и грунтовых вод уменьшает продуктивность сельскохозяйственных угодий. Все это представляет угрозу для здоровья человека.

Природа — это многочисленные живые организмы в их естественной среде обитания, которые естественным образом стремятся объединиться в группы или популяции. Популяции растений и животных обитают в среде, состоящей из неживых компонентов, которыми могут быть воздух, вода, почва.

Человек издавна рассматривал окружающую природную среду в основном как источник ресурсов. При этом большую часть взятых от природы ресурсов возвращал ей в виде отходов. В результате жизнедеятельности человека происходит постоянное загрязнение атмосферы, почв и природных вод, что отрицательно сказывается на здоровье людей.

В одних случаях происходит загрязнение газообразными веществами, в других — взвешенными частицами. Газообразные примеси включают в себя оксиды углерода, азота, серы и углеводороды. Наиболее распространенные твердые примеси — это частицы пыли и сажи.

К основным источникам загрязнения атмосферы относятся предприятия топливно-энергетического комплекса, транспорт, промышленные предприятия.

Наиболее опасным для здоровья человека является радиоактивное загрязнение окружающей среды, на которое оказывают влияние радиоактивные осадки, работа атомных электростанций и захоронение радиоактивных отходов.

Деградация окружающей природной среды, прежде всего, сказывается на здоровье и состоянии генетического фонда людей.

Существует ряд привычек, которые серьезно вредят его здоровью. Они способствуют быстрому расходованию всего потенциала возможностей человека, преждевременному его старению и приобретению устойчивых заболеваний. К таким привычкам прежде всего надо отнести употребление алкоголя, наркотиков и курение.

Алкоголь. Алкоголь, или спирт, является наркотическим ядом, он действует прежде всего на клетки головного мозга, парализуя их. Доза 7—8 г чистого спирта на 1 кг массы тела является смертельной для человека. По данным Всемирной организации здравоохранения, алкоголизм ежегодно уносит около 6 млн человеческих жизней.

Алкоголь оказывает на организм глубокое и длительное ослабляющее действие. Прием даже небольших доз алкоголя понижает работоспособность и ведет к быстрой утомляемости, рассеянности, затрудняет правильное восприятие событий.

Некоторые люди считают спиртное чудодейственным лекарством, способным излечивать чуть ли не все болезни. Между тем исследования специалистов показали, что алкогольные напитки никакими целебными свойствами не обладают.

Алкоголь пагубно влияет на органы и системы организма человека. При длительном его употреблении развиваются хронический гепатит и цирроз печени. Алкоголь вызывает (в том числе и у лиц молодого возраста) нарушения регуляции тонуса сосудов, сердечного ритма, обмена в тканях сердца и мозга, необратимые изменения клеток этих тканей. Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и другие поражения сердечно-сосудистой системы вдвое чаще приводят к смерти употребляющих спиртное, чем непьющих. Алкоголь оказывает вредное влияние на железы внутренней секреции и в первую очередь на половые железы; снижение половой функции наблюдается у 1/3 лиц, злоупотребляющих спиртными напитками.

Курение — вредная привычка, заключающаяся во вдыхании дыма тлеющего табака, — это одна из форм токсикомании. Оно оказывает отрицательное влияние на здоровье курильщиков и окружающих лиц.

Содержащийся в табачном дыме никотин практически мгновенно попадает в кровоток через альвеолы легких. Кроме никотина в табачном дыме содержится большое количество продуктов сгорания табачных листьев и веществ, используемых при технологической обработке, оказывающих вредное влияние на организм.

По данным фармакологов, табачный дым кроме никотина содержит угарный газ, синильную кислоту, сероводород, углекислоту, аммиак, эфирные масла и концентрат из жидких и твердых продуктов горения и сухой перегонки табака, называемый табачным дегтем. В последнем содержится около сотни химических соединений веществ, в том числе радиоактивный изотоп калия, мышьяк и ряд ароматических полициклических углеводородов — канцерогенов, химических веществ, воздействие которых на организм может вызвать рак.

Отмечено, что табак вредно действует на организм, и в первую очередь на нервную систему, вначале возбуждая, а затем угнетая ее. Память и внимание ослабевают, работоспособность понижается. Никотин нарушает деятельность сердечно-сосудистой системы. Табак вызывает воспаление носоглотки и гортани, хронический бронхит, функция легких под влиянием курения ослабевает, процесс обмена углекислоты на кислород затрудняется.

Постоянное курение, как правило, сопровождается бронхитом. Хроническое раздражение голосовых связок сказывается на тембре голоса. Он теряет звонкость и чистоту, что особенно заметно у девушек и женщин.

Наркомания — это тяжелое заболевание, вызываемое злоупотреблением наркотиков, вследствие приобретенного патологического пристрастия к ним.

Под наркотиком понимают химические вещества синтетического или растительного происхождения, лекарственные средства, которые оказывают особое, специфическое действие на нервную систему и весь организм человека, приводят к снятию болевых ощущений, изменению настроения, психического и физического тонуса.

Достижение этих состояний с помощью наркотиков называется наркотическим опьянением.

Больными наркоманией чаще становятся лица, легко поддающиеся внушению, лишенные интересов, плохо контролирующие свои желания.

Скорость развития наркомании зависит от химического строения наркотика, способа его введения, частоты приема, дозировки и индивидуальных особенностей организма.

Начальным этапом наркомании является переход от эпизодического к регулярному приему наркотика, появление влечения к наркотическому опьянению. Если в начале приема наркотиков у человека возникает субъективно неприятное состояние, то вскоре оно исчезает и каждый прием наркотиков вызывает эйфорию.

По мере развития наркомании повышается выносливость к наркотику, прежние дозы не дают эйфории, начинается прием все больших и больших доз, изменяется картина действия наркотика.

Прекращение приема наркотиков приводит к болезненным состояниям.

Развитие наркомании приводит к неуклонному снижению эйфоризирующего действия наркотика и усилению психических и физических расстройств организма. Во всех случаях отмечается деградация личности (сужение интересов, прекращение общественно полезной деятельности и т.д.).

Единственной целью больных наркоманией становится приобретение и употребление наркотика, без которого их состояние становится тяжелым.

Влияние образа жизни на здоровье человека колоссально! Человек, ведущий здоровый образ жизни, чувствует себя полным сил, реже посещает врачей и имеет явно больше преимуществ, чем те, кто не следит за здоровьем и имеет вредные привычки.

Здоровый образ жизни - это и психологическое равновесие. Сегодня у многих людей времени, чтобы остановиться, обратить внимание на свое здоровье просто нет.

Как отсутствие физических нагрузок влияет на здоровье человека?

О том, что отсутствие физических нагрузок негативно влияет на здоровье человека, известно всем. Однако очень много людей по-прежнему продолжают вести малоподвижный образ жизни: подолгу сидят за компьютером (дома и на работе), отдыхают, лежа на диване, и полностью игнорируют любые упражнения. В результате с годами у них появляется немало проблем со здоровьем. Итак, поговорим о том, какие последствия низкая физическая активность несет для организма и что с этим делать.

Что такое малоподвижный образ жизни?

По сути, малоподвижность — это пассивный образ жизни, при котором физическая активность присутствует в минимальном количестве либо отсутствует полностью. К сожалению, его ведут не только те, у кого сидячая работа, но даже домохозяйки, пенсионеры и дети. Малоподвижностью принято считать отсутствие ходьбы, бега, активных игр, отдыха и т. д.

Причины снижения двигательной активности у людей

К снижению физической активности людей привело развитие научно-технического прогресса. С одной стороны, увеличилось количество офисных и удаленных профессий, автоматизировалось производство. С другой — появился интернет, много разных гаджетов, выпускается новейшая бытовая техника, интерактивные игрушки и пр. Все это

облегчает людям жизнь и способствует тому, что они начинают вести сидячий, пассивный образ жизни.

#### Результаты отсутствия физических нагрузок

Отсутствие физических нагрузок приводит к тому, что у людей, причем нередко у молодых, развивается много серьезных и хронических заболеваний, которыми раньше страдали только пожилые пациенты. Самое страшное то, что часто борьба с ними не дает никаких результатов. Речь идет о следующих патологиях:

- **Ожирение**

При снижении физической активности замедляется метаболизм, сокращается расход калорий, а их излишки преобразуются в жиры. В результате тело становится менее упругим, увеличивается его объем, развиваются сахарный диабет, патологии сердца, сосудов, костного скелета и т.д.

- **Нарушение работы сердца**

Даже отказ от самых простых гимнастических упражнений приводит к нарушению кровообращения. В результате ухудшается состав крови, появляется налет на стенках сосудов, что часто становится причиной сердечного приступа и развития атеросклероза.

- **Появление хрупкости костей, атрофия мышечных тканей**

Это приводит к ухудшению осанки, появлению ревматизма, остеопороза, артрита и т. д.

- **Сахарный диабет, который негативно воздействует на органы пищеварения**

Даже элементарная физическая нагрузка и простые гимнастические упражнения способны снизить количество сахара в крови и инсулина.

- **Старение организма**

Пассивный образ жизни способствует укорачиванию теломер («защитных колпачков»), расположенных на концах хромосом. В результате признаки старения организма появляются раньше времени.

- **Расстройства психического характера**

С развитием заболеваний ухудшается самочувствие, появляется лишний вес, увеличиваются объемы тела, понижается самооценка. Это провоцирует развитие депрессии, чувства тревоги и психических расстройств.

- **Патологии опорно-двигательного аппарата**

Очень часто результатом отсутствия физических нагрузок при сидячем образе жизни является появление остеохондроза, радикулита, межреберной невралгии и т. д.

- **Развитие запора и, как следствие, геморроя**

Малоподвижность, длительное пребывание в сидячем положении провоцируют развитие застойных явлений, нарушение перистальтики кишечника.

- **Ухудшение эректильной функции**

Воспаление предстательной железы, бесплодие у мужчин.

И что делать, чтобы избежать всех этих страшных последствий?

Выбирать подходящий индивидуально Вам вид физической активности и вписывать его в свою жизнь на регулярной основе. Не обязательно уматывать себя изнурительными тренировками в спортзале, можно начать с того, чтобы по пути на работу выходить из автобуса или парковаться на пару остановок раньше и остаток пути проходить пешком. Езда на велосипеде, бассейн, пешие прогулки, утренняя зарядка, йога,

бег, верховая езда – существует множество способов поддерживать свое здоровье, а также получать положительные эмоции от процесса. Важно найти то, что подойдет именно Вам.

Здоровый образ жизни имеет 7 основных «столпов»: физическая активность, сбалансированное питание, отсутствие вредных привычек, гигиенический уход, полноценный сон и отдых, оздоровительные процедуры и эмоциональный настрой. Если следить за всеми этими аспектами, качество жизни и самочувствие существенно улучшаются.

- Соблюдение правильного питания

Здоровье внутренних органов, внешний облик, самочувствие и иммунитет напрямую зависят от того, что мы употребляем в пищу. Здоровый образ жизни предполагает исключение ароматизаторов, усилителей вкуса, жирных продуктов, красителей и консервантов, или, как минимум, их сокращение.

Основные правила:

- Не стоит ни голодать, ни переедать – и то, и другое негативно сказывается на самочувствии. Нельзя испытывать чувство голода и, наоборот, переедать. Необходимо следить за тем, чтобы ежедневная норма калорий составляла 1700-1900 ккал (норма для женщин, ведущих малоподвижный образ жизни, для мужчин дневная калорийность выше примерно на 300-400 ккал).
- Пить чистую воду. Желательно употреблять в день от 1.5 до 2 литров воды (не чая, кофе, сока и т.п.)
- Сократить количество сладостей в рационе. Если хочется сладкого – отдавайте предпочтение свежим овощам и сухофруктам. Также можно употреблять горький шоколад в умеренных количествах.
- Есть как минимум 4-5 раз в день небольшими порциями. По окончании трапезы должно оставаться ощущение легкого голода.
- Суточное меню должно содержать мясо или рыбу, овощи и фрукты, крупы, кисломолочные продукты. Питаться необходимо разнообразно.
- Ужинать желательно не менее чем за 2 часа до сна. Непосредственно перед сном есть нежелательно.
- Исключить из рациона фастфуд, жирные и копченые продукты, отдавая предпочтение варке, тушению или запеканию продуктов.

- Физическая активность

Недостаток физической активности приводит к снижению скорости обмена веществ, развитию заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистым и неврологическим патологиям.

Увеличить ежедневную активность можно, заведя привычку начинать и заканчивать день легкой разминкой. Если вы ездите на работу на общественном транспорте – выйдите на 1-2 остановки раньше и пройдите этот путь пешком. Очень полезно делать перерывы, если у вас сидячая работа. В выходные дни заниматься фитнесом, сходите на прогулку или в бассейн. Этих мер вполне достаточно для поддержания здоровья и хорошего самочувствия.

- Гигиенический уход

Личная гигиена – одна из составляющих ЗОЖ. В первую очередь это касается ротовой полости. Нужно как минимум два раза в день чистить зубы, причем уделять внимание всей полости рта. Помимо стандартного набора, состоящего из зубной щетки и

пасты, обзаведитесь ирригатором, зубной нитью и ополаскивателем для полости рта. Несоблюдение этих правил чревато не только развитием кариеса, но также угрозой развития пародонтита и заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Также важно содержать в порядке дом: регулярно проводить влажную уборку, не допускать скопления пыли, ежедневно проветривать комнаты.

- Соблюдение режима дня

Ученые пришли к выводу, что для здоровья и хорошего самочувствия важны продолжительность сна и его регулярность. Каждый человек должен спать как минимум 7 часов в сутки. При этом засыпать и просыпаться желательно в одно и то же время. Конечно же, иногда можно делать исключения, например, в выходные дни.

- Эмоциональный настрой

Нервные напряжения, постоянные срывы, стрессы – все это негативно сказывается на настроении, самочувствии и здоровье в целом. Специалисты рекомендуют придерживаться следующих советов:

- Не тревожиться из-за того, чего нельзя изменить. Если справиться с тревожностью не удастся – необходимо обратиться за помощью к психологу.
- Мыслить позитивно, в любой ситуации находить положительные моменты.
- Стараться избегать стрессовых ситуаций

С целью определения информированности о здоровом образе жизни мною было проведено анкетирование 22 студентов Биробиджанского медицинского колледжа в возрасте от 19 до 25 лет.

На первый вопрос, «интересно ли вы живете?» 15 респондентов ответили, что живут интересно и 7 ответили нет.

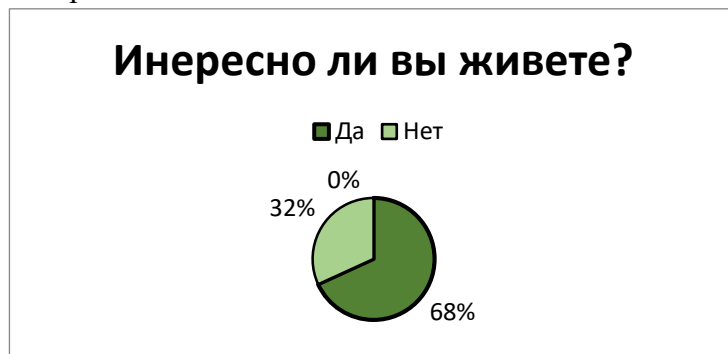


Диаграмма 1.

Далее мы можем заметить, что занятия физической культурой не очень распространено и всего 10 из 22 занимаются физической культурой, что подтверждает ответ на второй вопрос анкеты.

### Занимаетесь ли вы физической культурой?

■ Постоянно ■ Не занимаюсь

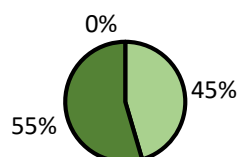


Диаграмма 2.

Но несмотря на это 21 человек из 22 считает, что занятия физической культурой влияют на здоровье человека положительно

### Считаете ли вы, что занятия физической культурой влияют а здоровье

■ Да ■ Нет

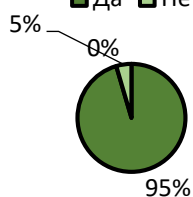


Диаграмма 3.

На вопрос, «курите ли вы?» 7 респондентов ответили, что курят и 15 не страдают этой пагубной привычкой.

### Курите ли вы?

■ Да ■ Нет

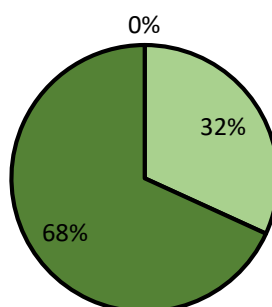


Диаграмма 4.



Диаграмма 5.

19 человек считают, что стоит отказаться от курения.

На вопрос «Употребляете ли вы алкоголь?» 17 человек ответили, что употребляют



Диаграмма 6.

А также абсолютный результат выдал вопрос об употреблении наркотических веществ ни один из опрашиваемых не употребляет.

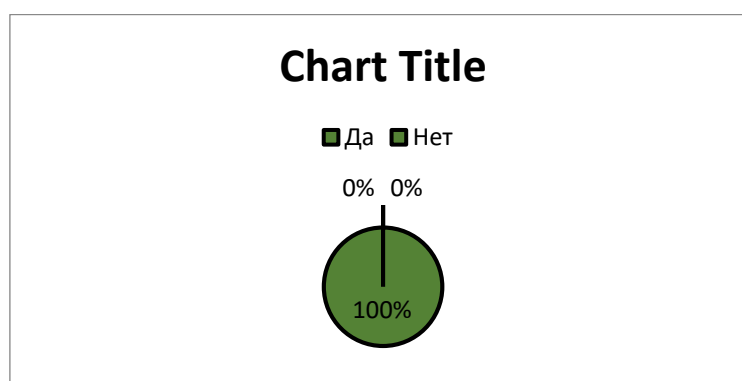


Диаграмма 7

Анализируя ответы на вопросы анкеты, можно сделать выводы, что студенты, участвующие в анкетировании, недостаточно информированы о здоровом образе жизни, что может привести к развитию патологий. Необходимо проводить занятия по здоровому образу жизни, а именно по организации труда и отдыха в течении дня, правильного питания и борьбе с вредными привычками

В ходе изучения теоретических аспектов здорового образа жизни, мы пришли к выводу, что здоровый образ жизни — это индивидуальная система поведения человека, направленная на сохранение и укрепление здоровья. Хорошее здоровье составляет главную ценность каждого человека и создает наилучшие условия для нормального течения физиологических и психических процессов, что снижает вероятность различных заболеваний и увеличивает продолжительность жизни человека. К факторам здорового образа жизни относятся: соблюдение режима дня, рациональное питание, закаливание, занятия физической культурой и спортом, хорошие взаимоотношения с окружающими людьми и др. Необходимо учитывать и факторы, отрицательно влияющие на здоровье: курение, употребление алкоголя, наркотиков, эмоциональная и психическая напряженность при общении с окружающими, а также неблагоприятная экологическая обстановка в местах проживания.

Наше здоровье зависит от состояния окружающей среды. Чистая вода, свежий воздух и плодородная почва — все это необходимо людям для их полноценного и здорового существования.

Изучив методы по формированию здорового образа жизни, мы пришли к выводу, что здоровье внутренних органов, внешний облик, самочувствие и иммунитет напрямую зависят от того, что мы употребляем в пищу. Здоровый образ жизни предполагает исключение ароматизаторов, усилителей вкуса, жирных продуктов, красителей и консервантов, или, как минимум, их сокращение. Не стоит ни голодать, ни переедать, пить чистую воду, есть как минимум 4-5 раз в день небольшими порциями.

Недостаток физической активности приводит к снижению скорости обмена веществ, развитию заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистым и неврологическим патологиям.

Личная гигиена — одна из составляющих ЗОЖ. Также важно содержать в порядке дом: регулярно проводить влажную уборку, не допускать скопления пыли, ежедневно проветривать комнаты.

Для здоровья и хорошего самочувствия важны продолжительность сна и его регулярность. Каждый человек должен спать как минимум 7 часов в сутки. При этом засыпать и просыпаться желательно в одно и то же время.

Нервные напряжения, постоянные срывы, стрессы — все это негативно сказывается на настроении, самочувствии и здоровье в целом.

Проведя исследование уровня информированности о здоровом образе жизни среди студентов Биробиджанского медицинского колледжа, с помощью анкетирования, мы пришли к выводу, что студенты участвующие в анкетировании недостаточно информированы о здоровом образе жизни, что может привести к развитию патологий. Для восполнения знаний, мною была разработана памятка с рекомендациями по здоровому образу жизни.

Теперь можно сказать, что все поставленные задачи выполнены. Цель достигнута. Гипотеза подтверждена.

### Библиографический список

1. Как отсутствие физических нагрузок влияет на здоровье человека [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://zen.yandex.ru/media/cityrep/kak-otsutstvие-fizicheskikh-nagruzok-vliiaet-na-zdorove-cheloveka-5dcc3fdb4543b620b5b98d88>

2. Физические нагрузки: польза, максимальный эффект [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://zen.yandex.ru/media/healthsoul/fizicheskie-nagruzki-polza-maksimalnyi-effekt-5a86de0479885eb8d188b784>
3. Польза физических нагрузок на здоровье человека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://medaboutme.ru/articles/polza\\_fizicheskikh\\_nagruzok\\_dlya\\_organizma\\_cheloveka/?page=1](https://medaboutme.ru/articles/polza_fizicheskikh_nagruzok_dlya_organizma_cheloveka/?page=1)
4. Образ жизни и здоровье человека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://мсч.64.мвд.рф/document/15102440>
5. Статистика: Онкозаболевания и смертность в России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://oncoved.ru/common/statistika-onkozabolevaniya-i-smertnost-v-rossii-i-mire>
6. График численности онкозаболеваний [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://yandex.ru/images/search?text=график%20численности%20онкологических%20заболеваний&from=tabbar&pos=5&img\\_url=https%3A%2F%2Fcf2.ppt-online.org%2Ffiles%2Fslide%2Fg%2Fgj5KSlwXDbcFNCZuVph9HUMP3iJ4WEBnQfI8y1%2Fslide-1.jpg&rpt=simage](https://yandex.ru/images/search?text=график%20численности%20онкологических%20заболеваний&from=tabbar&pos=5&img_url=https%3A%2F%2Fcf2.ppt-online.org%2Ffiles%2Fslide%2Fg%2Fgj5KSlwXDbcFNCZuVph9HUMP3iJ4WEBnQfI8y1%2Fslide-1.jpg&rpt=simage)

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

## ВЛИЯНИЕ КОФЕИНА И КОФЕИНСОДЕРЖАЩИХ НАПИТКОВ НА ПСИХОМОТОРНЫЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

**Актуальность:** по результатам исследования (число его участников составило 3600 человек; 1600 – взрослые; 2000 – подростки) фактического уровня потребления кофеина показано, что средний ежедневный уровень потребления кофеина в Российской Федерации составляет: для взрослых (18 лет – 44 года) – 344.9 мг, для подростков младшего возраста (12–14 лет) – 225.8 мг, для подростков старшего возраста (15–17 лет) – 256.6 мг., что превышает верхний допустимый предел употребления кофеина в РФ (150 мг/сутки), но не превышает предел, установленный в странах ЕС и США (400 мг/сутки). Кофеин является активным алкалоидом некоторых растений, существенно влияющий на психофизиологические показатели организма человека, что является значимым моментом ввиду систематического употребления его населением.

**Цель исследования:** определить влияние кофеина и кофеинсодержащих напитков на психомоторные функции организма человека.

### Задачи:

1. Изучение литературы по данному вопросу.
2. Изучение механизма действия кофеина на организм человека.

3. Изучение типов высшей нервной деятельности и особенностей воздействия кофеина на каждую индивидуально.

4. Изучение состава популярных кофеинсодержащих напитков и выявление других содержащихся в них веществ, способных влиять на психомоторные функции человека.

5. Проведение опытов с употреблением кофеина и кофеинсодержащих напитков и оценка их способности влиять на психомоторные функции человека.

6. Подведение итогов.

**Объекты исследования:**

1. Кофеин в форме лекарственного препарата «Кофеин-бензоат натрия» 100 мг.

2. Кофеинсодержащие напитки: чёрный чай «AhmadTeaEarlGrey», кофе молотый «Чёрная Карта Греция», энергетический напиток «AdrenalineGameFuelChargedCandyCrush» 449 мл.

**Предмет исследования:** определение способности кофеина и кофеинсодержащих напитков влиять на психомоторные функции человека.

**Методы исследования:**

1. Теоретический (анализ литературы).

2. Экспериментальный (проведение тестов на скорость реакции на световой раздражитель и на силовую выносливость).

**Гипотеза:** кофеин и кофеинсодержащие напитки положительно влияют на психомоторные функции организма человека.

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### Кофеин, его фармакокинетика и фармакодинамика

Кофеин – алкалоид растений, содержащийся в листьях чая (*Theasinensis*), семенах кофе (*Coffeaarabica*), какао (*Theobromacacao*), колы (*Colaacuminata*), а также в других растениях. Открыл кофеин в 1819 году немецкий химик Фердинанд Рунге. Подробно изучал физиологические эффекты этого вещества знаменитый русский учёный Иван Петрович Павлов. При попадании кофеина вместе с пищей или напитками в организм человека он быстро всасывается в желудочно-кишечном тракте. Повышение уровня кофеина в крови отмечается через 15–45 мин и достигает пика примерно через 1 ч после его приема. Проникает через ГЭБ. Через 3-6 часов после приёма его концентрация снижается на 50-75%; полупериод жизни в организме человека составляет 2.5-10 часов. Кофеин проявляет аналептические и психостимулирующие свойства. По химической структуре относится к группе психостимуляторов – метилксантинам. В литературе упоминается под несколькими названиями: кофеин, теин, матеин, метилтеобромин, триметилксантин, гуаранин.

Вырабатывается растениями для защиты от вредителей. В своей химической структуре имеет пуриновое основание, что объясняет высокое сродство с организмом человека и не только.

Кофеин оказывает прямое возбуждающее действие на кору головного мозга, тем самым стимулирует психическую деятельность, повышает умственную и физическую работоспособность, двигательную активность, укорачивает время реакций. Также он

возбуждает жизненно важные центры в продолговатом мозге и ядра черепно-мозговых нервов. Кофеин оказывает спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру, поперечнополосатую тонизирует.

Наблюдаемые эффекты кофеина ряд авторов относит к его способности накапливать циклический аденозинмонофосфат (цАМФ) в клетках. Циклический АМФ является вторичным посредником, использующийся в клетках для распространения сигналов от некоторых гормонов (адреналин, глюкагон и др.) путём активации протеинкиназ.

За последние годы накопились данные, возводящие в приоритет антагонизм аденозину; метилксантины блокируют аденозиновые  $A_1$ -и  $A_2$ -рецепторы, соответственно, необходимо рассмотреть механизм действия аденозина и его роль в реализации психомоторных функций.

### **Аденозин**

Аденозин — участник системы химического управления в мозге. Этот лиганд накапливается в течение всего бодрствования организма с момента его пробуждения; при действии на клетку физиологического стресса идёт выделение АТФ за пределы клетки, где АТФ расщепляется нуклеозидазами до аденозина. Однако нейроны выделяют АТФ и без стрессового воздействия, то есть, чем больше нейрон работал, тем больше аденозина он выделил, и развивается явление утомления. Появление аденозина во внеклеточном пространстве говорит об усталости организма. В случае нехватки сна организм уже просыпается «уставшим» из-за недостаточного ресинтеза АТФ внутри клеток. Аденозин способен ослаблять процессы возбуждения в мозге и защищать его, таким образом, от возможных психических перегрузок. В общем, аденозин посылает сигналы организму, что в клетках кончилась энергия, и что ему пора отдохнуть.

По своему строению молекулы аденозина и кофеина весьма схожи. Благодаря этому кофеин может конкурировать с аденозином, замещая его у рецепторов мозга. В результате кофеин может блокировать действие аденозина, и за счёт этого оказывать стимулирующее воздействие, так как позволяет бороться с сонливостью и обострять внимание. Фармакологически кофеин является конкурентным антагонистом аденозина.

Теперь необходимо перейти к вопросу о подробном влиянии кофеина на различные системы организма.

### **Физиологические эффекты кофеина**

Физиологические эффекты кофеина основаны на его антагонизме аденозину. Триметилксантин повышает физическую выносливость ввиду блокады аденозиновых рецепторов, а также за счёт увеличения секреции эндоморфинов в головном мозге. Эндоморфины обладают анальгезирующей функцией, а также положительно влияют на настроение. Активно вырабатываются организмом в период больших стрессов, когда необходимо показывать наилучший результат (спортивные соревнования, боевые действия, сдача экзамена и др.). Это позволяет игнорировать болевые ощущения намного дольше, что и позволяет держать ресурсы организма в мобилизованном состоянии более длительное время. Имеются данные, что кофеин увеличивает стабильность динамической системы в электромиограмме (ЭМГ), то есть мышцы сокращаются с меньшей частотой и амплитудой, меньшая амплитуда же говорит, что в процессе сокращения задействуется меньше моторных единиц (МЕ). Уменьшенное же число задействованных МЕ при

действию на мышцу такого же груза, что и без кофеина, должно приводить к снижению скорости развития эффекта мышечного утомления.

Кофеин способствует высвобождению катехоламинов (адреналин, дофамин, норадреналин) из надпочечников, что также способствует повышению тонуса скелетной и сердечной мускулатур, увеличению уровня мобилизации организма.

Интересно действие кофеина на сердечно-сосудистую систему. При прямом возбуждающем действии на сосудодвигательные ядра и непосредственно миокардтриметилксантин также стимулирует и центры блуждающих нервов, угнетающих сердечную деятельность. Поэтому кофеин в небольших дозах чаще всего не вызывает изменения в деятельности сердца; в больших же дозах периферическое влияние начинает преобладать, появляется тахикардия. Итальянское исследование от 2015 года указывает, что блокада аденозиновых рецепторов в сердце делает более чувствительными  $\beta_1$ -адренорецепторы сердца, что может приводить к желудочковой аритмии. Американское исследование от 2001 года демонстрирует увеличение длины комплекса QRS на ЭКГ после употребления кофеина в дозе от 5 мг/кг.

Артериальное давление также изменяется сложным образом. Если кофеин введён на фоне гипотензии, то АД повышается (нормализуется), если давление в норме, то его уровень повышается либо незначительно, либо совсем не изменяется. Также имеется исследование, не отмечавшее каких-либо изменений ни систолического, ни диастолического давления при приёме кофеина в дозе 100 мг. Другое исследование отмечает, что и приём триметилксантина в дозе от 100 до 200 мг не оказывает достоверных изменений показателей гемодинамики. Представляется, что гипотензивное действие кофеина развивается из-за синтеза в эндотелии сосудов NO – вазодилатирующего фактора. Греческое исследование от 2005 года отмечает индуцирующее действие высоких доз кофеина кофеина и низкого уровня эстрогена на констрикцию коронарных артерий.

Кофеин повышает кислотность желудка посредством активации рецепторов горького вкуса, что провоцирует более быстрый выброс содержимого из желудка в двенадцатиперстную кишку и приводит к повышению кислотности содержимого в ней. Также отмечается уменьшение усвоения некоторых витаминов, лекарственных средств (особенно препаратов, которые являются слабыми основаниями). Препараты, являющиеся слабыми кислотами, при гиперсекреции желудочного сока увеличивают степень абсорбции.

Также многогранно действие кофеина на ЦНС. Были описаны три основных механизма действия кофеина на центральную нервную систему. Мобилизация внутриклеточного кальция и ингибирование специфических фосфодиэстераз происходят только при высоких нефизиологических концентрациях кофеина. Единственным вероятным механизмом действия метилксантина является антагонизм на уровне аденозиновых рецепторов. Кофеин увеличивает энергетический обмен во всем мозге, но в то же время уменьшает мозговой кровоток, вызывая относительную гипоперфузию мозга. Здесь можно говорить о некоторой неоднозначности его действия – увеличение метаболизма и уменьшение поступления питательных веществ с кровотоком – конечный его эффект на ЦНС будет зависеть от преобладания того или иного фактора.

Влияние кофеина на обучение, память, работоспособность и координацию скорее связано с действием метилксантина на возбуждение, бдительность и усталость. По

результатам исследования, особенно ярко действие кофеина проявляется в ситуациях, когда необходимо продолжительное время сохранять внимание и концентрацию на определённом виде деятельности. Кофеин оказывает очевидное воздействие на тревожность и сон, которые варьируются в зависимости от индивидуальной чувствительности к метилксантину. Особенно важно учитывать тип нервной системы: для слабого типа требуется меньшая доза для достижения эффекта возбуждения, чем для сильного. Для оценки

*Таблица 1. Физиологические эффекты метилксантинов и аденозина (по Д.А. Харкевичу)*

| Направленность действия                  | Метилксантины<br>(кофеин и др.) | Аденозин      |
|------------------------------------------|---------------------------------|---------------|
| ЦНС                                      | Возбуждение                     | Угнетение     |
| Высвобождение катехоламинов              | Повышается                      | Уменьшается   |
| Частота и сила сердечных сокращений      | Увеличиваются                   | Уменьшаются   |
| Почечный кровоток и выделение ренина     | Увеличиваются                   | Уменьшаются   |
| Высвобождение гистамина из тучных клеток | Уменьшается                     | Увеличивается |
| Липолиз жировой ткани                    | Повышается                      | Уменьшается   |

### Типы нервных систем

Согласно учению И.П. Павлова о нервных системах они являются врождёнными свойствами организма. **Нервные системы характеризуются тремя основными параметрами:**

1. Сила процесса возбуждения и торможения, зависящую от работоспособности нервных клеток;
2. Уравновешенность нервной системы, т. е. степень соответствия силы возбуждения силе торможения (или их баланс);
3. Подвижность нервных процессов, т. е. скорость смены возбуждения торможением, и наоборот.

**В соответствии с параметрами И.П. Павлов разделял следующие типы нервных систем:**

1. Сильный, уравновешенный, подвижный тип НС (сангвиник). Не любит кропотливой и длительной работы по усвоению сложных знаний или формированию умений и навыков.
2. Сильный, неуравновешенный, подвижный тип НС (холерик). Не любит длительную и монотонную работу. Его результаты недостаточно стабильны, ибо он склонен к излишнему возбуждению перед началом ответственной работы, что часто не позволяет ему реализовать полностью свои возможности.
3. Сильный, уравновешенный, инертный тип НС (флегматик). Высокая активность преобладает над малой реактивностью, что и определяет терпеливость, выдержку и самообладание.
4. Слабый тип НС (меланхолик). Меланхолик ответственен, но недостаточно работоспособен и мало устойчив к внешним раздражителям.

Обобщая информацию о нервных системах и фармакологические эффекты кофеина, мы ожидаем улучшения психомоторных показателей у меланхолика, флегматика и сангвиника. У меланхолика улучшение будет обеспечиваться тем фактом, что для слабого типа НС требуется меньшая доза для возбуждения, но также не стоит упускать из внимания одного из главных и подтверждаемого многими исследованиями фармакологического действия – эффекта тревоги и раздражительности, что может ухудшить концентрацию внимания на выполнении задания. Прямое стимулирующее действие на кору головного мозга в теории должно повышать результативность у флегматика, у которого нервная система инертна и требует время для переключения между задачами. Сангвиник имеет подвижный тип нервной системы, поэтому прогнозируется слабое улучшение результатов. Действие кофеина на неуравновешенный тип нервной системы холерика может вызвать быстрое утомление деятельностью, что отрицательно скажется на итоге выполнения задач.

Однако в употребляемых в быту напитках содержится не только кофеин, но и другие вещества, которые могут оказывать влияние на работоспособность человека.

#### **Активные вещества в чае**

Чай – очень разнообразное по своему химическому составу растение, содержащее более 2000 химических компонентов, но веществ, которые могут влиять на психомоторные функции в краткосрочной перспективе всего несколько – это кофеин, теобромин и теofilлин. В чае кофеина содержится больше, чем в кофе или какао, но оказываемый им эффект менее выражен. Это обусловлено тем, что кофеин в чае связан с танином и образует теин или таннат кофеина; также это способствует его более быстрому выведению из организма. Фармакологические эффекты данного метилксантина изложены выше.

Эффекты теобромина и теofilлина довольно схожи с кофеином – это вазодилатация, стимуляция диуреза и бронходилатация; блокада аденозиновых рецепторов также оказывает возбуждающее действие на ЦНС. Эти два алколоида находят применение в медицине в качестве компонентов таких лекарственных препаратов, как эуфиллин, диуретин, кофальгин, теальбин, тесальбен и др. Также теofilлин используется для лечения астмы, ХОБЛ и бронхитов.

Кроме того, чай в целом обладает антиоксидантными, гастропротекторными, антисклеротическими и капилляропротекторными свойствами. Чай способствует профилактике болезней Альцгеймера и Паркинсона.

#### **Активные вещества в кофе**

В кофе содержится несколько активных алкалоидов: кофеин, теобромин, теofilлин и тригонеллин. Свойства кофеина, теобромина и теofilлина были описаны выше. При обжаривании кофейных бобов из тригонеллина образуется ниацин; некоторые исследования утверждают, что кофе является основным источником этого витамина в человеческой диете. Основные фармакологические эффекты никотиновой кислоты: повышение качества метаболизма и моторики пищеварительной системы. Ниацин помогает в лечении атеросклероза и регулирует количество холестерина, избыток ниацина приводит к повреждению печени, недостаток ниацина – к пеллагре.

В целом, действие кофе почти аналогично действию чая из-за схожих в их составе алкалоидов.

### Активные вещества в энергетических напитках

Согласно ТР ТС 021/2011 в качестве источников тонизирующих веществ (компонентов) допускается использовать кофеин и содержащие его растения (растительные экстракты), чай, кофе, гуарану, мате, а также лекарственные растения и их экстракты, оказывающие тонизирующее действие (женьшень, левзея, родиола розовая, лимонник, элеутерококк). В состав тонизирующих безалкогольных напитков допускается вводить не более двух тонизирующих веществ (компонентов).

При производстве (изготовлении) тонизирующих напитков допускается использование минеральных веществ, легко усвояемых углеводов, витаминов и витаминоподобных веществ, субстратов и стимуляторов энергетического обмена.

Содержание кофеина в тонизирующих напитках не должно превышать 400 мг/дм<sup>3</sup>.

Чаще всего в качестве второго стимулирующего вещества в энергетиках встречается таурин. Это серосодержащая аминокислота, которая не входит в состав белков человека, но присутствует во многих местах организма. Впервые эту аминокислоту выделили из желчи быка, поэтому её называли таурином – от лат. *Taurus* (бык).

Таурин— эндогенное соединение, так как может частично синтезироваться в организме человека путем ферментативного окисления одной из незаменимых аминокислот — цистеина. В мозге таурин играет роль одного из нейромедиаторов, обладает противосудорожной активностью. Таурин улучшает работу сердца, повышает клеточный иммунитет, входит в состав средств для лечения клетчатки глаз, обладает антисклеротической активностью.

Довольно часто в энергетических напитках используется креатин для усиления скоростно-силовых возможностей атлетов; для активизации окисления жиров в качестве источника энергии при длительных нагрузках — L-карнитин. Также L-карнитин находит применение в лечении патологий бесплодия у мужчин.

В составе тонизирующих напитков можно встретить углеводы в количестве 11-12 г на 100 мл продукта. Кроме улучшения органолептических показателей напитка, сахара также дают энергию организму. Особенно эффективно использование комбинации «медленных» и «быстрых» углеводов, например, глюкозы, пищевого сахара, мальтодекстрозы и крахмала, что обеспечивает равномерное поступление в кровоток глюкозы в течение продолжительного времени. Однако таких комбинаций в энергетических напитках, предоставляемых для покупки в розничных сетях нашего города, мы не нашли; в нашем случае все энергетики содержали только пищевой сахар.

Экспериментально доказано, что максимальная скорость окисления простых углеводов у спортсменов во время интенсивных физических усилий может достигать 60 г/ч или 1 г/мин; одна упаковка 500 мл энергетического напитка содержит примерно такое же количество углеводов (11-12 г на 100 мл). Однако стоит учитывать тот фактор, что при содержании углеводов более 8-10 % в напитке, может приводить к замедлению эвакуации содержимого желудка и, в целом, отрицательно сказаться на качестве пищеварения. Международные организации в области спортивного питания рекомендуют сокращать углеводы в таких напитках до 6-8 %.

Самая распространённая концентрация кофеина в энергетиках – 300 мг/л. Учитывая самый распространённый объём в 500 мл, в среднем, в одной упаковке тонизирующего напитка содержится 150 мг кофеина.

Также необходимо рассмотреть вопрос влияния на здоровье систематического и разового употребления кофеина.

### **Безопасность употребления кофеина**

В 1983 г. Европейский научный комитет по продуктам питания отметил, что кофеин в относительно высоких дозах вызывал задержку минерализации сегмента грудины и некоторые мутагенные эффекты. Данные явления наблюдались только *invitro*, но *invivo* данные эффекты не наблюдались. Комитет объявил, что кофеин не вызывает тератогенные и мутагенные эффекты у человека в дозировках от 2.0 до 4.5 мг кофеина на 1 кг массы тела (140-315 мг для человека весом 70 кг).

Этот же комитет в 1999 г. провёл повторную оценку безопасности употребления кофеина, но уже с включением в список энергетических напитков. Европейский научный комитет по продуктам питания сделал заключение, что, в общем, потребление кофеина матерью в период беременности, по всей видимости, не вызывает каких-либо поддающихся измерению нежелательных последствий для плода человека при уровне поступления вплоть до 300 мг кофеина в день. Беременным было рекомендовано ограничить поступление кофеина вне зависимости от его источника.

В 2000 г. Экспертная группа по Стандартам на пищевые продукты Австралии и Новой Зеландии на основе когортных исследований пришла к выводу, что причинная связь между употреблением кофеина и повышенным риском развития гипертонической болезни и сердечно-сосудистых заболеваний отсутствует. Также, группа отметила, что при употреблении кофеина детьми у них отмечается повышенная тревожность; употребление даже 100 мг кофеина перед сном снижает способность заснуть у взрослых.

В 2006 г. Министерство здравоохранения Канады установило безопасный порог употребления кофеина в 400 мг/сутки. Данный порог основан на анализе имеющейся на тот момент литературы; употребление такого количества кофеина в сутки не ассоциируется с нежелательными воздействиями на здоровье, такими как общая токсичность, воздействие на сердечно-сосудистую систему, изменения поведения у взрослых, повышенная частота развития раковых заболеваний, воздействия на репродуктивную функцию мужчин или костный статус/баланс кальция в случае потребления адекватного количества кальция.

В 2012 г. Высший совет здравоохранения Бельгии посчитал, что употребление кофеина в дозировке 5.7 мг на 1 кг массы тела (400 мг/сутки для 70 кг человека) не связано ни с какими нежелательными явлениями, ассоциируемыми с общей токсичностью, изменением поведения, ухудшением репродуктивной функции мужчин, ССЗ или риском развития раковых заболеваний; рекомендовал максимальное суточное поступление кофеина 2,5 мг на 1 кг массы тела для детей и подростков, основываясь на повышенном риске появления тревожности и изменений поведения при более высокой дозе.

В РФ согласно Методическим рекомендациям МР 2.3.1.1915–04 устанавливают адекватный уровень потребления кофеина в 50 мг/сутки, верхний допустимый – 150 мг/сутки.

В целом, законодательная база в отношении кофеина соответствует базе ЕС и стран Северной Америки, но более жёсткая.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что употребление 400 мг в сутки кофеина для здорового человека массой 70 кг не вызывает опасений в плане вреда для здоровья; употребление кофеина подростками повышает их тревожность и неосознанное поведение; употребление даже 100 мг перед сном мешает человеку заснуть.

После рассмотрения вопроса о безопасности употребления кофеина, становится возможным переход непосредственно к практической части нашего исследования.

## **ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

### **Общие аспекты**

Для определения влияния кофеинсодержащих напитков на психомоторное состояние организма нами были выбраны два теста. Первый тест определяет силовую выносливость организма посредством удержания на вытянутой руке 7.5 кг гантели при уровне сгибания в плечевом суставе не менее 90°. По команде испытуемый поднимает груз и удерживает его максимально возможное время; когда рука опускается ниже 90°, фиксируется время в секундах и заносится в таблицу результатов. Второй тест определяет скорость нервных процессов в организме. Испытуемый в течение 10 минут непрерывно проходит тест на скорость реакции на световой стимул, при этом фиксируются все результаты. Подсчитывается средняя скорость реакции за одну минуту теста, со второй минуты до пятой и с шестой минуты до десятой; результаты вносятся в таблицу. Целью данного теста является создание утомления однообразной деятельностью и выяснение способности кофеинсодержащих напитков противостоять этому эффекту.

Было отобрано 12 человек для проведения экспериментов – по 3 представителя каждого из темпераментов человека (сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик). Определение типа темперамента проводилось при помощи теста на определения типа темперамента Айзенка.

Все испытания проводились в одно время в 16:00. Сначала испытуемый удерживал груз на вытянутой руке, а затем проходил тест на скорость реакции. Все напитки и таблетированные формы употреблялись за один час до проведения испытания. В случае, если испытуемый испытывал значительную физическую нагрузку за день или в день исследования, то испытание переносилось на три дня.

В ходе исследования использовались следующие вещества и напитки:

1. «Кофеин-бензоат натрия» в таблетированной форме, 1.5 таблетки - 150 мг в эквиваленте чистого кофеина;
2. Энергетический напиток «Adrenaline Game Fuel Charged Candy Crush», 449 мл, содержание сахара – 47.145 г, содержание кофеина – 143,68 мг, также содержит таурин, экстракт женьшеня, витамины: B2, B3, B5, B6, B12;
3. Чай пакетированный «Ahmad Tea Earl Grey»;
4. Кофе молотый «Чёрная Карта Греция».

### **Результаты исследования**

Результаты теста на силовую выносливость для флегматиков:

*Таблица 2. Результаты теста на силовую выносливость для флегматиков*

| Наименование действующего агента           | Время, с | Абсолютный прирост, с | Относительный прирост, % |
|--------------------------------------------|----------|-----------------------|--------------------------|
| Чистая проба                               | 41       |                       |                          |
| Кофеин-бензоат натрия, 150 мг              | 45       | 4                     | 9,76                     |
| Энергетический напиток Adrenaline , 449 мл | 46       | 5                     | 12,20                    |
| Кофе, 250 мл                               | 43       | 2                     | 4,88                     |
| Чай, 250 мл                                | 41       | 0                     | 0,00                     |

Пояснение к таблице: Чистая проба – тест, проведённый без употребления кофеина или кофеинсодержащих напитков; Время, с – среднее время, при котором участники могли удерживать груз на вытянутой руке.

Наибольший прирост отмечен у таблетированного кофеина и у энергетического напитка, 4 с и 5 с соответственно. Кофе увеличил результат на 2 сек, в случае чая – изменений не зарегистрировано.

Результаты теста на силовую выносливость для сангвиников:

Таблица 3. Результаты теста на силовую выносливость для сангвиников

| Наименование действующего агента           | Время, с | Абсолютный прирост, с | Относительный прирост, % |
|--------------------------------------------|----------|-----------------------|--------------------------|
| Чистая проба                               | 38       |                       |                          |
| Кофеин-бензоат натрия, 150 мг              | 43       | 5                     | 13,16                    |
| Энергетический напиток Adrenaline , 449 мл | 42       | 4                     | 10,53                    |
| Кофе, 250 мл                               | 37       | -1                    | -2,63                    |
| Чай, 250 мл                                | 38       | 0                     | 0,00                     |

Прирост замечен у кофеина-бензоата натрия и энергетического напитка. Чай не дал положительного прироста, кофе ухудшил показатели, что можно объяснить погрешностью измерения.

Результаты теста на силовую выносливость для меланхоликов:

Таблица 4. Результаты теста на силовую выносливость для меланхоликов

| Наименование действующего агента | Время, с | Абсолютный прирост, с | Относительный прирост, % |
|----------------------------------|----------|-----------------------|--------------------------|
| Чистая проба                     | 29       |                       |                          |

|                                            |    |   |       |
|--------------------------------------------|----|---|-------|
| Кофеин-бензоат натрия, 150 мг              | 32 | 3 | 10,34 |
| Энергетический напиток Adrenaline , 449 мл | 31 | 2 | 6,90  |
| Кофе, 250 мл                               | 29 | 0 | 0,00  |
| Чай, 250 мл                                | 29 | 0 | 0,00  |

Прирост отмечен у таблетированного кофеина и энергетического напитка. Кофе и чай не внесли каких-либо изменений.

Результаты теста на силовую выносливость для холериков:

Таблица 5. Результаты теста на силовую выносливость для холериков

| Наименование действующего агента           | Время, с | Абсолютный прирост, с | Относительный прирост, % |
|--------------------------------------------|----------|-----------------------|--------------------------|
| Чистая проба                               | 34       |                       |                          |
| Кофеин-бензоат натрия, 150 мг              | 36       | 2                     | 5,88                     |
| Энергетический напиток Adrenaline , 449 мл | 37       | 3                     | 8,82                     |
| Кофе, 250 мл                               | 35       | 1                     | 2,94                     |
| Чай, 250 мл                                | 35       | 1                     | 2,94                     |

В данном случае положительный прирост показали все агенты. Наибольший в 3 с зарегистрирован у энергетического напитка.

Во всех тестах самый большой и стабильный прирост демонстрировали кофеин-бензоат натрия и энергетический напиток. Наибольшее изменение показателей зафиксировано у флегматиков и сангвиников, но следует учитывать погрешность измерений и относительно малую выборку. Нестабильные результаты у кофе и чая можно объяснить низкой концентрацией кофеина в этих напитках.

Результаты теста на скорость реакции для флегматиков:

Таблица 6. Результаты теста на скорость реакции для флегматиков

| Наименование действующего агента | Время через 1 мин, мс | Время через 5 мин, мс | Время через 10 мин, мс | Среднее время реакции, мс | Абсолютный прирост, мс | Относительный прирост, % |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|
| Чистая проба                     | 210                   | 223                   | 246                    | 226,33                    |                        |                          |
| Кофеин-бензоат натрия, 150 мг    | 197                   | 204                   | 231                    | 210,67                    | 15,67                  | 6,92                     |

|                                               |     |     |     |        |       |      |
|-----------------------------------------------|-----|-----|-----|--------|-------|------|
| Энергетический напиток<br>Adrenaline , 449 мл | 200 | 210 | 231 | 213,67 | 12,67 | 5,60 |
| Кофе, 250 мл                                  | 212 | 219 | 241 | 224,00 | 2,33  | 1,03 |
| Чай, 250 мл                                   | 208 | 220 | 250 | 226,00 | 0,33  | 0,15 |

Наибольший прирост зафиксирован у таблетированного кофеина и энергетического напитка.

Результаты теста на скорость реакции для сангвиников:

Таблица 7. Результаты теста на скорость реакции для сангвиников

| Наименование действующего агента           | Время через 1 мин, мс | Время через 5 мин, мс | Время через 10 мин, мс | Среднее время реакции, мс | Абсолютный прирост, мс | Относительный прирост, % |
|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|
| Чистая проба                               | 250                   | 269                   | 300                    | 273,00                    |                        |                          |
| Кофеин-бензоат натрия, 150 мг              | 240                   | 260                   | 271                    | 257,00                    | 16,00                  | 5,86                     |
| Энергетический напиток Adrenaline , 449 мл | 245                   | 258                   | 273                    | 258,67                    | 14,33                  | 5,25                     |
| Кофе, 250 мл                               | 251                   | 263                   | 291                    | 268,33                    | 4,67                   | 1,71                     |
| Чай, 250 мл                                | 249                   | 268                   | 294                    | 270,33                    | 2,67                   | 0,98                     |

Лучшие результаты показали кофеин-бензоат натрия и энергетический напиток.

Результаты теста на скорость реакции для меланхоликов:

Таблица 8. Результаты теста на скорость реакции для меланхоликов

| Наименование действующего агента           | Время через 1 мин, мс | Время через 5 мин, мс | Время через 10 мин, мс | Среднее время реакции, мс | Абсолютный прирост, мс | Относительный прирост, % |
|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|
| Чистая проба                               | 232                   | 256                   | 270                    | 252,67                    |                        |                          |
| Кофеин-бензоат натрия, 150 мг              | 220                   | 231                   | 240                    | 230,33                    | 22,33                  | 8,84                     |
| Энергетический напиток Adrenaline , 449 мл | 223                   | 232                   | 239                    | 231,33                    | 21,33                  | 8,44                     |
| Кофе, 250 мл                               | 231                   | 245                   | 261                    | 245,67                    | 7,00                   | 2,77                     |
| Чай, 250 мл                                | 235                   | 260                   | 267                    | 254,00                    | -1,33                  | -0,53                    |

Наибольший прирост продемонстрировали таблетированный кофеин и энергетический напиток.

Результаты теста на скорость реакции для холериков:

Таблица 9. Результаты теста на скорость реакции для холериков

| Наименование действующего агента           | Время через 1 мин, мс | Время через 5 мин, мс | Время через 10 мин, мс | Среднее время реакции, мс | Абсолютный прирост, мс | Относительный прирост, % |
|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|
| Чистая проба                               | 231                   | 242                   | 251                    | 241,33                    |                        |                          |
| Кофеин-бензоат натрия, 150 мг              | 224                   | 232                   | 240                    | 232,00                    | 9,33                   | 3,87                     |
| Энергетический напиток Adrenaline , 449 мл | 220                   | 229                   | 239                    | 229,33                    | 12,00                  | 4,97                     |
| Кофе, 250 мл                               | 229                   | 238                   | 242                    | 236,33                    | 5,00                   | 2,07                     |
| Чай, 250 мл                                | 228                   | 239                   | 248                    | 238,33                    | 3,00                   | 1,24                     |

Наибольший прирост отмечен у кофеина и напитка Adrenaline.

Как и в тесте с силовой выносливостью, стабильный положительный результат показывали кофеин таблетированный и энергетический напиток, что можно объяснить достаточной для стимуляции ЦНС дозировкой в них кофеина, что не наблюдается у чая и кофе.

Наибольшее укорочение времени реакции зафиксировано у меланхолика, но ввиду малой выборки и относительно малого прироста показателя относительно других типов темперамента, достоверной связи между типом темперамента и более выраженным действием кофеина зафиксировано не было.

Кофеин-бензоат натрия и тонизирующий напиток продемонстрировали стабильное и самое большое увеличение показателей в обоих тестах. Существенной разницы в физиологическом эффекте между этими агентами зафиксировано не было, что можно объяснить схожей дозой содержащегося кофеина в них. Дополнительные активные вещества в энергетических напитках не улучшили показатели по сравнению с таблетированным препаратом.

### Обсуждение результатов и выводы

Алкалоид многих растений – кофеин является стимулятором психических процессов и веществом, по-разному действующим на различные системы организма. Например, действуя возбуждающе на сосудодвигательный центр, он в то же время расслабляет гладкую мускулатуру кровеносных сосудов, тем самым их расширяя. Окончательный эффект будет зависеть от преобладания того или иного компонента.

За последние десятилетия накопились данные, которые развенчивают миф о том, что регулярное употребление кофеина в дозах до 400 мг вызывает артериальную гипертензию. Кофеин способствует профилактике многих видов злокачественных опухолей, нейродегенеративных заболеваний и депрессии.

Часто его используют для улучшения показателей в умственной деятельности и различных видах спорта. Полученные нами результаты говорят, что для этих целей лучше всего использовать таблетированный кофеин или энергетические напитки, однако, дополнительные стимулирующие вещества в энергетиках в

краткосрочной перспективе не показали улучшение результатов по сравнению с таблетированной формой кофеина.

Достоверной связи между употреблением кофеина и усиленным или ослабленным физиологическим действием на разные типы нервных систем зарегистрировано не было, что может объясняться малой репрезентативностью выборки.

### Библиографический список

5. МР 2.3.1.1915-04 «Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ» (с изм. на 22.02.2022).
6. ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» (с изм. на 22.02.2022).
7. Харкевич, Д.А. Фармакология: учебник / Д. А. Харкевич. – 12-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 760 с. : ил.
8. Дягтерев, В.П. Нормальная физиология : учебник / В.П.Дягтерев, Н.Д. Сорокина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 480 с.: ил.
9. В.В. Бессонов, Р.А. Ханферьян. Кофеин в питании. Сообщение I. Поступление с питанием и регулирование. / В.В. Бессонов, Р.А. Ханферьян //Вопросы питания. 2015.-Том 84. - № 4., С. 119-127.
10. В.С. Штерман, В.Ю. Сидоренко. Энергетические напитки в спортивном питании / В.С. Штерман, В.Ю. Сидоренко. //ПИВО и НАПИТКИ. 2018. - №1., С. 40-46.
11. А.В. Сидоренко. Нелинейный анализ электромиограмм при действии дозированной физической нагрузки, кофеина и L-карнитина. / А.В. Сидоренко // Доклады БГУИР. 2013. - №3(73), С. 58-63.
12. Б.А. Вяткин. Типы нервной системы и темперамента как природные предпосылки формирования стиля учебной деятельности школьника. / Вяткин Б.А., Самбикина О.С. // Вестник ПГГПУ . 2014. – Серия №1., С. 81-100.
13. Р.А. Ханферьян. Тонизирующие (энергетические) напитки: основные компоненты, эффективность и безопасность. / Р.А. Ханферьян. // Врач. 10.2016., С. 72-76.
14. С.Н. Афонина. Биохимия компонентов чая и особенности его биологического действия на организм (обзор). / С. Н. Афонина, Е. Н. Лебедева, Н. П. Сетко. // Оренбургский Медицинский Вестник, Том V, № 4 (20). С. 17-33.
15. Карпова Т. В. Удовлетворение потребности организма в биологически активных веществах. / Карпова Т. В., Сухарева И.Л. // Наука, техника и образование, 2015.
16. : Переверзев А.П., Остроумова О.Д. Взаимодействие лекарственных средств и кофе. ConsiliumMedicum. 2021; 23 (10): 777–783. DOI: 10.26442/20751753.2021.10.201089
17. И.В. Виноградов. Результаты общероссийского исследования эффективности комплекса ацетил-L-карнитина и L-карнитина фумарата в лечении бесплодия у мужчин. / И.В. Виноградов, М.Ю. Габлия, М.А. Родионов, Л.М. Виноградова. // Андрология И Генитальная Хирургия. 2014. - №3. С. 80-83.
18. В.В. Михайличенко. Результаты применения комплекса ацетил-L-карнитина и L-карнитина в лечении бесплодия у мужчин. / В.В. Михайличенко, А.И. Новиков, В.Н. Фесенко, С.В. Фесенко, Э.Д. Казимзаде, Л.М. Родыгин. // Андрология И Генитальная Хирургия. 2014. - №2. С. 70-73.

19. Коршак Т.А. Креатин и его терапевтическое значение. / Коршак Т.А., Змитрукевич А.С., Хребтова О.М., Борисенок О.А. // Медицинские новости. – 2016. – №1. – С. 23–26.
20. Калинин А.Я. Кофеин – друг или враг? // Компетентность. 2014. № 9–10 (120–121). С. 43–51.
21. Cappelletti S, Piacentino D, Sani G, Aromatario M. Caffeine: cognitive and physical performance enhancer or psychoactive drug? *CurrNeuropharmacol*. 2015 Jan;13(1):71-88.
22. 113. Jarvis M.J. Does caffeine intake enhance absolute levels of cognitive performance? *Psychopharmacology (Berl.)* 1993;110(1-2):45–52. doi: 10.1007/BF02246949.
23. Ammar R., Song J.C., Kluger J., White C.M. Evaluation of electrocardiographic and hemodynamic effects of caffeine with acute dosing in healthy volunteers. *Pharmacotherapy*. 2001;21(4):437–442. doi: 10.1592/phco.21.5.437.34502.
24. Karatzis E., Papaioannou T.G., Aznaouridis K., Karatzi K., Stamatelopoulos K., Zampelas A., Papamichael C., Lekakis J., Mavrikakis M. Acute effects of caffeine on blood pressure and wave reflections in healthy subjects: should we consider monitoring central blood pressure? *Int. J. Cardiol*. 2005;98(3):425–430. doi: 10.1016/j.ijcard.2003.11.013.
25. Eskelinen M.H., Ngandu T., Tuomilehto J., Soininen H., Kivipelto M. Midlife coffee and tea drinking and the risk of late-life dementia: a population-based CAIDE study. *J. AlzheimersDis*. 2009;16(1):85–91. doi: 10.3233/JAD-2009-0920.
26. Postuma R.B., Lang A.E., Munhoz R.P., Charland K., Pelletier A., Moscovich M., Filla L., Zanatta D., Rios Romenets S., Altman R., Chuang R., Shah B. Caffeine for treatment of Parkinson disease: a randomized controlled trial. *Neurology*. 2012;79(7):651–658. doi: 10.1212/WNL.0b013e318263570d.
27. Chen X., Lan X., Roche I., Liu R., Geiger J.D. Caffeine protects against MPTP-induced blood-brain barrier dysfunction in mouse striatum. *J. Neurochem*. 2008;107(4):1147–1157.
28. Maia L., de Mendonça A. Does caffeine intake protect from Alzheimer's disease? *Eur. J. Neurol*. 2002;9(4):377–382. doi: 10.1046/j.1468-1331.2002.00421.x.
29. Nehlig A, Daval JL, Debry G. Caffeine and the central nervous system: mechanisms of action, biochemical, metabolic and psychostimulant effects. *Brain Res Brain Res Rev*. 1992 May-Aug;17(2):139-70. doi: 10.1016/0165-0173(92)90012-b.
30. Г. Куракин. Аденозиновые рецепторы: история великого обмана. / Г. Куракин. // Биомолекула. 2019. <https://biomolecula.ru/articles/adenozinovye-retseptory-istoriia-velikogo-obmana> (дата обращения 20.01.2023)

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

E-mail: zykova\_ulya@mail.ru

## **СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ**

Питание является важнейшей составляющей здоровья человека. С питанием теснейшим образом связаны все жизненно важные функции организма.

С древних времен люди понимали огромное значение питания для здоровья. Мыслители древности Гиппократ, Цельс, Гален и другие посвящали целые трактаты лечебным свойствам различных видов пищи и разумному ее потреблению. Выдающийся ученый Востока Абу Али Ибн Сина (Авиценна) считал пищу источником здоровья, силы, бодрости. И.И. Мечников полагал, что люди преждевременно стареют и умирают в связи с неправильным питанием, и человек, питающийся рационально, может жить до 150 лет.

Здоровье и питание тесно взаимосвязаны. Вещества, поступающие в организм с пищей, влияют на наше душевное состояние, эмоции и физическое здоровье. От качества питания во многом зависит физическая активность или пассивность, жизнерадостность или подавленность. И не зря древние говорили, что «человек – есть то, что он ест».

Цель исследовательской работы: изучение основных принципов рационального питания, их соблюдение среди студенческой молодежи.

Задачи исследовательской работы:

- изучить литературу, интернет-ресурсы по теме исследования с информацией об основах питания, его основных функциях, принципах питания среди молодежи;
- составить анкету и провести анкетирование;
- проанализировать результаты анкетирования;
- сделать вывод по проведённой работе.
- разработать и распространить буклет об основных принципах рационального питания

Объект исследования: рациональное питание.

Предмет исследования: соблюдение принципов рационального питания в студенческой среде.

Гипотеза: студенческая молодежь старается соблюдать принципы рационального питания.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ источников информации;
- анкетирование;
- обобщение данных;
- анализ;
- сравнение.

В основе концепции рационального питания лежит идея о том, что питание призвано давать человеку все необходимые для полноценной активной

жизнедеятельности компоненты и вещества, при этом продлевать активный период жизнедеятельности и укреплять здоровье человека.

Соблюдение основных принципов рационального питания является важной составляющей биологического функционирования организма. Энергия, поступающая вместе с пищей в организм, расходуется в процессе жизнедеятельности. Диетологи отмечают, что соотношение потребляемой пищи и расходуемой энергии способно предотвратить как дистрофию, так и ожирение.

Современный стремительный ритм жизни диктует свои условия, организм человека часто испытывает стресс от хронической усталости, нервных перегрузок, неблагоприятной экологической обстановки, поэтому рациональное питание, как элемент здорового образа жизни, должно стать неотъемлемой частью жизни каждого современного человека.

Наукой твердо установлены четыре функции питания:

*1. Снабжении организма энергией*

Основы рационального питания обязательно учитывают энергетические затраты человека. И потребляемая пища должна восполнять их, но не более. Иначе излишки будут откладываться в виде жира.

*2. Снабжение организма пластическими веществами.*

К пластическим веществам, прежде всего, относятся белки, в меньшей степени - минеральные вещества, жиры и в еще меньшей степени - углеводы. В процессе жизнедеятельности в организме человека постоянно разрушаются одни клетки и внутриклеточные структуры и вместо них появляются другие. Строительным материалом для создания новых клеток и внутриклеточных структур являются химические вещества, входящие в состав пищевых продуктов.

*3. Снабжение организма биологически активными веществами.*

Биологически активные вещества обязательно необходимы для регуляции процессов жизнедеятельности. Ферменты и большинство гормонов - регуляторы химических процессов, протекающих в организме, - синтезируются самим организмом. Однако некоторые коферменты (необходимая составная часть ферментов), без которых ферменты не могут проявлять свою активность, а также некоторые гормоны организм человека может синтезировать только из специальных предшественников, находящихся в пище. Этими предшественниками являются витамины, присутствующие в продуктах питания.

*4. Выработка иммунитета, как неспецифического, так и специфического.*

Было установлено, что величина иммунного ответа на инфекцию зависит от качества питания и, особенно, от достаточного содержания в пище калорий, полноценных белков и витаминов. При недостаточном питании иммунитет снижается.

Исследованиями, проведенными в Институте питания РАМН, установлено, что в процессе питания происходит постоянное поступление антигенов из пищеварительного тракта во внутреннюю среду организма, что приводит к выработке и поддержанию специфического иммунитета к белкам пищи.

**Принципы рационального питания**

Врачи утверждают, что полноценное рациональное питание – важное условие сохранения здоровья и высокой работоспособности взрослых, а для детей еще и необходимое условие роста и развития. Организм человека устроен достаточно логично,

поэтому чрезмерные ограничения в питании, как и перенасыщение, не принесут пользу. Чтобы нормально функционировать, человеку нужны как животные, так и растительные продукты. К основным принципам рационального питания можно отнести

- соответствие энергоценности пищи, поступающей в организм человека, его энергозатратам;
- поступление в организм определенного количества пищевых веществ в оптимальных соотношениях;
- разнообразие потребляемых пищевых продуктов;
- правильный режим питания

Энергетический баланс – соответствие поступающей с пищей энергии количеству затрачиваемой организмом энергии в процессе жизнедеятельности.

Организм расходует энергию на поддержание температуры тела, функционирование внутренних органов, течение обменных процессов, мышечную деятельность. При недостаточном поступлении энергии с пищей организм переключается на внутренние источники питания – жировую клетчатку, мышечные ткани, что при длительном голодании неизбежно приведет к истощению организма. [2]

Завтрак не должен быть плотным. И необязательно набрасываться с утра на еду, только потому что так принято, особенно если нет аппетита. Отсутствие голода с утра – вполне естественное явление. Обед и ужин могут быть плотными, только ужинать следует за 1-3 часа до сна. Чем плотнее ужин, тем раньше до наступления сна его необходимо принять. [8]

Чтобы рассчитать калорийность рациона, необходимо знать допустимую норму и оптимальное ежедневное количество калорий, а также учитывать образ жизни. Средняя суточная норма калорий для мужчин составляет, в зависимости от возраста и образа жизни, 1900- 2400 ККАЛ, для женщин – 1700-2400 ККАЛ. Существует несколько формул, по которым можно рассчитать индивидуальную потребность в калориях. Самыми популярными являются Формула Всемирной организации здравоохранения, Харриса-Бенедикта, Маффина-Джеора, Кетч-МакАрдл и Тома Вернута. Например, методика Всемирной организации здравоохранения предлагает рассчитывать суточную потребность в калориях по следующей формуле:

- для женщин от 18 до 30 лет  $(0,062 \times \text{вес в кг} + 2,036) \times 240 \times \text{КФА}$ ;
- для женщин от 31 до 60 лет  $(0,034 \times \text{вес в кг} + 3,538) \times 240 \times \text{КФА}$ ;
- для женщин старше 60 лет  $(0,038 \times \text{вес в кг} + 2,755) \times 240 \times \text{КФА}$ ;
- для мужчин от 18 до 30 лет  $(0,063 \times \text{вес тела в кг} + 2,896) \times 240 \times \text{КФА}$ ;
- для мужчин от 31 до 60 лет  $(0,484 \times \text{вес тела в кг} + 3,653) \times 240 \times \text{КФА}$ ;
- для мужчин старше 60 лет  $(0,491 \times \text{вес тела в кг} + 2,459) \times 240 \times \text{КФА}$ .

КФА - это коэффициент физической активности, где 1 - низкая, 1,3 - средняя, 1,5 - высокая.

Согласно основам рационального питания оптимальным соотношением белков, жиров и углеводов является 1:1:4 для взрослого населения при низкой интенсивности труда и 1:1:5 при высокой интенсивности труда.

Рациональное питание человека согласно утвержденным нормам должно включать обогащенные микронутриентами хлебобулочные и макаронные изделия; овощи, картофель, бахчевые; мясо, рыба, рыбопродукты, птица; молоко, молочные продукты;

сахар; яйца; растительные масла; соль. Данный список не содержит количественных норм продуктов, так как эти параметры определяются индивидуальными факторами человека.

Соблюдение режима питания – один из основных принципов рационального питания. Режим питания охватывает время приема пищи, ее количество, интервалы между приемами пищи. Рациональное питание предполагает четырехразовое питание, что способствует достаточному насыщению организма и подавлению чувства голода, отсутствие перекусов между основными приемами пищи, определенные интервалы между завтраком и обедом, обедом и ужином. [2]

По мнению других диетологов, для поддержания нормального веса, пищеварения и обмена веществ есть нужно часто, но понемногу. То есть, между основными приёмами пищи может быть перекус, но он должен быть полезным. Они отмечают, что булочки, пирожки, чипсы и конфеты — прямой путь к лишним килограммам. Предлагают для быстрого перекуса продукты, в которых есть клетчатка, рекомендую орехи, хлопья, хлебцы, а также кисломолочные продукты.

Стоит также всегда обращать свое внимание на свежесть продуктов. Многие продукты при неправильном хранении и обращении подвергаться достаточно быстрой порче и в этих случаях представлять определенную опасность для здоровья человека.

### **Организация рационального питания в студенческой среде**

Значение правильного питания в молодом возрасте велико, так как именно в этом возрасте (17-33 лет) организм человека требует повышенной энергии, умственных и физических затрат.

Статистика последних лет показывает резкое увеличение среди молодых людей лиц, страдающих ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом, гастритом и язвенной болезнью желудка. Предотвратить такие заболевания можно, если вести здоровый образ жизни и, в первую очередь, правильно питаться.

Студенты – это молодые люди 18-26 лет, еще с незавершенными процессами роста и формирования организма, поэтому одно из важнейших мест принадлежит организации их рационального питания.

Студенческую молодежь следует рассматривать как профессионально-производственную группу населения определенной возрастной категории, объединенную спецификой условий труда и проживания. Студенты, приехавшие учиться, проживающие в данный момент вне семьи попадают в новые, необычные условия, к которым им необходимо адаптироваться. Наибольшие трудности связаны с изменением привычной атмосферы, разлукой с домом и семьей, а также изменением характера питания (существенные изменения пищевого набора, технологии приготовления, режима питания). Учитывая эти факторы, желательно выделить питание студентов как особой группы.

При оценке качественного состава питания студентов часто выявляется дисбаланс в питании по ряду основных компонентов – низкое содержание животных белков, растительных жиров, кальция, аскорбиновой кислоты и тиамин.

По статистическим данным у студентов выявлены следующие расстройства пищевого поведения: 25-47% не завтракают, 17-30% едят два раза в день, около 10 не обедают или обедают нерегулярно, около 22% не обедают. Редко употребляют горячие блюда, в том числе первое блюдо, наблюдается поздний ужин.

Студенческая пора очень насыщена и разнообразна, отличается большим перенапряжением нервной системы. Хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характера питания и интенсивная информационная нагрузка требуют определённого характера питания.

Поэтому, рацион питания студентов должен быть обеспечен достаточным количеством различных витаминов, в первую очередь витаминов С, группы В, витаминов А, Е, влияющих на обменные процессы, рост и физиологическое состояние организма. Большое значение в питании молодежи принадлежит таким минералам, как кальций и фосфор, которые участвуют в укреплении костной ткани, в активизации важнейших процессов организма. Питание должно быть сбалансированным, энергетическая ценность и качественный состав реального рациона должно соответствовать потребностям в энергии и питательных веществах.

Для студентов рекомендуют четырехразовое питание, особенно во время каникул и во время подготовки к экзаменам. В период тренировок разрешено трехразовое питание, но категорически недопустимо двухразовое питание и, конечно же, прием пищи один раз в день.

Последний прием пищи рекомендуется не позднее, чем за два часа до сна. При четырехразовом питании должно быть следующее распределение калорий: первый завтрак - 25%, второй завтрак - 15%, обед - 35%, ужин - 25%. Рекомендуется включать горячие блюда на завтрак и ужин. [6]

#### **Исследование и анализ соблюдения принципов рационального питания среди студентов ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж»**

Для подтверждения или опровержения гипотезы исследования, было проведено анкетирование 35 студентов с первого по третий курсов обучения ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж».

Критериями включения в исследование были:

- респонденты в возрасте 17-20 лет;
- согласие на участие в исследовании;
- способность адекватно отвечать на поставленные вопросы.

Отбор респондентов проводился случайным выбором. Каждому участнику опроса были предложены 10 вопросов анонимной анкеты.

Из 35 респондентов 54,2% (19 человек) женского пола; 45,8% (16 человек) мужского пола.

Возрастная структура анкетированных составила: 17 лет - 18 лет – 42,9% (15 человек); 19 лет – 14,2% (5 человек); 20 лет – 42,9% (15 человек).

На вопрос: «Сколько раз в день Вы принимаете пищу?» ответы распределились следующим образом: 71,4% (25 человек) 3 раза в день; 28,6% (10 человек) питаются 4-5 раз в день.

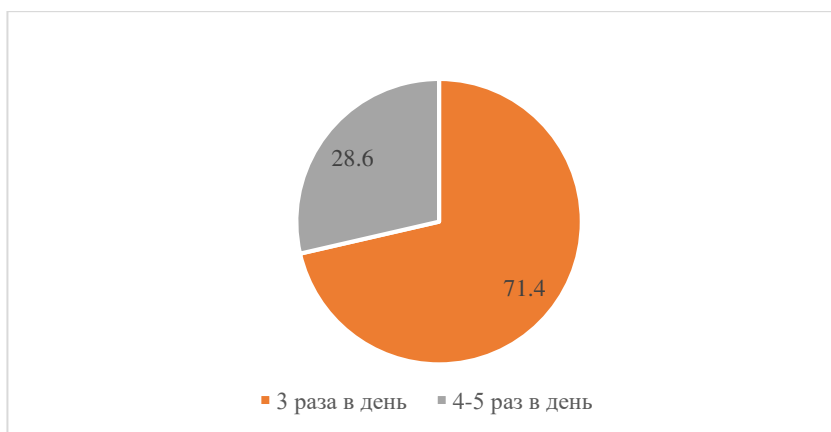


Диаграмма 1. Кратность приема пищи

23,3% (8 человек) респондентов не завтракают, и 34,4% (13 человек) на завтрак предпочитают чай с бутербродом. 21% (7 человек) выбирают кефир (йогурт) и 21% (7 человек) на завтрак выбирают кашу или мюсли.

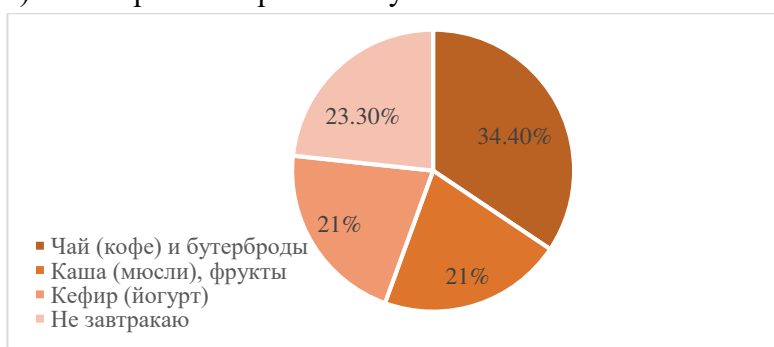


Диаграмма 2. Завтрак студентов

В рационе 46% (16 человек) студентов жирная пища присутствует каждый день, 31% (11 человек) респондентов употребляют жирную пищу 2-3 раза в неделю, 23% (8 человек) – 1 раз в неделю и реже.

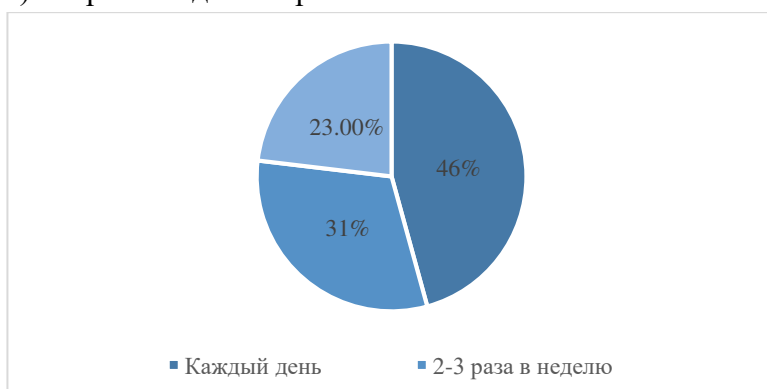


Диаграмма 3. Присутствие жирной пищи в рационе питания

На вопрос: «Как часто Вы употребляете горячую пищу в течении суток?» ответы распределились следующим образом: 64% (23 человека) употребляют горячую пищу 3-4 раза в сутки, 18% (6 человек) 2-3 раза и 18% (6 человек) 1-2 раза в сутки.

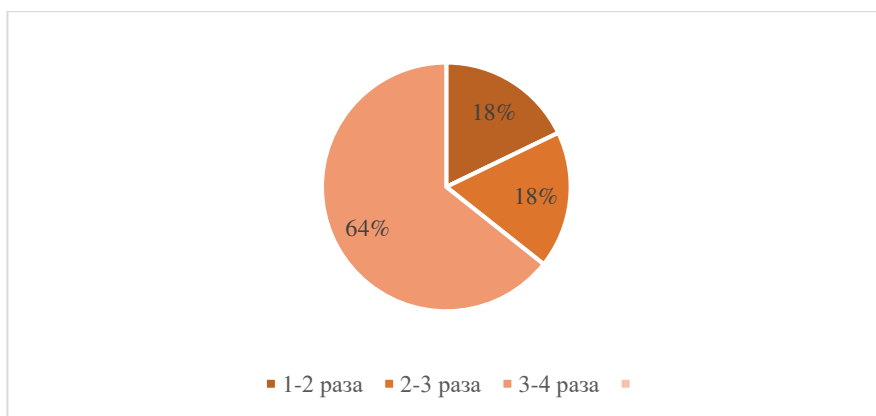


Диаграмма 5. Употребление горячей пищи в течении суток

На вопрос: «Вы употребляете в пищу молочные и кисломолочные продукты?» 48% (17 человек) отметили, что употребляют молочные и кисломолочные продукты 2-3 раза в неделю, 28% (10 человек) – «редко», каждый день в рационе присутствуют молочные и кисломолочные продукты у 24% (8 человек) респондентов.

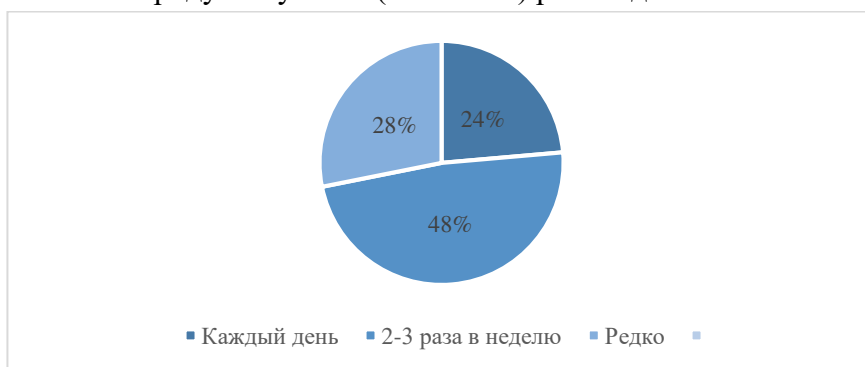


Диаграмма 6. Употребление молочных и кисломолочных продуктов

Ежедневно свежие овощи входят в рацион 60% (21 человек) респондентов, 2-3 раза в неделю употребляют свежие овощи 26% (9 человек), редко включают в меню свежие овощи 14% (5 человек) студентов.

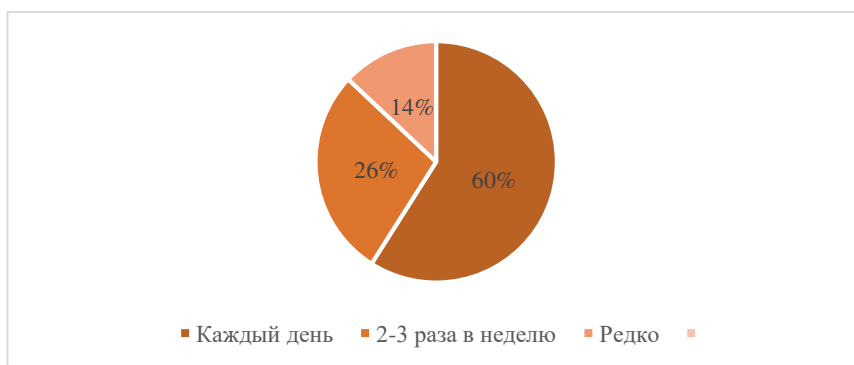


Диаграмма 7. Употребление свежих овощей

На вопрос: «В Ваш рацион входят фрукты, ягоды?» 64% (22 человека) ответили, что употребляют фрукты, ягоды ежедневно, 29% (10 человек) – 2-3 раза в неделю, 7% (3 человека) редко включают в свой рацион фрукты и ягоды.

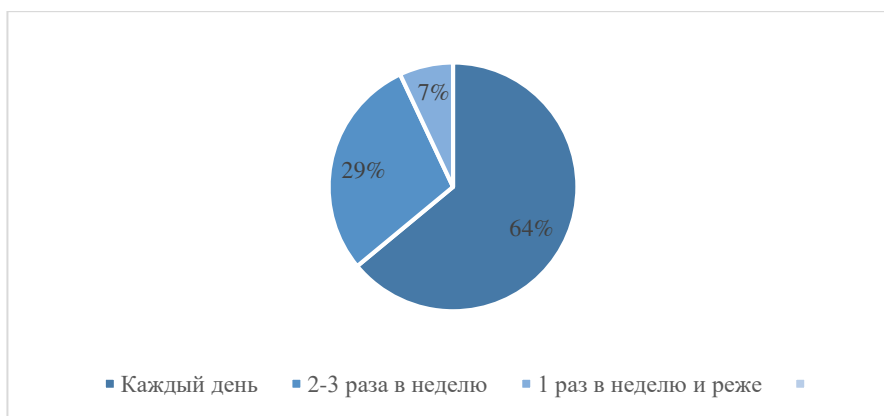


Диаграмма 8. Употребление фруктов в рационе питания

На вопрос «Любите ли Вы сладости?», 46% (16 человек) респондентов ответили, что употребляют пирожные, печенье, мороженое, 46% (16 человек) отметили, что умеренно употребляют лакомства, а 8% (3 человека) относятся к сладостям равнодушно.



Диаграмма 9. Употребление сладостей

На вопрос какой подход к рациональному питанию придерживаются респонденты ответы распределились следующим образом: 66% (23 человека) соблюдают раздельное питание, 17% (6 человек) придерживаются разгрузочных дней, 13% (5 человек) соблюдают пост, а 4% (1 человек) указали «другой вариант ответа».

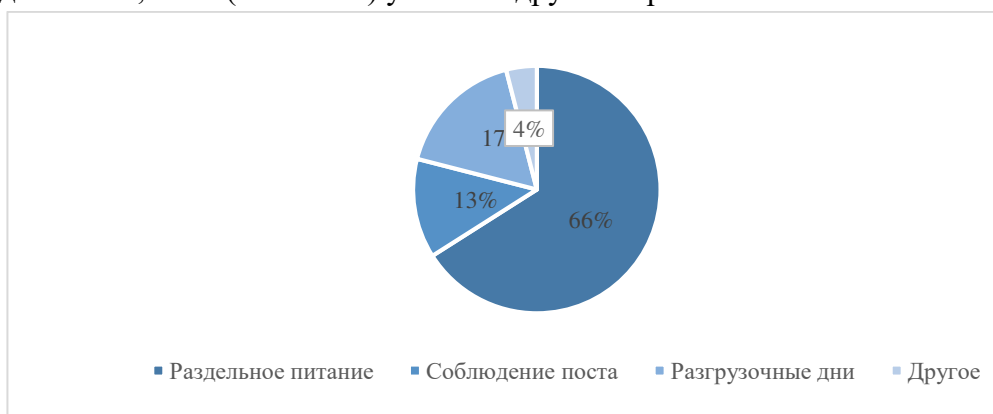


Диаграмма 10. Поддержание какого-либо рационального подхода к питанию

Исходя из анкетирования можно сделать вывод, что респонденты, участвовавшие в исследовании питаются 3 раза в день, употребляют горячую пищу 3-4 раза в сутки, предпочитают на завтрак чай с бутербродом. В рационе большинства студентов каждый день присутствует жирная пища, свежие овощи, фрукты и ягоды. Почти половина респондентов употребляют молочные и кисломолочные продукты 2-3 раза в неделю. Практически все употребляют лакомства, где присутствуют быстрые углеводы, но

половина респондентов включает в рацион питания пирожные, печенье, мороженое, в умеренном количестве. Также было выявлено, что равнодушных к вопросу питания нет, молодые люди придерживаются тех, или иных правил рационального питания.

### **Заключение**

Изучив источники информации по об основах питания, его основных функциях, и принципах, можно сделать вывод, что рациональное питание – это достаточное в количественном и полноценное в качественном отношении питание, основа которого, сбалансированность, то есть оптимальное соотношение всех компонентов пищи.

Рациональное питание является неотъемлемым компонентом здорового образа жизни. Современный стремительный ритм жизни диктует свои условия, организм человека часто испытывает стресс от хронической усталости, нервных перегрузок, неблагоприятной экологической обстановки, поэтому рациональное питание, как элемент здорового образа жизни, должно стать неотъемлемой частью жизни каждого современного человека. Врачи утверждают, что полноценное рациональное питание – важное условие сохранения здоровья и высокой работоспособности взрослых, а для молодых людей еще и необходимое условие роста и развития. Организм человека устроен достаточно логично, поэтому чрезмерные ограничения в питании, как и перенасыщение, не принесут пользу. Чтобы нормально функционировать, человеку нужны как животные, так и растительные продукты. С пищей человек получает незаменимые макро- и микроэлементы, витамины и аминокислоты, не синтезируемые организмом. Пища необходима организму для поддержания процессов жизнедеятельности, роста и развития. От характера и режима питания зависит течение многих процессов в организме человека.

Студенческая пора отличается большим перенапряжением нервной системы, изменением образа жизни, новых условий и функций. Нехватка времени, связанная с подготовкой к занятиям, некомпетентность в вопросах культуры питания, темп современной жизни – факторы, нарушающие правильный режим питания студентов. Неправильный режим питания приводит к заболеваниям многих систем человеческого организма. Поэтому, диетологи рассматривают питание студенческой молодёжи как особой группы.

Рацион питания студентов должен быть обеспечен достаточным количеством различных витаминов, минералов для роста и физиологическое состояние организма. Питание должно быть сбалансированным, энергетическая ценностью и качественный состав реального рациона должно соответствовать потребностям в энергии и питательных веществах. В обязательном порядке должен соблюдаться режим питания.

Соблюдение принципов рационального питания студентов является одним из наиболее важных факторов поддержания здоровья и эффективности обучения. Правильное питание поможет сохранить молодость и здоровье на долгие годы, чтобы быть энергичными и достичь всех желаемых целей.

Рациональное питание следует рассматривать как одну из главных составных частей здорового образа жизни современной молодежи, как один из факторов продления активного периода жизнедеятельности всего человечества.

Изучение отношения студентов к вопросу питания – важное направление в формировании у молодёжи ценностных ориентаций к сохранению собственного здоровья и здоровья следующих поколений.

Анализируя результаты анкетирования, можно сделать вывод, что равнодушных к вопросу питания нет, молодые люди придерживаются тех, или иных правил рационального питания.

Поставленные задачи решены, гипотеза «Студенческая молодежь старается соблюдать принципы рационального питания» подтверждена, цель исследовательской работы достигнута.

### **Библиографический список**

1. ЗОЖ с Еленой Жмуриной/ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://m.facebook.com/zozhselenoyzhmurinoy/photos/a.2444706095801>
2. Коротко о принципах рационального питания / [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://articular.ru/zdorovoe-racionalnoe-pitanie-racionalnoe-pitanie/>
3. Особенности питания студентов/ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [https://studbooks.net/1987978/meditsina/osobennosti\\_pitaniya\\_studentov](https://studbooks.net/1987978/meditsina/osobennosti_pitaniya_studentov)
4. Пирамида здорового питания - 5 золотых правил/ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://infopedia.su/17x88e8.html>
5. Пирамида здорового питания - 5 золотых правил/ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://infopedia.su/17x88e8.html>
6. Пирамида питания/ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
7. Рациональное питание - как основной фактор здоровья / [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.informio.ru/publications/id6134/Racionalnoe-pitanie-kak-osnovnoi-faktor-zdorovja>
8. Рациональное питание/ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://kcvmir.ru/publications/2016/racionalnoe-pitanie>
9. Рациональное питание/ [Учебное пособие]. - Режим доступа: [https://www.studmed.ru/efimov-aa-efimova-mv-osnovy-racionalnogo-pitaniya-uchebnoe-posobie\\_a2a11564754.html](https://www.studmed.ru/efimov-aa-efimova-mv-osnovy-racionalnogo-pitaniya-uchebnoe-posobie_a2a11564754.html)
10. Основы рационального питания/ [Учебное пособие]. - Режим доступа: [https://www.studmed.ru/nazarenko-l-i-osnovy-racionalnogo-pitaniya\\_2bdadd15a49.html](https://www.studmed.ru/nazarenko-l-i-osnovy-racionalnogo-pitaniya_2bdadd15a49.html)

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

E-mail: [alinka\\_is1993@mail.ru](mailto:alinka_is1993@mail.ru)

### **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Для того чтобы понять, что такое безопасность жизнедеятельности, рассмотрим понятие опасность.

Опасность – это свойство человека и окружающей среды, способное причинять ущерб живой и неживой материи [4].

Перечень опасностей, угрожающих человеку, весьма широк и непрерывно растет. Существует множество классификаций опасностей. Рассмотрим наиболее популярную из них классификацию – по происхождению опасностей – бывают: естественные (создаются климатическими и природными явлениями); техногенные (создаются элементами технической сферы – машинами, сооружениями, веществами и т.п.) и антропогенные (созданные в результате ошибочных и несанкционированных действий человека или групп людей) [4].

В производственных, городских, бытовых условиях на человека воздействуют одновременно, как правило, несколько негативных факторов (факторов опасности), которые являются неотъемлемой составной частью среды его обитания.

Безопасность - состояние защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз или опасностей [4]. Потребность в безопасности, является второй ступенью в известной нам пирамиде потребностей А. Маслоу. Человеку важна его собственная безопасность, то есть отсутствие прямых опасностей жизни и здоровью.

Существует несколько уровней безопасности жизнедеятельности:

- личная и коллективная безопасность человека;
- охрана природной среды (биосферы);
- государственная (национальная) безопасность;
- глобальная безопасность.

Рассмотри подробнее личную и коллективную безопасность. В системе личной и коллективной безопасности выделяют следующие основные виды безопасности жизнедеятельности:

- безопасность здоровья, под которой понимается соматическая (телесная) норма состояния человека, нормальное функционирование всех систем органов с учетом возрастных особенностей;
- психологическая безопасность, которая предполагает психическое здоровье;
- социальная безопасность, под которой подразумевается обеспечение защищенности наиболее уязвимых в социальном отношении слоев населения;
- антинаркотическая безопасность;
- антикриминальная безопасность;
- противопожарная безопасность;
- техногенная (производственная и бытовая) безопасность;
- транспортная безопасность;
- природная и экологическая безопасность;
- финансовая безопасность [2].

Вспомним потребности повседневной жизни по В. Хендерсон, среди которых имеется потребность: обеспечивать свою безопасность и не создавать опасность для других людей. Для обеспечения данной потребности, как и всех потребностей в целом человек должен быть здоров. Из этого мы делаем вывод: чтобы человеку обеспечить себе безопасность жизнедеятельности и свести к минимуму возникновения заболеваний, ему необходимо вести здоровый образ жизни (ЗОЖ). Здоровье = ЗОЖ, безопасность жизнедеятельности = ЗОЖ.

В результате ряда принятых решений и выборов человек может влиять на состояние своего здоровья – негативно или позитивно. Соблюдая здоровый образ жизни человек, делает свою жизнь более безопасной.

Цель нашего исследования: определение уровней отношения к здоровью у студентов 30СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа».

Объект исследования – здоровый образ жизни.

Предмет исследования – здоровый образ жизни как фактор безопасности жизнедеятельности человека.

Гипотеза исследования: студенты сестринского отделения ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа» знают все принципы здорового образа жизни и применяют их в повседневной жизни.

Задачи исследования:

1. Изучить научную литературу по теме исследования.
2. Подобрать метод исследования для определения уровней отношения к собственному здоровью.
3. Определить уровни отношения к собственному здоровью студентов 30 СД группы специальности сестринское дело ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа».
4. Проанализировать полученные результаты.

Студентам медицинского колледжа хорошо известны составляющие здорового образа жизни, так как первичной профилактикой заболеваний является ведение здорового образа жизни, который студенты как будущие медицинские работники должны советовать соблюдать людям повсеместно. Основными компонентами здорового образа жизни являются: 1) физическая активность; 2) рациональное питание; 3) личная гигиена; 4) закаливание организма; 5) отказ от вредных привычек; 6) психоэмоциональная культура; 7) оптимальный режим труда и отдыха [5].

Стараются ли сами студенты сделать свою жизнь более безопасной, ведя здоровый образ жизни? Это нам предстоит выяснить далее.

Исследование здорового поведения проводилось на базе ОГПОБУ «Биробиджанский медицинский колледж» - количество человек, принявших участие в исследовании, составило 21 человек – студенты третьего курса 30 «СД» группы, специальность – сестринское дело, в возрасте от 19 до 35 лет.

Исследование проводилось с помощью опросника-анкеты «Оrientировочная оценка здорового поведения». Данная методика не имеет автора и позаимствована из учебного пособия О.В. Барканова «Теоретические основы и психологическая диагностика здоровья личности». Методика является опросником-анкетой, оценивающей уровень здорового образа жизни испытуемого по семи показателям, включающим режим питания и физической активности, наличие вредных привычек, режим сна и соотношение вес – рост. Все ответы имеют значения в баллах. Обработка производится путем подсчета суммы набранных баллов и выявления уровня здорового образа жизни испытуемого. Бланк опросника представлен в приложении 1.

Первый вопрос опросника касается физической активности студентов. Результаты по первому вопросу «Сколько раз в неделю Вы занимаетесь физическими упражнениями в течение 20 мин. и более без перерыва?» представлены в таблице 1.

Таблица 1

Ответы на вопрос «Сколько раз в неделю Вы занимаетесь физическими упражнениями в течение 20 мин. и более без перерыва?» студентов 30 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа»

|                                | Варианты ответов |         |         |
|--------------------------------|------------------|---------|---------|
|                                | 3 дня и больше   | 1-2 дня | Ни разу |
| Количество человек             | 7                | 6       | 8       |
| Количество человек в процентах | 38%              | 33%     | 29%     |

По ответам студентов мы видим, что 38% занимаются физическими упражнениями 3 дня и более в неделю. 33% студентов занимаются 1-2 раза в неделю и 29% студентов не занимаются физической культурой вовсе. Большинство студентов – 71% все-таки занимаются физическими упражнениями в течение недели.

Второй вопрос касается вредных привычек, а именно курения. Результаты по второму вопросу «Как часто вы курите?» представлены в таблице 2.

Таблица 2

Ответы на вопрос «Как часто вы курите?» студентов 30 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа»

|                                | Варианты ответов |             |        |             |
|--------------------------------|------------------|-------------|--------|-------------|
|                                | Никогда          | Очень редко | Иногда | Каждый день |
| Количество человек             | 12               | 2           | 4      | 3           |
| Количество человек в процентах | 57%              | 10%         | 19%    | 14%         |

Из ответов студентов мы видим, что большинство – 57% предпочитают не курить вовсе. 10% студентов курят очень редко, 19% - курят иногда и 14% курят каждый день.

Третий вопрос касается вредных привычек, а именно употребления алкоголя. Результаты по третьему вопросу «Какое количество алкоголя вы потребляете?» представлены в таблице 3.

Таблица 3

Ответы на вопрос «Какое количество алкоголя вы потребляете?» студентов 30 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа»

|                                | Варианты ответов     |                                                          |                                            |                                            |                                              |                          |
|--------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
|                                | Не употребляю вообще | Не больше одной порции (50 г. крепких напитков в неделю) | 2-3 порции в неделю, но не больше 2 в день | 4-6 порций в неделю, но не больше 2 в день | 4-6 порций в неделю и иногда больше 2 в день | Больше 6 порций в неделю |
| Количество человек             | 10                   | 8                                                        | 3                                          | 0                                          | 0                                            | 0                        |
| Количество человек в процентах | 48%                  | 38%                                                      | 14%                                        | 0%                                         | 0%                                           | 0%                       |

|           |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|
| процентах |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|

Из полученных ответов, видно, что 48% студентов из группы опрашиваемых не употребляют алкоголь вообще. 38% студентов употребляют не более одной порции алкоголя в неделю (одна порция алкоголя приравнивается к 50 граммам крепких спиртных напитков) и всего 14% - выпивают в неделю 2-3 порции алкоголя, но не более 2 порций в день. Безусловно, радует, что никто из студентов не употребляет 4-6 порций алкоголя в неделю и более.

Четвертый и пятый вопросы относятся к разделу питания. Результаты представлены в таблице 4 и таблице 5.

Таблица 4

Ответы на вопрос «Сколько раз в неделю вы завтракаете?» студентов 30 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа»

|                                | Варианты ответов |         |         |         |       |
|--------------------------------|------------------|---------|---------|---------|-------|
|                                | Ни разу          | 1 или 2 | 3 или 4 | 5 или 6 | 7 раз |
| Количество человек             | 2                | 10      | 3       | 2       | 4     |
| Количество человек в процентах | 10%              | 47%     | 14%     | 10%     | 19%   |

10% из опрошенных студентов не завтракают вообще, 47 % - завтракают 1 или 2 раза в неделю, 14% - завтракают 3 или 4 раза в неделю, ещё 10% - завтракают 5 или 6 раз в неделю и 19% - завтракают каждый день – семь раз в неделю.

Таблица 5

Ответы на вопрос «Как часто Вы перекусываете между основными приемами пищи?» студентов 30 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа»

|                                | Варианты ответов |                   |                 |                |                 |                     |
|--------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------|
|                                | Никогда          | 1 – 2 раза в день | 3-4 раза в день | 5-7 раз в день | 8-10 раз в день | Более 10 раз в день |
| Количество человек             | 1                | 9                 | 11              | 0              | 0               | 0                   |
| Количество человек в процентах | 5%               | 43%               | 52%             | 0%             | 0%              | 0%                  |

Из ответов студентов, мы видим что перекусы между основными приемами пищи никогда не устраивают 5%, 43% из опрошенных студентов перекусывают 1 или 2 раза между основными приемами пищи и 52% студентов – перекусывают 3-4 раза.

Седьмой вопрос анкеты из раздела сна и отдыха. Результаты представлены в таблице 6.

Таблица 6

Ответы на вопрос «Как много времени в сутки Вы спите?» студентов 30 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа»

|                                | Варианты ответов |                |               |               |               |
|--------------------------------|------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
|                                | Более 10 часов   | 9 или 10 часов | 7 или 8 часов | 5 или 6 часов | Менее 5 часов |
| Количество человек             | 3                | 2              | 9             | 6             | 1             |
| Количество человек в процентах | 14%              | 10%            | 43%           | 28%           | 5%            |

Большинство из опрошенных студентов (43%) спят по 7-8 часов в сутки, 14% студентов спят более 10 часов в сутки, 10% студентов спят по 9-10 часов в сутки, 28% - спят по 5-6 часов в сутки и 5% студентов – спят менее 5 часов в сутки.

Следующий вопрос из опросника относится к соотношению массы тела и роста. Для того, чтобы ответить на последний вопрос, студентам необходимо было произвести небольшой математический расчет. Например (для женщины): рост 157 см., вес 52 кг. Идеальный вес для женщины можно рассчитать по формуле  $\text{Рост} - 110 \text{ см}$  (для мужчин:  $\text{Рост} - 100 \text{ см}$ ):  $157 - 110 = 47 \text{ кг}$ . Разница между идеальным весом и реальным весом составляет:  $52 \text{ кг} - 47 \text{ кг} = 5 \text{ кг}$ . Теперь необходимо рассчитать разницу в процентах. Расчет:  $(5 \times 100\%) / 47 \text{ кг} = 10,6$  (округлим до 11). Ответ: реальный вес превышает идеальный вес на 11-20%. Результаты ответов представлены в таблице 7.

Таблица 7

Ответы на вопрос «Как относится Ваш вес к «идеальному» для Вашего роста и пола?» студентов 30 СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа»

|                                | Варианты ответов           |                     |                     |                               |                |                |                       |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|----------------|----------------|-----------------------|
|                                | Превышает более чем на 30% | Превышает на 21-30% | Превышает на 11-20% | Превышает не более чем на 10% | Ниже на 11-20% | Ниже на 21-30% | Ниже более чем на 30% |
| Количество человек             | 0                          | 3                   | 4                   | 4                             | 9              | 1              | 0                     |
| Количество человек в процентах | 0%                         | 14%                 | 19%                 | 19%                           | 43%            | 5%             | 0%                    |

Ответы на последний вопрос дает нам следующие результаты: у 43% опрошенных студентов – реальный вес ниже идеального веса на 21-30%; у 5% студентов – реальный вес ниже идеального веса на 21-30%, у 19% студентов – реальный вес превышает идеальный не более чем на 10% и так же у 19% студентов реальный вес превышает идеальный на 11-20%. И у 14% опрошенных – реальный вес превышает идеальный на 21-30%. У большинства студентов (43%) имеется дефицит массы тела.

Посмотрим на общую картину результатов опросника-анкеты «Ориентировочная оценка здорового поведения» и выделить уровни отношения к собственному здоровью среди студентов 30СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа». Результаты представлены в таблице 8.

Таблица 8

Результаты опроса студентов 30СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского  
медицинского колледжа» по опроснику «Ориентировочная оценка здорового поведения»

|                          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Номер<br>испытуе<br>мого | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| Количес<br>тво<br>баллов | 54 | 37 | 29 | 30 | 32 | 41 | 45 | 40 | 45 | 52 | 64 | 50 | 43 | 41 | 32 | 46 | 54 | 48 | 52 | 58 | 44 |

В опроснике «Ориентировочная оценка здорового поведения» выделяется 5 уровней отношения к своему здоровью: уровень 1 (60-70 баллов); уровень 2 (50-59 баллов), уровень 3 (40-49 баллов), уровень 4 (30-39 баллов) и уровень 5 (менее 30 баллов). По результатам проведенного опроса среди студентов 30СД к 1-ому уровню отношения к своему здоровью относятся 1 человек (5%). Ко второму уровню отношения к своему здоровью относятся: 6 человек (29%); к третьему уровню относятся: 9 человек (42%). К четвертому уровню относятся – 4 человека (19%) и к пятому уровню относится 1 человек (5%). Результаты представлены в таблице 9.

Таблица 9

Распределение студентов 30СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского  
колледжа» между уровнями отношения к своему здоровью

|                                   | Уровни отношения к своему здоровью |     |     |     |    |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----|-----|-----|----|
|                                   | 1                                  | 2   | 3   | 4   | 5  |
| Количество человек                | 1                                  | 6   | 9   | 4   | 1  |
| Количество человек в<br>процентах | 5%                                 | 29% | 42% | 19% | 5% |

У 5% опрошенных студентов отношение к собственному здоровью следует оценить как отличное; 29% относятся к своему здоровью хорошо, но могут и лучше; 42% студентов удовлетворительно относятся к своему здоровью и им следует многое изменить в своем образе жизни; 19% студентов неудовлетворительно относятся к своему здоровью и 5% студентов плохо относятся к своему здоровью или вовсе пренебрегают им. Графически результаты представлены на рисунке 1.

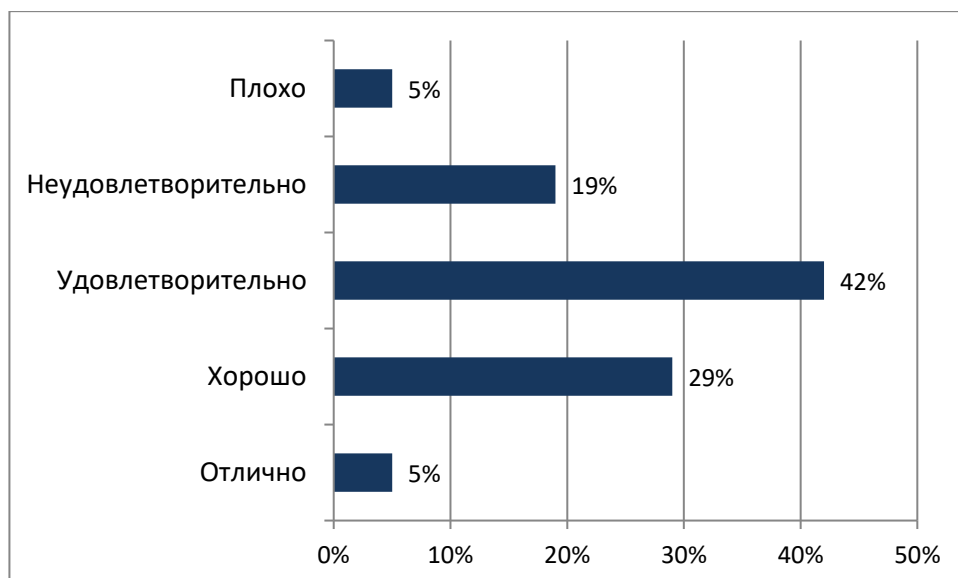


Рисунок 1. Процентное соотношение результатов опроса студентов 30СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа» по уровням отношения к здоровью

Не смотря на то, что студенты 30СД группы ОГПОБУ «Биробиджанского медицинского колледжа» сестринского отделения знают о составляющих здорового образа жизни, не могут в полной мере применить свои знания в своей жизни по отношению к своему здоровью. Можно сказать, что гипотеза частично подтверждена.

### Библиографический список

1. Барканова О.В. Теоретические основы и психологическая диагностика здоровья личности: учебное пособие / О.В. Барканова. – Красноярск: Изд-во Гос. пед. Ин-т им. В.П. Астафьева, 2014. – 366 с.
2. Леонтьева И.А. 10. Безопасность жизнедеятельности. Краткий конспект лекций: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / И.А. Леонтьева. – Елабуга: Изд-во Елабуж.ин-та КФУ, 2014. - 180 с.
3. Соломин В.П. Безопасность жизнедеятельности для педагогических и гуманитарных направлений / В. П. Соломин. - Москва: Изд-во Юрайт, 2018. - 399 с.
4. Евстигнеева Н.А. Безопасность жизнедеятельности / Н.А. Евстигнеева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://studfile.net/preview/8881468/>.
5. Меркулов А.В. Составляющие здорового образа жизни / А.В. Меркулов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://73.rospotrebnadzor.ru/content/156/7403/>.

### Приложение 1

#### Опросник-анкета «Ориентировочная оценка здорового поведения»

Инструкция: обведите кружком число баллов, которое соответствует каждому ответу, после этого суммируйте их.

#### Бланк опросника

| Вопросы для оценки здорового поведения                                                               | Баллы |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Сколько раз в неделю Вы занимаетесь физическими упражнениями в течение 20 мин. и более без перерыва? |       |

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| 3 дня и больше                                                     | 10 |
| 1-2 дня                                                            | 4  |
| Ни разу                                                            | 0  |
| <b>Как часто вы курите?</b>                                        |    |
| Никогда                                                            | 10 |
| Очень редко                                                        | 5  |
| Иногда                                                             | 3  |
| Каждый день                                                        | 0  |
| <b>Какое количество алкоголя вы потребляете?</b>                   |    |
| не употребляю вообще                                               | 10 |
| не больше одной порции (50 г крепких) напитков в неделю            | 8  |
| 2–3 порции в неделю, но не больше 2 в день                         | 6  |
| 4–6 порций в неделю, но не больше 2 в день                         | 4  |
| 4–6 порций в неделю и иногда больше 2 в день                       | 2  |
| больше 6 порций в неделю                                           | 0  |
| <b>Сколько раз в неделю вы завтракаете?</b>                        |    |
| ни разу                                                            | 0  |
| 1 или 2                                                            | 2  |
| 3 или 4                                                            | 6  |
| 5 или 6                                                            | 8  |
| 7 раз                                                              | 10 |
| <b>Как часто Вы перекусываете между основными приемами пищи?</b>   |    |
| никогда                                                            | 10 |
| 1 или 2 раза в неделю                                              | 8  |
| 3 или 4 раза в неделю                                              | 6  |
| 5 или 7 раз в неделю                                               | 4  |
| 8 или 10 раз в неделю                                              | 2  |
| более 10 раз в неделю                                              | 0  |
| <b>Как много времени в сутки Вы спите?</b>                         |    |
| более 10 ч.                                                        | 4  |
| 9 или 10 ч.                                                        | 8  |
| 7 или 8 ч.                                                         | 10 |
| 5 или 6 ч.                                                         | 6  |
| меньше 5 ч.                                                        | 0  |
| <b>Как относится Ваш вес к идеальному для Вашего роста и пола?</b> |    |
| превышает более чем на 30 %                                        | 0  |
| превышает на 21–30 %                                               | 3  |
| превышает на 11–20 %                                               | 6  |
| превышает не более чем на 10 %                                     | 10 |
| ниже на 11–20 %                                                    | 6  |
| ниже на 21–30 %                                                    | 3  |
| ниже более чем на 30 %                                             | 0  |
| <b>Общее количество баллов</b>                                     |    |

Обработка и интерпретация результатов: 60-70 баллов: ваше отношение к собственному здоровью следует оценить как отличное (если только в одном из разделов вы не потеряли все 10 очков); 50-59 баллов: вы ведете себя хорошо, но можете и лучше, есть резервы; 40-49 баллов: ваше поведение можно оценить как среднее; в нем многое

следовало бы изменить; 30-39 баллов: вы весьма посредственно относитесь к своему здоровью: при правильном образе жизни вы могли бы получать от жизни больше удовольствия. Менее 30 баллов: вы серьезно пренебрегаете своим здоровьем; без всякого сомнения, вы заслуживаете лучшего к себе отношения.

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»  
E-mail: [ms.likhta@mail.ru](mailto:ms.likhta@mail.ru)

## ПРОБЛЕМЫ ОЖИРЕНИЯ И АНОРЕКСИИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Ожирение и анорексия являются результатом нарушения пищевого поведения, которые приводят к тяжелым соматическим и психологическим последствиям.

Пищевое поведение формируется с раннего детства, его нарушение может привести человека к накоплению лишних килограммов, а затем к ожирению, либо, напротив, к болезненной худобе.

**Цель исследования:** определить отношение молодых людей к двум крайностям пищевого поведения, выявить предрасположенность к нарушениям питания.

**Задачи исследования** заключались в изучении проблемы ожирения и анорексии; в оценке статистических данных распространения этих пищевых расстройств в мире и в России. Также мы постарались выявить с помощью индекса массы тела признаки ожирения или анорексии среди студентов и школьников, и определить сформированность представлений респондентов о правильном питании.

**Методы исследования:** изучение теоретических источников, проведение антропометрических измерений, проведение анкетирования с последующим анализом и формированием выводов.

Одной из самых больших угроз в плане ведущего фактора риска для появления тяжелых, плохо излечиваемых, имеющих хроническое течение заболеваний, на сегодняшний день является лишний вес.

По последним расчетам 1 из 3 взрослых людей в мире страдает избыточным весом, и 1 из 10 страдает ожирением – это соответственно 1,5 миллиарда и 350 миллионов взрослых людей. Приблизительно 20 млн. детей до 8 лет имеют проблемы лишнего веса. Первое место в рейтинге занимает США. Статистика показывает, что примерно две трети населения США страдают от избыточного веса. Лидирующее место занимают европейские страны. Особо следует выделить Великобританию, Венгрию, Румынию, Грецию и Албанию. Сложная ситуация сложилась в Китае, где от полноты страдают дети. За последние 20 лет число тучных детей и подростков увеличилось здесь в 4 раза и сейчас составляет почти 30 млн. В Южной Америке ожирение есть у более 20 % детей и 40 % взрослого населения [1].

Согласно исследованиям Института питания РАМН 50 % россиян имеют избыточный вес и примерно 18 -20 % уже страдают ожирением [2].

*Основные причины, приводящие к ожирению:*

- **алиментарная**, обусловленная поступлением с пищей большего количества калорий, чем расходуется организмом. Такое ожирение носит семейный характер, развивается, как правило, при систематическом переедании, нарушении режима питания, отсутствии адекватной физической нагрузки. Это причина 85-90% всех случаев ожирения.
- **Эндокринная**, обусловленная недостаточной активностью желез внутренней секреции, что может привести к таким заболеваниям, как микседема, евнухоидизм, постклимактерический синдром и др. От этой причины зависит 12-13% всех случаев ожирения.
- **Церебральная**, возникает вследствие нарушения гипоталамических функций в головном мозге, которые ответственны за регуляцию голода и аппетита, и в связи с этим имеет ряд клинических особенностей. Составляет 2-3 % случаев ожирения.

Таблица 1

**Степени ожирения, определенные ИМТ**

| Индекс массы тела: кг/рост в м <sup>2</sup> | Оценка                        |
|---------------------------------------------|-------------------------------|
| Менее 15 - 18                               | Выраженный дефицит массы тела |
| 18 – 20                                     | Дефицит массы тела            |
| <b>20 – 25</b>                              | Норма                         |
| 25 - 30                                     | Ожирение I степени            |
| 30- 40                                      | Ожирение II степени           |
| Более 40                                    | Ожирение III степени          |

Ожирение приводит не только к эстетическим проблемам, но и к таким серьезным заболеваниям как гипертоническая и ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, остеоартриты, рак матки и молочных желез, болезни мочевого пузыря, инсулинозависимый диабет. Медицинская статистика свидетельствует, что ожирение сокращает жизнь человека в среднем на 10 -12 лет [3].

Если проблема ожирения существует давно, то проблема анорексии появилась сравнительно недавно.

**Анорексия** – заболевание, проявляющееся в сознательном отказе от приема пищи, сопровождается исхуданием, а затем и кахексией (алиментарной дистрофией). Современное общество способствует «анорексическому взрыву в популяции», предъявляя определенные требования к физическому состоянию человека, что не может не отражаться на его психике.

Стереотипы модной эстетики для некоторых людей становятся сверхценной идеей достижения «эталона внешности». Причем наибольший риск существует для подростков – девочек и женщин с высоким показателем перфекционизма, боязни неудачи и эмоциональной сдержанности.

Согласно статистическим данным, примерно 2,5% женщин и молодых женщин - жертвы анорексии. Цифра эта ежегодно меняется в сторону увеличения. Смертность от анорексии, при отсутствии эффективного лечения составляет 20%, т. е. каждый пятый больной погибает от сознательного истощения [2].

Анорексия представляет собой хронический процесс и протекает в несколько этапов. **Начальный период** - формирование недовольства внешностью. Человек становится возбужденным, встревоженным, агрессивным; выражено снижение массы

тела, уменьшение мышечной и жировой ткани. Затем следует **аноректический период** - снижение веса на 20—30%. Больной активно убеждает себя и окружающих в отсутствии у него аппетита, изнуряет себя большими физическими нагрузками, вызывает рвоту после приема пищи.

Из-за искаженного восприятия своего тела пациент недооценивает степень похудения. Объем циркулирующей в организме жидкости уменьшается, что вызывает гипотонию и брадикардию. Это состояние сопровождается зябкостью, сухостью кожи, аллопецией (выпадением волос). Одним из важных клинических признаков является прекращение менструального цикла (аменорея) у женщин, снижение полового влечения и сперматогенеза у мужчин. Длительная аменорея приводит к развитию остеопороза, бесплодия. Последний период - **кахексический** - снижение веса на 50% и более [4]. Больные выглядят как скелет, обтянутый кожей. Электролитные нарушения на этом этапе часто приводят к смерти.

Нервная анорексия всегда сопровождается депрессией, которая в некоторых случаях может закончиться самоубийством.

Лечение может затянуться на несколько лет. Причем психотерапия является одним из основных компонентов лечения.

Мы провели анкетирование среди студентов 1 и 2 курсов ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж» и среди учащихся 11 классов школы №17. Всего было обследовано 108 человек.

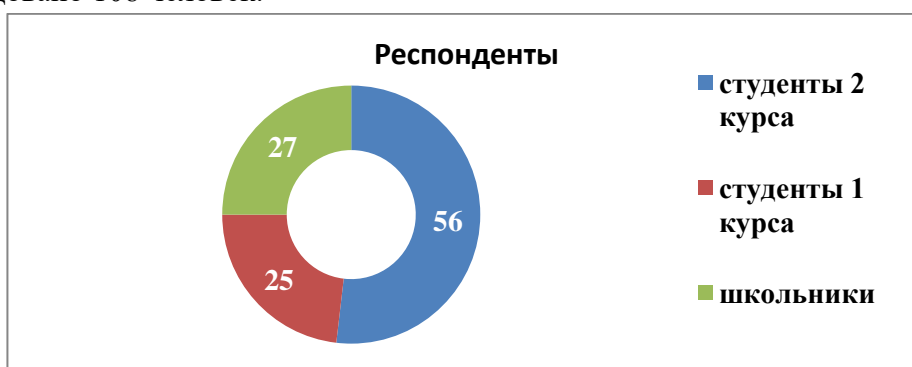


Рисунок 1 - Количество респондентов, принявших участие в социологическом опросе

Кроме опроса респондентов, мы провели антропометрические измерения молодым людям, которые не знали свой рост и вес. А также познакомили их с методикой определения индекса массы тела.

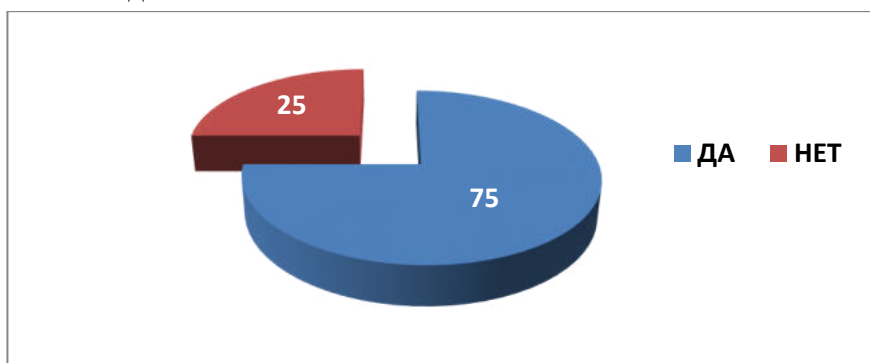


Рисунок 2 - Ответ респондентов на вопрос: «Ожирение и анорексия – это болезнь?»

Наше исследование показало, что молодые люди знают, что ожирение и анорексия являются нездоровыми состояниями, но плохо представляют механизм развития этих заболеваний, течение и прогноз.

В результате применения ИМТ было определено, что избыточной массой тела страдают 15 % исследуемых. Недостаточную массу имеют 33 % респондентов, остальные молодые люди имеют нормальный индекс массы тела. 52 % опрошенных хотели бы похудеть. С целью уменьшить массу тела 26 % применяли различные диеты, 9 %; резко ограничивали калорийность пищи, и кратность приемов пищи, 53 % усиливали физические нагрузки.

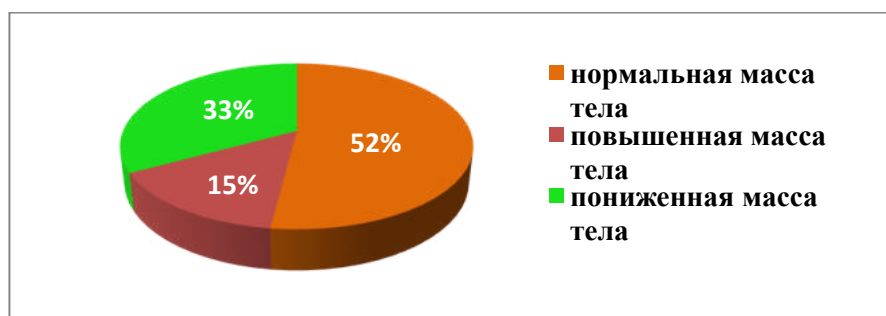


Рисунок 3 - Индекс массы тела респондентов

Вопрос отношения респондентов к современным стандартам красоты 90-60-90 показал, что 79 % не считает их идеальными. Эти стандарты не важны для профессиональной деятельности, которую выбрали наши студенты.

Некоторые школьницы - 14% мечтают стать моделями, и они стремятся к достижению этих параметров.

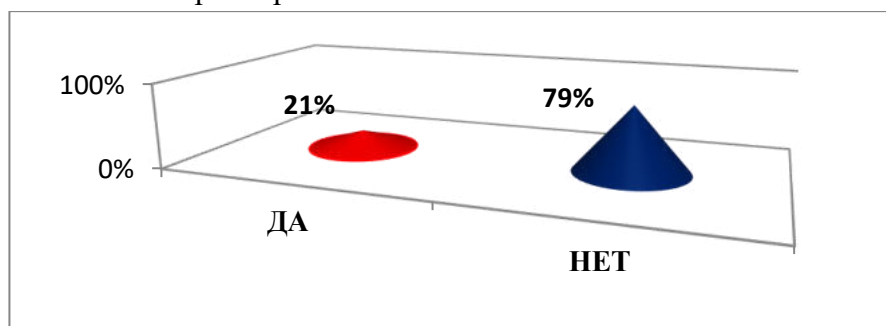


Рисунок 4 - Вопрос: «Важны ли в профессии современные стандарты красоты?»

Следующая группа вопросов касалась рационального питания студентов и старшеклассников. Некоторые респонденты практически не завтракают, т.к. чай/кофе, даже с печеньем не является полноценным приемом пищи и не соответствует рекомендациям пищевой пирамиды. 23% наших студентов не удастся полноценно пообедать, они практикуют перекусы в течение дня, т.е. обходятся без горячего питания. Некоторые респонденты едят, даже не испытывая чувство голода, объясняя такое нарушение пищевого поведения тем, что не известно, когда удастся поесть в следующий раз.



Рисунок 5 - Как завтракают респонденты

Мало в рационе наших студентов овощей и фруктов – только 42 % респондентов употребляют их ежедневно.

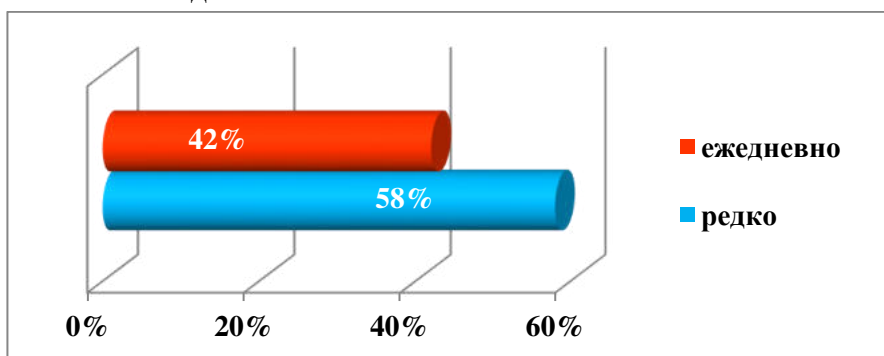


Рисунок 6 - Овощи и фрукты в рационе респондентов

Мясо или рыбу ежедневно едят 57 % опрошенных. Большинство респондентов не являются сторонниками питания по часам, так как считают, что в условиях студенческой жизни такое питание невозможно (65 к 35% соответственно).

Тем не менее, регулярное 3 - 4-х разовое питание респонденты называют рациональным, которое способно поддерживать стабильную массу тела.

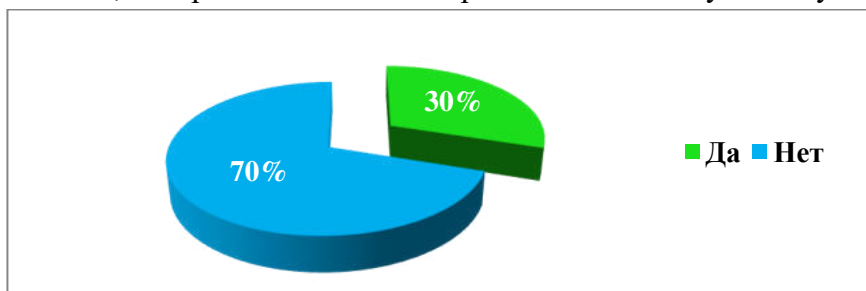


Рисунок 7 - Считают ли респонденты, что они питаются рационально

**Выводы:** в ходе работы с теоретическими источниками мы выяснили, что ожирение и анорексия являются нарушением пищевого поведения, приводящие к тяжелым последствиям соматического и психологического характера. Нарушение пищевого поведения часто является результатом незнания принципов рационального питания. Студенты и старшеклассники в целом имеют верное представление о рациональном питании. Однако большинство респондентов питаются нерационально. Некоторые имеют массу тела, несоответствующую возрастной норме.

*Рекомендации для студентов медицинского колледжа:* необходима дальнейшая работа по формированию представлений о правильном пищевом поведении. Если будущий медик будет сам питаться правильно, он сможет научить этому пациентов.

*Рекомендации для школьников:* необходимо изменить свое питание с учетом выявленных проблем. Студенты медицинского колледжа приступили к разработке

рекомендаций по рациональному питанию и распространят в виде памяток среди учащихся школы №17.

### Библиографический список

1. Методология изучения питания различных групп населения : учебное пособие / Л. В. Транковская, Г. А. Тарасенко, Е. В. Семанов [и др.]. - Владивосток : ТГМУ, 2020 - Часть 1 - 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-98301-195-3. – Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. - URL: <https://e.lanbook.com/book/309650> (дата обращения: 25.02.2023).
2. К проблеме неправильного питания современного студента» / Е.А. Дорофеева, Е.В. Дорофеев, Г.П. Рожнина, Э.М. Османов. - 2020. - Текст: электронный // Киберленинка : сайт. - URL: <https://cyberleninka.ru/> (дата обращения: 25.02.2023).
3. Характер питания и пищевые привычки в молодежной среде / Гаус О.В., Ливзан М.А., Турчанинов Д.В., Попелло Д.В. // Профилактическая медицина : сайт. – 2021. - URL: <https://applied-research.ru> (дата обращения: 25.02.2023).
4. Ожирение: терапевтические аспекты проблемы / Т. Н. Куликова [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 450 с.
5. Справочник по диетологии - /под ред. Б.В. Кабарухина. - 2-е. изд. - Ростов н/Дону : Феникс, 2018. - 301 с.
6. Диагностика и терапия расстройств пищевого поведения: мультидисциплинарный подход / Ю. Б. Барыльник, Н. В. Филиппова, А. А. Антонова [и др.] - Саратов : ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, 2019. - Текст: электронный // Киберленинка : сайт. - URL: <https://cyberleninka.ru/> (дата обращения: 01.03.2023).

Калачева Марина Станиславовна  
г. Петропавловск-Камчатский, ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»  
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс  
Научный руководитель: преподаватель терапии Гордиенко М.Г.  
[marinacatgordienko@gmail.com](mailto:marinacatgordienko@gmail.com)

### **ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ И ФАКТОРОВ РИСКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Тема проводимого исследования является актуальной для работы фельдшера на современном этапе, это обусловлено не только широкой распространенностью данной патологии, но и неблагоприятными последствиями влияния железодефицитных состояний на организм человека, поэтому выявление симптомов и факторов риска железодефицитной анемии (далее – ЖДА) необходимо для своевременного назначения лечения и проведения профилактических мероприятий.

Анемический синдром часто сопровождает течение беременности, является характерным и для других заболеваний (хронические легочные нагноения, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, заболевания почек, злокачественные

новообразования), это обусловлено не только дефицитом, но и перераспределением железа, изменением характера питания, эндокринными влияниями.

В группу риска развития железодефицитной анемии входят женщины репродуктивного возраста, беременные и кормящие грудью, дети в период быстрого роста, доноры, люди пожилого и старческого возраста.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространенность железодефицитной анемии в популяции может быть умеренной – от 5 до 19%, средней – от 20 до 39,9% и высокой – 40% и более; железодефицитные состояния являются причиной 90% анемий, выявляемых у детей и 80% от всех анемий у взрослого населения [1].

Анемия является одной из глобальных мировых проблем, так как выявляется примерно у 25–30% людей [2]. По стандартам ВОЗ диагностическими критериями анемического синдрома являются показатели гемоглобина:

- ниже 130 г/л – для мужчин всех возрастов, женщин в постменопаузе;
- ниже 120 г/л - для небеременных женщин репродуктивного возраста;
- ниже 110 г/л - для беременных женщин.

Стандарты ВОЗ применяются в большинстве стран, что способствует профессиональной согласованности [2].

По степени тяжести, в соответствии с уровнем гемоглобина (Hb), выделяют анемию легкой степени ( $Hb \geq 90$  г/л), средней степени ( $Hb 90-70$  г/л), тяжелой степени ( $Hb \leq 70$  г/л) [3].

По данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, из числа женщин, закончивших беременность, страдали анемией: в 2018 г. - 35,6%; в 2019 г. - 36,0%; в 2020 г. - 35,5% [4].

Заболеваемость анемиями населения Российской Федерации составила (на 100000 населения): в 2019 г. – 1 620,0 и 551,9; в 2020 г. - 1 406,8 и 438,9 (общая и первичная соответственно) [4].

Своевременное выявление железодефицитной анемии является актуальным и для здравоохранения Камчатского края. Заболеваемость населения Камчатского края анемиями (на 1000 населения) составила: в 2019 г. общая – 8,7, первичная – 1,8; в 2020 г. общая – 6,9, первичная – 1,4 [4].

Гипотеза: выявление основных симптомов и факторов риска железодефицитной анемии позволит грамотно спланировать проведение профилактических мероприятий.

Цель исследования: показать значение выявления основных симптомов и факторов риска железодефицитной анемии для разработки и проведения профилактических мероприятий.

Для достижения поставленной цели исследования определены следующие задачи:

1. изучить литературные источники, провести анализ и осуществить синтез теоретических сведений, что позволит определить наиболее часто встречаемые симптомы и особо значимые факторы риска железодефицитной анемии;
2. проанализировать медицинские карты стационарных и амбулаторных пациентов для оценки распространенности анемического синдрома при патологии других органов и систем;
3. на основе изученных теоретических материалов составить анкеты для проведения социометрического исследования среди пациентов различных возрастных

групп, страдающих железодефицитной анемией;

4. провести социометрию среди студентов и сотрудников ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж» для выявления имеющихся у них симптомов и факторов риска железодефицитной анемии;

5. провести статистическую обработку результатов исследования;

6. разработать предложения по проведению профилактических мероприятий.

Объект исследования - железодефицитная анемия.

Предмет исследования – выявление симптомов и факторов риска железодефицитной анемии.

При диагностике железодефицитной анемии и других анемических состояний фельдшер должен руководствоваться требованиями, представленными в нормативных документах. Основным документом, регламентирующим оказание помощи при железодефицитной анемии, является «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология»» (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. №930н), который устанавливает правила оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология» в медицинских организациях [5].

В соответствии с Приказом первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием [5]. Необходимо учесть, что диагностические возможности фельдшера на догоспитальном этапе могут быть ограничены только субъективным и объективным обследованием, а симптоматика железодефицитных состояний иногда бывает скудной и развивается постепенно, что создает определенные трудности для своевременного выявления данной патологии.

Проявлениями железодефицитной анемии являются:

- мышечная слабость;
- повышенная утомляемость;
- одышка;
- учащенное сердцебиение;
- изменения кожи и ее придатков;
- поражение слизистых оболочек;
- поражение языка;
- нарушение вкуса и обоняния;
- склонность к инфекционным заболеваниям;
- нарушения интеллектуального развития [3].

Фельдшер может заподозрить наличие анемии у больного, основываясь на результатах расспроса и внешних проявлениях данного заболевания. Однако дальнейшей диагностикой - установлением вида анемии, выявлением основной ее причины и назначением соответствующего лечения занимаются врачи – терапевт и гематолог. Важно отметить, что, если не выявить и не устранить причину возникновения железодефицитной анемии, лечение будет неэффективным. В процессе диагностики могут понадобиться дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, а при необходимости привлекаются специалисты из других областей медицины [1, 3].

Диагностика железодефицитной анемии включает: расспрос пациента (сбор жалоб и анамнеза); объективное обследование – общий осмотр и обследование по системам; лабораторные и инструментальные исследования.

Основные лабораторные исследования, которые необходимо провести при подозрении на ЖДА:

- гематологическое исследование, которое обычно помогает лишь установить сам факт наличия анемии, которая по своим морфофизиологическим критериям чаще всего является гипохромной микроцитарной, в пользу железодефицитного характера анемии свидетельствует снижение гемоглобина, гипохромия, микро- и пойкилоцитоз в клиническом анализе крови;
- биохимическое исследование, в ходе которого определяется концентрация основных веществ, участвующих в обмене железа в организме, при оценке биохимических показателей отмечается снижение уровня сывороточного железа и концентрации ферритина ( $<30$  мкг/л) на фоне повышения общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС  $>60$  мкмоль/л), уменьшение насыщения трансферрина железом ( $<25$  %);
- для выявления источника скрытых кровотечений проводятся исследования: общий анализ мочи, анализ мочи на гемосидерин, кал на скрытую кровь и яйца гельминтов, выявление *Helicobacter pylori*, анализ мокроты на гемосидерин [1, 3].

Выявление ЖДА требует проведения стандартного комплекса инструментальных исследований для выяснения причины развития анемии и выявления сопутствующей патологии:

- рентгенологические исследования: рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, щитовидной железы;
- ЭКГ (электрокардиография) [1, 3].

Для установления причины хронической кровопотери проводятся рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические исследования органов желудочно-кишечного тракта, легких, почек, органов репродуктивной системы женщины.

Исследование пунктата костного мозга проводится в случаях, когда диагностика затруднена и необходимо исключить другие виды железодефицитных состояний - сидеробластной анемии, талассемии [1, 3].

При подозрении на железодефицитную анемию фельдшер должен тщательно опросить и обследовать пациента.

Проводя субъективное обследование, фельдшеру необходимо задать следующие вопросы:

- когда и в какой последовательности начали появляться симптомы заболевания;
- как быстро они развивались;
- имеются ли схожие симптомы у членов семьи или ближайших родственников;
- как питается пациент, какие продукты предпочитает;
- страдает ли пациент какими-либо хроническими заболеваниями;
- каково отношение к употреблению алкоголя;
- принимал ли пациент какие-либо медикаменты в течение последних месяцев;

- если больна беременная женщина - уточняется срок гестации, наличие и исход предыдущих беременностей, принимает ли она препараты железа;
- если болен ребенок - уточняется его масса при рождении, родился ли он доношенным, принимала ли мать препараты железа во время беременности и кормления грудью.

Проводя объективное обследование, фельдшер должен оценить:

- характер питания - по степени выраженности подкожно-жировой клетчатки;
- цвет кожи и видимых слизистых оболочек - особое внимание уделяется слизистой полости рта и языку;
- придатки кожи - волосы, ногти;
- мышечную силу - врач просит пациента сжать свою руку или использует специальный прибор (динамометр);
- артериальное давление - оно может быть снижено;
- вкус и обоняние – как правило, изменяются при выраженном снижении гемоглобина и эритроцитов [3, 6].

Как указано выше, фельдшер на первичном этапе должен уметь выявить причины и факторы риска железодефицитной анемии, имеющиеся у пациента симптомы. Это учитывалось в дизайне исследовательской работы.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатская городская больница №1», терапевтического, кардиологического отделений и поликлиники.

На первом этапе работы была проведена оценка распространенности анемического синдрома, который часто сопровождает патологию других органов и систем. Для этого методом слепой выборки были отобраны 120 медицинских карт стационарных и амбулаторных пациентов, в том числе тех, которые проходили лечение в связи с другими заболеваниями. Учитывались результаты клинического и биохимического анализов крови (гемоглобин, эритроциты, среднее содержание гемоглобина в эритроците, сывороточное железо).

В исследование были включены только те случаи, в которых было отмечено снижение уровня гемоглобина менее 110 г/л.

Из 120 проанализированных медицинских карт стационарных пациентов анемический синдром был выявлен при патологии:

- патология дыхания –21% (25 человек);
- патология ЖКТ - 32% (38 человек);
- патология ССС -28% (34 человек);
- патология суставов 10% (12 человек);
- патология мочеполовой системы - 7% (8 человек);
- анемии смешанного генеза - 2% (3 человека).

Нозологическая вариабельность по медицинским картам пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Нозологическая вариабельность по по данным медицинской документации

| Нозология | Количество респондентов | % |
|-----------|-------------------------|---|
|-----------|-------------------------|---|

|                            |     |      |
|----------------------------|-----|------|
| Патология дыхания          | 25  | 21,0 |
| Патология ЖКТ              | 38  | 32,0 |
| Патология ССС              | 34  | 28,0 |
| Патология суставов         | 12  | 10,0 |
| Патология мочепол. системы | 8   | 7,0  |
| Анемии смешанного генеза   | 3   | 2,0  |
| Итого                      | 120 | 100  |

При пульмонологической патологии проявление анемического синдрома наиболее часто встречалось при внебольничной пневмонии, которая характеризуется активной системной воспалительной реакцией. Изменения в крови при этом определяется как гематологический стресс-синдром, одним из компонентов которого является анемия [7].

Среди пациентов, которые страдали заболеваниями ЖКТ, были пациенты с патологией желудка, печени, кишечника и поджелудочной железы. При гастроэнтеритах, резекции желудка, кишечника, нарушается усвоение железа в желудочно-кишечном тракте, либо наблюдается его потеря вследствие эрозивно-язвенных, опухолевых или аутоиммунных воспалительных поражений слизистой оболочки желудка.

Одной из причин анемии при патологии нижних отделов ЖКТ, особенно у пожилых пациентов, является колоректальный рак, поэтому при выявлении железодефицитной анемии у пациентов пожилого и старческого возраста фельдшеру необходимо направить больного на дополнительное обследование (анализ кала на скрытую кровь, а при необходимости – на рентгенологическое и эндоскопическое исследование).

Анемия при хроническом гепатите и циррозе печени может развиваться при кровопотере из варикозно расширенных вен пищевода, при синдроме гиперспленизма.

Оценка полученных данных показала, что у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы анемия чаще выявлялась при сердечной недостаточности, которая приводит к ограничению активности, снижению аппетита, также у пациентов, длительно получающих антиагреганты и антикоагулянты. В этих случаях были зарегистрированы эпизоды желудочных кровотечений.

Пациенты с заболеваниями почек, такими как: хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит, ХПН и гидронефроз почек анемия составили 7% случаев. Необходимо отметить, что ЖДА выявлялась у всех пациентов с хронической почечной недостаточностью. Это обусловлено токсическим влиянием продуктов азотистого обмена на эритропоэз, снижается синтез эритропоэтина в почечной ткани, отмечаются потери железа с эритроцитами при значительных гематуриях и при программном гемодиализе [8].

Вторым этапом исследования стало социометрическое исследование. Для его проведения нами были разработаны анкеты, которые включали в себя вопросы, позволяющие выявить наличие симптомов анемии и факторов риска железодефицитного состояния; пациентам, получающим ферротерапию, были заданы вопросы, раскрывающие приверженность лечению, также проводилась оценка информированности о заболевании, ведь дефицит знаний и информации является одним из факторов риска. Кроме того, проводился анализ медицинских карт амбулаторных и стационарных пациентов, что позволяло уточнить некоторые аспекты анамнеза и проведенного обследования.

Респонденты были разделены на группы:

- пациенты, проходившие лечение в стационаре или амбулаторно по поводу железодефицитной анемии на базе ГБУЗ «Петропавловск-Камчатская городская больница №1» - экспериментальная группа;
- студенты и сотрудники ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж» - контрольная группа.

Анализ результатов социометрии

В экспериментальную группу вошли 95 пациентов, страдающих ЖДА, из них женщин - 62 человека (65,26%), мужчин – 33 человека (34,74%). Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице 2.

Таблица 2 - Распределение пациентов по возрасту

| Возраст              | Пациенты                      |       |
|----------------------|-------------------------------|-------|
|                      | Количество<br>во респондентов | %     |
| До 21 года           | 14                            | 14,73 |
| От 21 года до 35 лет | 8                             | 8,42  |
| От 35 до 50 лет      | 9                             | 9,47  |
| От 50 до 60 лет      | 6                             | 6,31  |
| 60-69 лет            | 23                            | 24,21 |
| 70-79 лет            | 20                            | 21,05 |
| 80 лет и >           | 15                            | 15,78 |
| Всего                | 95                            | 100   |

В группе пациентов преобладали респонденты старческого и пожилого возраста, все они проходили лечение в стационарных условиях.

Наиболее часто причиной железодефицитных состояний у лиц пожилого возраста являются хронические кровопотери из небольших поврежденных участков слизистой при эзофагитах, ишемических колитах, геморрое, полипах и раке различных отделов желудочно-кишечного тракта.

В течение длительного времени они могут быть небольшими по объему и протекают «скрытно», постепенно формируя дефицит железа в организме пожилого человека с последующим развитием железодефицитной анемии. Эти малые по объему желудочно-кишечные кровотечения нередко связаны с использованием пожилыми людьми и стариками нестероидных противовоспалительных препаратов, которые способствуют повреждению слизистой оболочки желудка и кишечника и возникновению кровотечений [7, 8].

Причиной анемизации (а также агранулоцитоза, тромбоцитопении) у пожилых и стариков может быть и прием лекарственных средств, нарушающих функции клеток красного костного мозга.

Эти побочные эффекты могут быть обусловлены приемом снотворных, нестероидных противовоспалительных препаратов, противоспазмических средств, глюкокортикостероидов, сердечных гликозидов. Повышают риск железодефицитной анемии и препараты, влияющие на гемостаз (ацетилсалициловая кислота, варфарин) [6, 7, 8].

Работая с пациентами пожилого и старческого возраста, фельдшер должен учитывать возможный риск развития заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, скрытых кровопотерь, оценивать принимаемые пациентом препараты, своевременно направлять на диспансеризацию.

В контрольную группу (студенты и сотрудники колледжа) вошли 72 человека, из них: 61 женщина (84,72%), 11 мужчин (15,28%). Распределение в этой группе по возрасту представлено в таблице 3.

Таблица 3 - Распределение респондентов контрольной группы по возрасту

| Возраст                        | Контрольная группа      |        |
|--------------------------------|-------------------------|--------|
|                                | Количество респондентов | %      |
| от 16 до 21 года               | 34                      | 47,22  |
| от 21 до 35 лет                | 12                      | 16,67  |
| от 35 до 50 лет                | 10                      | 13,89  |
| старше 50 лет                  | 16                      | 22,22  |
| Всего участников анкетирования | 72                      | 100,00 |

В контрольной группе преобладали респонденты в возрасте до 21 года – 34 человека (47,22%), из них 28 человек (38,88% от общего количества контрольной группы) – девушки.

Появление анемии в подростковом возрасте часто обусловлено становлением менструальной функции и большой ежемесячной кровопотерей, интенсивным ростом, занятиями тяжелыми видами спорта, исходным низким уровнем железа на фоне несбалансированного питания, вегетарианства.

Среди опрошенных в контрольной группе респондентами в возрасте от 35 и старше – женщины (26 человек, 36,11%).

Проводя наблюдение за женщинами данной возрастной категории, фельдшер должен учитывать, что в возрасте старше 40 лет могут возникнуть изменения системы кроветворения, а также других органов и систем (например, желудочно-кишечного тракта), которые в свою очередь влияют на развитие анемического синдрома.

У женщин данной возрастной категории могут развиваться миомы, эндометриоз, что приводит к увеличению ежемесячных кровопотерь. Кроме того, отмечаются инволютивные процессы естественного старения, часто встречается и лекарственная полипрагмазия, она характерна для большинства пациентов этой возрастной категории [3]

#### Факторы риска, выявленные при социометрии

При проведении анкетирования мы обращали внимание на следующие факторы риска ЖДА: возраст, пол, особенности питания, пищевые предпочтения, употребление алкоголя, курение, наличие хронических заболеваний, эпизодов кровотечений. При опросе респондентов женского пола особое внимание уделялось гинекологическому анамнезу.

Данные о выявленных факторах риска у опрошенных пациентов представлены ниже и в дополнениях (данные представлены в табл. 4).

Таблица 4 – Факторы риска ЖДА, выявленные у респондентов

| Факторы риска | Экспериментальная | Контрольная группа |
|---------------|-------------------|--------------------|
|---------------|-------------------|--------------------|

|                                            | группа                  |       |                         |       |
|--------------------------------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|
|                                            | Количество респондентов | %     | Количество респондентов | %     |
| Острые или хронические заболевания ЖКТ     | 54                      | 56,84 | 6                       | 8,33  |
| Кровотечения из ЖКТ в анамнезе             | 26                      | 27,37 | 2                       | 2,78  |
| Носовые кровотечения в анамнезе            | 17                      | 17,89 | 4                       | 5,56  |
| Геморроидальные кровотечения в анамнезе    | 9                       | 9,47  | 2                       | 2,78  |
| Частый прием антибиотиков                  | 14                      | 14,74 | 8                       | 11,12 |
| Частый прием НПВП                          | 27                      | 28,42 | 4                       | 5,56  |
| Регулярный прием гипотензивных препаратов  | 29                      | 30,53 | 10                      | 13,89 |
| Употребление алкоголя более 2 раз в неделю | 50                      | 52,63 | 36                      | 50    |
| Курение                                    | 20                      | 21,05 | 25                      | 34,72 |
| Перенесенные операции на органах ЖКТ       | 24                      | 25,26 | 6                       | 8,34  |
| Наличие ЖДА у близких родственников        | 51                      | 53,68 | 22                      | 30,56 |
| Онкологические заболевания в семье         | 37                      | 38,95 | 32                      | 44,44 |
| Вегетарианство                             | 16                      | 16,84 | 21                      | 29,16 |
| Редко употребляют мясо                     | 44                      | 46,32 | 16                      | 22,22 |
| Всего респондентов                         | 95                      | 100   | 72                      | 100   |

При социометрии в экспериментальной группе наиболее значимыми были следующие факторы риска возникновения железодефицитной анемии:

На первом месте были: острые или хронические заболевания желудочно-кишечного тракта – 56,84% (54 человека); на втором месте: наличие анемии у близких родственников – 53,68% (51 человек); на третьем месте: употребление алкоголя 52,63% (50 человек); на четвертом месте редкое употребление мяса – 46,32% (44 человека).

Значительную долю по результатам опроса в этой группе составили такие факторы риска, как наличие онкологических заболеваний в семье, прием лекарственных препаратов.

В контрольной группе наиболее часто встречаемыми стали: употребление алкоголя - 50% (36 человек); наличие онкологических заболеваний в семье - 44,44% (32%); курение – 34,72% (25 человек); наличие анемии у близких родственников 30,56% (22 человека).

Особое внимание хотелось бы уделить воздействию курения. Угарный газ, входящий в состав табачного дыма, связываясь с гемоглобином, снижает способность эритроцитов доставлять кислород к органам и тканям, что усиливает гипоксию, возникающую при ЖДА.

В контрольной группе отмечено значительное количество положительных ответов на вопросы о вегетарианстве и редком употреблении мяса. Эти два фактора являются значимыми в развитии железодефицитных состояний, так как основным источником железа являются продукты животного происхождения (мясо). Студентки, входившие в контрольную группу, на вопросы о питании ответили, что часто голодают, чтобы «сохранить фигуру» (5 человек).

Часть вопросов анкеты была предусмотрена для женщин, что помогло выявлению факторов риска, связанных с патологией репродуктивной системы (маточные кровотечения, роды, наличие железодефицитного состояния при беременности в анамнезе, выраженность менструальных кровотечений).

Обработка результатов анкетирования показала, что наиболее часто у женщин среди обеих групп исследуемых встречались следующие факторы риска:

- в обеих группах на первом месте по ответам - обильные менструации (в экспериментальной группе 29 человек, в контрольной – 33 человека);
- в экспериментальной группе – 15 женщин указали на наличие миомы (возраст от 35 до 60 лет), в контрольной группе – 12 человек.
- наличие ЖДА при беременности в анамнезе – 15 женщин из экспериментальной группы, 8 женщин из контрольной группы.

Все пациентки относились к разным возрастным группам, 6 женщин из контрольной группы указали, что не обращались к гинекологу по поводу этих проблем.

Симптомы ЖДА, выявленные при социометрии

Вопросы в анкете были направлены на выявление наиболее часто встречающихся симптомов железодефицитной анемии: одышка, слабость и утомляемость, сердцебиение, снижение интеллектуальных способностей, изменение пищевых пристрастий, ухудшение состояния кожи, волос, ногтей.

Результаты представлены в таблице 5

Таблица 5 – Симптомы ЖДА, выявленные у респондентов

| Факторы риска                        | Экспериментальная группа |       | Контрольная группа      |       |
|--------------------------------------|--------------------------|-------|-------------------------|-------|
|                                      | Количество респондентов  | %     | Количество респондентов | %     |
| Сердцебиение при физической нагрузке | 56                       | 58,95 | 22                      | 30,56 |
| Повышенная утомляемость              | 78                       | 82,11 | 32                      | 44,44 |
| Ухудшение состояния волос и ногтей   | 73                       | 76,84 | 20                      | 27,78 |
| Тошнота, рвота                       | 15                       | 15,79 | 3                       | 4,17  |
| Обмороки                             | 10                       | 13,89 | 10                      | 13,89 |

|                                                                            |    |       |    |        |
|----------------------------------------------------------------------------|----|-------|----|--------|
| Головные боли                                                              | 58 | 61,05 | 11 | 15,28  |
| Одышка при физической нагрузке                                             | 40 | 42,11 | 22 | 30,56  |
| Желание употреблять в пищу несъедобные продукты (мел, уголь, глину и т.д.) | 66 | 69,47 | 10 | 13,89  |
| Ухудшение памяти                                                           | 78 | 82,11 | 36 | 50,00  |
| Пристрастие к резким запахам                                               | 62 | 65,26 | 11 | 15,28  |
| Всего респондентов                                                         | 95 | 100   | 72 | 100,00 |

На первом месте среди симптомов ЖДА, выявленных в экспериментальной группе, стали ухудшение памяти 78 человек, 82,11%, такое же количество респондентов отметили и повышенную утомляемость; эти же симптомы в контрольной группе вышли на первое место и отмечены у 36 человек (50%) и у 32 человек (44,44%) соответственно.

Второе место в экспериментальной группе вышли симптомы сидеропении - ухудшение состояния волос и ногтей (73 человека, 76,84%); в экспериментальной группе наличие этого симптома отметили у себя 20 человек (27,78%).

На третьем месте: симптомы парарексии (желание употреблять мел и другие несъедобные продукты) – в экспериментальной группе 66 человек (69,47%); этот симптом отметили и респонденты контрольной группы – 10 человек (13,89%).

Таким образом, симптомы ЖДА были выявлены у респондентов обеих групп, что позволяет сделать вывод о наличии больных данной патологией в контрольной группе (студенты и сотрудники колледжа).

#### Оценка комплаентности пациентов

Низкая приверженность пациентов назначенному лечению – проблема, которая существует во всем мире, что требует изменения характера отношений между пациентом и медицинским работником в сторону совместного принятия решений о плане лечения и профилактики имеющегося заболевания.

#### Оценка факторов, влияющих на комплаентность;

Результаты нашего исследования показали, что многие пациенты отказывались от приема железосодержащих препаратов, как только улучшалось их самочувствие. В дальнейшем на фоне ухудшения самочувствия они снова обращались к врачу.

Регулярно принимали препараты железа 39 человек. 56 респондентов (58,95%) из экспериментальной группы отметили, что принимают препараты время от времени, только если возникают или усиливаются симптомы анемии.

В таблице 6 представлены данные о препаратах, которые назначались пациентам.

Таблица 6 – Препараты железа, назначенные пациентам

| Препараты железа, которые принимают участники | Количество респондентов | %     |
|-----------------------------------------------|-------------------------|-------|
| Фенюльс                                       | 10                      | 25,64 |
| Феррум Лек                                    | 7                       | 17,95 |

|                                                              |    |        |
|--------------------------------------------------------------|----|--------|
| Сорбифер Дурулес                                             | 13 | 33,33  |
| Мальтофер                                                    | 5  | 12,82  |
| Тотема                                                       | 4  | 10,26  |
| Количество пациентов, регулярно принимающих препараты железа | 39 | 100,00 |

Прекращение приема железосодержащих препаратов приводит к ухудшению состояния, вновь нарастают симптомы анемии, появляется риск развития осложнений: миокардиодистрофии, аритмий, снижению сократительной способности сердца, риску развития инфаркта миокарда (при атеросклеротическом поражении коронарных артерий) и сердечной недостаточности.

Могут развиваться анемический обморок, анемическая кома. На фоне тяжелой ЖДА отмечается снижение защитных сил организма, частые инфекции. Для беременных железодефицитная анемия опасна изменением тонуса мускулатуры матки, гипоксией и задержкой развития плода.

Регулярный прием лекарственных средств снижает риск развития опасных осложнений. Чем серьезнее пациент будет относиться к рекомендациям фельдшера, тем быстрее он добьется необходимых результатов в стабилизации состояния своего здоровья. Постоянный прием лекарственных средств – залог хорошего самочувствия и улучшения качества жизни.

Для анализа регулярности приема лекарственных препаратов пациентом в анкете респонденты были заданы вопросы, позволившие выявить причины отказа от лекарственных препаратов и нерегулярного их приема. Причины нерегулярного приема ЛС больными с артериальной гипертензией представлены в таблице 7.

Таблица 7 - Причины нерегулярного приема лекарственных препаратов и отказа от них

| Причина                                                                       | Количество респондентов | %     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| Развитие побочных эффектов                                                    | 33                      | 34,73 |
| Забывали принимать лекарственные препараты                                    | 24                      | 25,26 |
| Недостаточная информированность о необходимости длительного приема препаратов | 17                      | 17,89 |
| Финансовые затруднения                                                        | 13                      | 13,68 |
| Всего респондентов                                                            | 95                      | 100   |

33 респондента из экспериментальной группы (34,73%) отметили, что перестали принимать препараты из-за развития побочных эффектов. Наблюдались такие побочные эффекты, как: нарушения стула, тошнота, боли в животе, металлический привкус во рту.

24 респондента (25,26%) забывали принимать препараты; 17 человек (17,89%) отметили в качестве причины недостаточную информированность о необходимости длительного приема железосодержащих препаратов; 13 респондентов (13,68%) отметили в качестве причины финансовые затруднения.

При проведении исследования было замечено, что мужчины отвечали на вопрос о том, что забывают принимать препарат чаще, чем женщины.

Педагогическая роль фельдшера при проведении профилактических мероприятий

Фельдшер, работающий на фельдшерско-акушерском пункте, в кабинете профилактики, в здравпункте предприятия или образовательного учреждения, должен принимать активное участие в обучении пациентов и их окружения, что способствует формированию здорового образа жизни, приверженности лечению, повышению медицинской грамотности населения.

Для индивидуального обучения пациента, страдающего железодефицитной анемией, требуется системный и индивидуальный подход. В этом случае необходимо:

1. оценить имеющиеся у пациента факторы риска ЖДА;
2. оценить исходный уровень знаний пациента о ЖДА;
3. определить, насколько пациент стремится к получению новых знаний;
4. для мотивации использовать эпидемиологические данные, а в ходе беседы определять факторы риска ЖДА в терминах, понятных пациенту;
5. привлекать пациента к совместной разработке плана профилактики;
6. периодически возобновлять обучение пациента;
7. составлять памятки, как для пациента, так и для его окружения;
8. при необходимости приглашать на консультацию других специалистов (по организации лечебного питания, лечебной физкультуре);
9. разъяснять, почему необходимо поддерживать правильный двигательный и диетический режим, вести здоровый образ жизни, рассказать о возможных осложнениях, возникающих при нарушении рекомендаций и прогрессировании анемического синдрома.

На практике такая организация педагогической работы, особенно при дефиците кадров, не всегда приемлема. В амбулаторных условиях больший эффект при обучении пациентов дают Школы Здоровья.

Школы для обучения пациентов можно организовать в образовательной организации, на предприятии, в поликлинике и амбулатории. Для организации занятий в Школе здоровья можно использовать методические материалы, которые позволяют проводить активные занятия в форме дискуссий, в виде вопросов и ответов; сформировать навыки по самоконтролю, правилам приема железосодержащих препаратов; закрепить знания об особенностях питания при ЖДА.

В ходе проведенных занятий слушатели должны быть информированы о ЖДА, факторах риска данного заболевания, методах контроля, особенностях наблюдения пациентов узкими специалистами, необходимости регулярного обследования у терапевта, о правилах образа жизни на фоне данного заболевания.

В ходе проведения исследовательской работы выдвинутая гипотеза была подтверждена: своевременное выявление основных симптомов и факторов риска железодефицитной анемии позволяет среднему фельдшеру спланировать мероприятия по индивидуальной и групповой профилактике железодефицитной анемии.

Цель исследования достигнута: выявление основных симптомов и факторов риска железодефицитной анемии помогает разработать и провести профилактические мероприятия не только при индивидуальной работе с пациентом и его семьей, но и при работе в Школах здоровья, на предприятиях, в образовательных учреждениях.

**Выводы:**

1. изучение литературных источников позволило определить наиболее часто встречаемые симптомы и особо значимые факторы риска железодефицитной анемии и разработать анкеты для проведения социометрического исследования;
2. анализ медицинских карт стационарных и амбулаторных пациентов помог оценить распространенность анемического синдрома при патологии других органов и систем, наиболее часто отмечался анемический синдром при патологии органов ЖКТ, сердечно-сосудистой системы и органов дыхания;
3. проведение социометрии в экспериментальной и контрольной группах позволило сравнить наиболее часто встречаемые факторы риска ЖДА и симптомы данного заболевания, оценить комплаентность пациентов, а также причины отказа от приема лекарственных препаратов;
4. исследование помогло рассмотреть принципы подхода к профилактической работе с пациентами.

**Библиографический список**

1. Клинические рекомендации – Железодефицитная анемия – 2021- 2022-2023 (09.09.2021) – Утверждены Минздравом РФ. – Текст: электронный // Сборник нормативных документов : сайт. - URL: [http://disuria.ru/\\_ld/10/1070\\_kr21D50MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/10/1070_kr21D50MZ.pdf) (дата обращения: 01.03.2023)
2. Лукина Е.А. Железодефицитная анемия: взгляд гематолога и гинеколога. Оптимизируем диагностику и лечебную тактику / Е.А. Лукина, А.В. Ледина.– Текст: электронный // Русский медицинский журнал : сайт. – URL: <https://www.rmj.ru> (дата обращения: 01.03.2023).
3. Стуков Н. И. Учебник по гематологии / Н.И. Стуков, Г.И. Козинец, Н.Г. Тюрина. — М.: Практическая медицина, 2018. — 336 с.
4. Основные показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций Камчатского края за 2019-2020 годы / Министерство здравоохранения Камчатского края, Медицинский информационно-аналитический центр/ Выпуск № 20, Петропавловск-Камчатский 2021 г
5. Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология» (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 930н).– Текст: электронный // Официальный интернет-портал правовой информации : сайт. - URL: <http://publication.pravo.gov.ru> (дата обращения: 04.01.2021)
6. Анемия / Под ред. О.А. Руковицыной.- М., 2014. – 278с.
7. Воробьев П.А. Оценка типичной практики железодефицитной анемии у больных пожилого и старческого возраста / П.А. Воробьев, А.В. Федорук // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2013. - № 8. - С. 68-69.
8. Воробьева П.А. Анемия в геронтологической практике / П.А. Воробьева // Врач. - 2013. - № 12.- С. 24.

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 И.

В.

E-mail: pzmuru@mail.ru

## **ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА В ВЫЯВЛЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОКСИИ ПЛОДА**

В настоящее время проблема гипоксического состояния плода остается актуальной, так как данная патология занимает ведущее место в структуре перинатальной смертности, обуславливая в 40-70% причину мертворождений и смерти детей в раннем неонатальном периоде. Несмотря на высокий диагностический уровень современной медицины, пренатальная оценка границ нормы и патологии еще далека от идеала. И чем глубже исследователи проникают в те или иные аспекты решаемой ими «узкой» проблемы, тем очевиднее становится ограниченность знаний в области физиологии и патофизиологии фетального периода. Они далеко не всегда позволяют уверенно провести грань между физиологическим и патологическим состояниями, оценить степень тяжести поражения плода, его резервы, способность противостоять родовому стрессу и т.д.

Кислородная недостаточность приводит к нарушению работы организма, изменению обменных процессов. В разные сроки беременности кислородная недостаточность имеет разные последствия для плода.

Именно поэтому так важно, вовремя распознать признаки гипоксии плода, и предпринять все необходимые меры для предотвращения последствий. Это является важной задачей фельдшера ФАП.

Цель работы – изучение тактики фельдшера в выявлении и профилактике гипоксии плода.

Объект исследования – гипоксия плода.

Предмет исследования – тактика фельдшера в выявлении и профилактике гипоксии плода.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Охарактеризовать понятие гипоксии;
2. Описать методы диагностики гипоксии;
3. Рассмотреть тактику фельдшера в выявлении и профилактике гипоксии плода;
4. Провести анализ статистических данных по гипоксии плода в структуре нормальных родов у женщин акушерского отделения ГУЗ «Петровск - Забайкальской ЦРБ»;
5. Проанализировать информированность женщин о гипоксии плода в женской консультации и родильном отделении ГУЗ «Петровск – Забайкальской ЦРБ».

Сейчас уже никто не сомневается в том, что борьба за здоровье и долголетие человека должна начинаться задолго до его рождения, ибо состояние и развитие плода всецело зависит от состояния беременной. Известно, что основным результатом нормально протекающей беременности является рождение жизнеспособного здорового

ребенка. Следовательно, вся деятельность организма женщины во время беременности направлена на обеспечение нормального развития плода.

Гипоксия плода – это комплекс изменений в организме плода из-за недостаточного снабжения кислородом.[1]

Гипоксия плода отмечается в 10,5% случаев (от общего числа родов), и этот показатель не имеет тенденции к снижению. Это не самостоятельное заболевание, а следствие различных патологических процессов, протекающих в организме матери, плода и в плаценте. Факторы, способствующие развитию гипоксии, многочисленны. Прежде всего, это заболевания матери.[2]

Другими причинами возникновения гипоксии являются нарушения плодово-плацентарного кровотока, что имеет место при перенашивании беременности, угрозе преждевременных родов, патологии плаценты и пуповины, аномалиях родовой деятельности, других осложнениях беременности и родов.

К гипоксии приводят и заболевания плода: гемолитическая болезнь (состояние, возникающее при несовместимости по группе крови плода и матери), внутриутробное инфицирование, врожденные пороки развития, длительное сдавление головки во время родов. Как видите, причин достаточно.[1,6]

В зависимости от длительности течения различают хроническую, острую, подострую, молниеносную гипоксию плода.

К признакам, по которым можно определить гипоксию плода, относят изменения двигательной активности плода, ощущаемые беременной.

Гипоксия – мощный стрессовый фактор; предположительно, она должна приводить не только к повышению количества эритроцитов с компенсаторной целью, но и к повышению количества других клеток крови как следствие цитокиновой мобилизации в ответ на стресс.

Степень тяжести внутриутробной гипоксии плода определяет течение неонатального периода и уровень здоровья детей. Совершенствование диагностики гипоксии плода и плацентарной недостаточности являются важной основой профилактики тяжелых перинатальных осложнений.

Функциональная оценка состояния плода в антенатальном и интранатальном периодах с использованием современных методов исследования, остается одной из самых сложных задач пренатальной диагностики, определяющей постнатальное развитие детей.

Самостоятельно заподозрить гипоксию плода можно, наблюдая за изменениями его двигательной активности. В комплексной оценке состояния плода женщина сама может использовать тест движений плода «Считай до десяти, который является простым информативным диагностическим методом. Женщина сама регистрирует тест движений плода с 28 недели беременности до родов ежедневно, записывая на специальном листе. Уменьшение движений плода или изменение их характера нужно рассматривать как симптом нарушения его состояния.

Начиная с 9 часов утра, женщина считает 10 шевелений плода. Время последнего десятого шевеления отмечается крестиком в графе, соответствующей сроку беременности и дню недели, после чего дальнейший счет прекращается. При каждом посещении женской консультации беременная предъявляет заполненный лист.[5]

Диагностика гипоксии плода во время беременности состоит в непосредственной оценке его состояния и анализе результатов применения косвенных методов,

позволяющих определить функциональное состояние фетоплацентарной системы (кардиотокография, эхография, доплерометрия кровотока в системе мать-плацента-плод, определение биофизического профиля плода, уровня лактата и показателей КОС в крови матери, околоплодных водах и крови плода, уровня хорионического гонадотропина, плацентарного лактогена, эстриола).[3]

Наиболее информативными и точными методами оценки состояния плода во время беременности (в последнем триместре) являются кардиомониторный контроль и ультразвуковое сканирование. К начальным признакам гипоксии плода при кардиотокографии относятся тахикардия (до 170 уд/мин) или умеренная брадикардия (до 100 уд/мин), понижение вариабельности сердечного ритма, кратковременная (до 50% записи) монотонность ритма, ослабление реакции на функциональные пробы. Кардиограмма при этом оценивается в 5-7 баллов. При выраженном страдании плода наблюдаются значительная брадикардия (ниже 100 уд/мин) или тахикардия (более 170 уд/мин), монотонность ритма (свыше 50% записи), парадоксальная реакция на функциональные пробы (поздние децелерации в ответ на шевеление плода при нестрессовом тесте) или ее отсутствие. О выраженной гипоксии плода свидетельствует оценка кардиотокограммы в 4 балла и менее. При длительной или прогрессирующей гипоксии происходит ослабление движений плода. Это требует немедленного обращения к врачу и применения дополнительных методов исследования, таких как кардиотокография (КТГ) и доплерометрия, исследование околоплодных вод, лабораторная диагностика. Признаком гипоксии является задержка роста плода.[4,8]

Аускультация – выслушивание сердцебиения плода при помощи стетоскопа (специальной деревянной или металлической трубки с воронкообразными расширениями на концах). Оценивается частота сердечных сокращений, ритм, звучность сердечных тонов, наличие шумов. Однако точность получаемых результатов не соответствует современным требованиям (ошибка в подсчете частоты сердечных сокращений может составить 10-15 ударов в минуту; кроме того, невозможен подсчет сердечных сокращений во время схваток).

Кардиотокография является одним из современных высокоинформативных методов диагностики внутриутробного состояния плода во время беременности с использованием кардиомонитора. В рамках КТГ проводят нестрессовый тест (НСТ) – измерение только акцелераций. Суть метода заключается в появлении акцелераций в ответ на самопроизвольные движения плода или спонтанные сокращения матки. Нестрессовый тест в 99% случаев является достоверным критерием благополучного состояния плода. Отсутствие учащения сердцебиения (нереактивный НСТ), особенно при повторном исследовании, может свидетельствовать о напряжении и истощении адаптационных и приспособительных реакций плода.[12]

Допплерометрия – это один из методов ультразвукового исследования, позволяющий изучить характер и скорость кровотока в сосудах плаценты и пуповины, нарушение в которых ведет к развитию гипоксии.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) также важно для диагностики гипоксии. Поскольку внутриутробное развитие плода с момента имплантации – внедрения плодного яйца в слизистую оболочку матки – до родов протекает в водной среде (амниотической жидкости), большое значение для диагностики патологических состояний плода

отводится составу, объему и цвету околоплодных вод. Почти все перечисленные параметры можно оценить с помощью УЗИ.

Современные стандарты оказания акушерской и гинекологической помощи беременным женщинам и роженицам не предусматривают применение функциональных тестов на устойчивость их плодов к гипоксии, хотя внутриутробная гипоксия остается наиболее вероятной угрозой жизнеспособности плода внутри матки и в родовых путях. Поэтому прогноз о состоянии здоровья будущего новорожденного остается не точным.

При острой гипоксии необходима экстренная медицинская помощь и срочная госпитализация, причем лечебные мероприятия должны быть начаты еще во время транспортировки женщины в больницу. Применяют ингаляции увлажненной кислородно-воздушной смеси, внутривенное введение раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, инъекции кордиамина, спазмолитических препаратов, бета-адреномиметиков.[10]

Если острая гипоксия возникла во время беременности, необходимо предпринять:

- срочную госпитализацию беременной;
- беременная должна занимать положение на левом боку;
- срочные мероприятия по борьбе с гипоксией плода во время транспортировки беременной (ингаляции увлажненной кислородно-воздушной смесью, введение препаратов, направленных на стимуляцию дыхательной функции у беременной);
- в зависимости от причины развития состояния возможны показания к оперативному родоразрешению (например, кесарево сечение, наложение акушерских щипцов и др.).

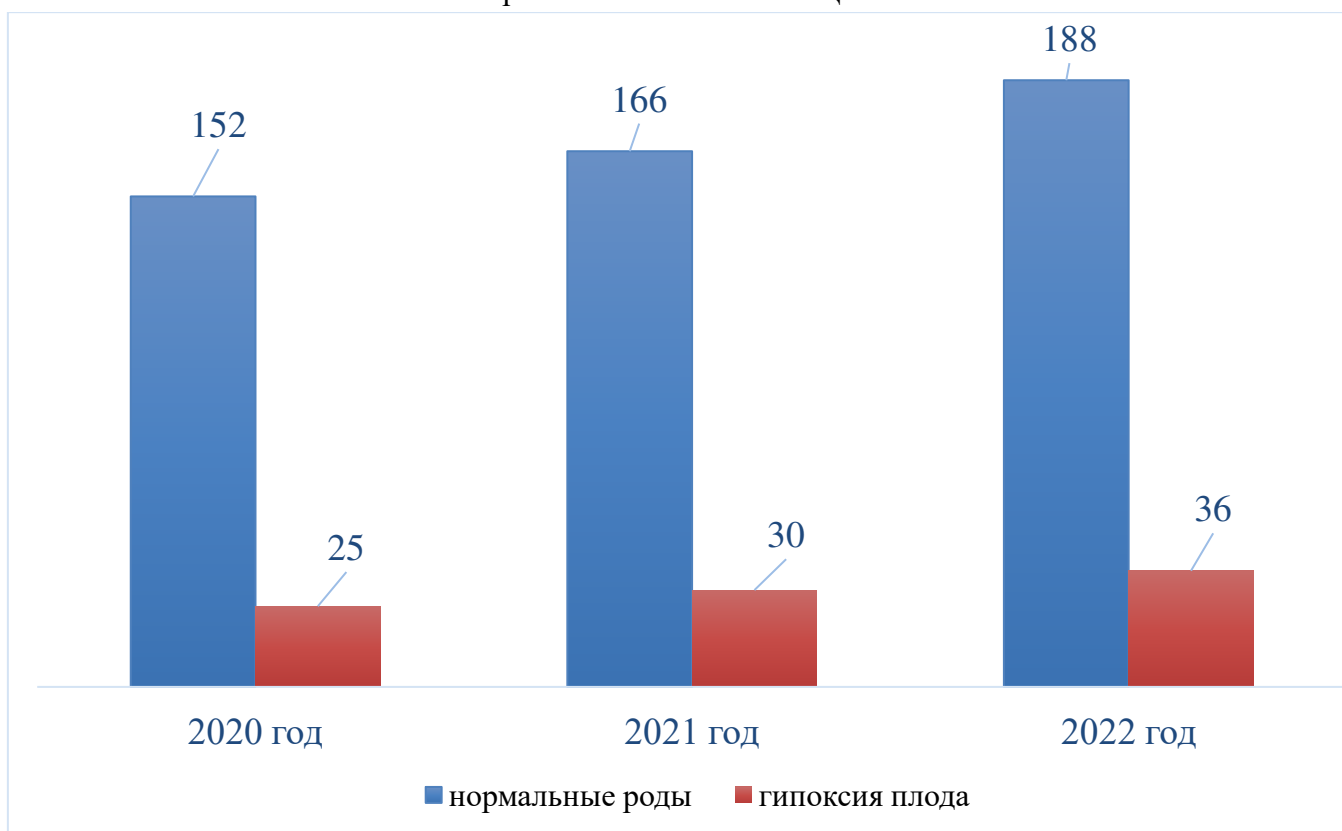
Профилактика гипоксии включает:

- Регулярное посещение акушера-гинеколога (1 раз в месяц в 1-м триместре, 1 раз в 2-3 недели во 2-м триместре и 1 раз в 7-10 дней в 3-м триместре).
- Своевременная постановка на учет беременной в женской консультации (до 12 недели беременности).
- Своевременный УЗИ-контроль в рекомендованные сроки с целью раннего выявления патологий во время беременности.
- Устранение причины гипоксии до ее возникновения (например, если в ходе контрольных УЗИ выявляется многократное тугое обвитие плода пуповиной, может быть вынесено решение о проведении кесарева сечения вместо естественных родов).
- Сдача назначенных анализов в рекомендованные сроки с целью раннего обнаружения гипоксического состояния плода (или выявления рисков его развития).
- Профилактика заболеваний, передающихся половым путем.
- Своевременное выявление и лечение заболеваний почек, легких, сердечно-сосудистой системы.
- Соблюдение режима дня (полноценный ночной сон (не менее 8-ми часов), ежедневные прогулки на свежем воздухе и др.).
- Избегание стрессовых ситуаций.
- Частое дробное питание (5-6 раз в день небольшими порциями).
- Также беременной рекомендуется соблюдать здоровый образ жизни, чтобы исключить риск развития кислородного голодания. Необходимо отказаться от всех вредных привычек: курения, употребления алкоголя, транквилизаторов и прочих вредных веществ. Важно как можно больше времени проводить на свежем воздухе – подальше от загруженных транспортом магистралей и трасс.

Таким образом, роль фельдшера ФАП заключается во всестороннем обследовании беременной, грамотном ведении беременности, консультировании беременной. При возникновении же острой гипоксии плода – в своевременном и быстром принятии необходимых мер.

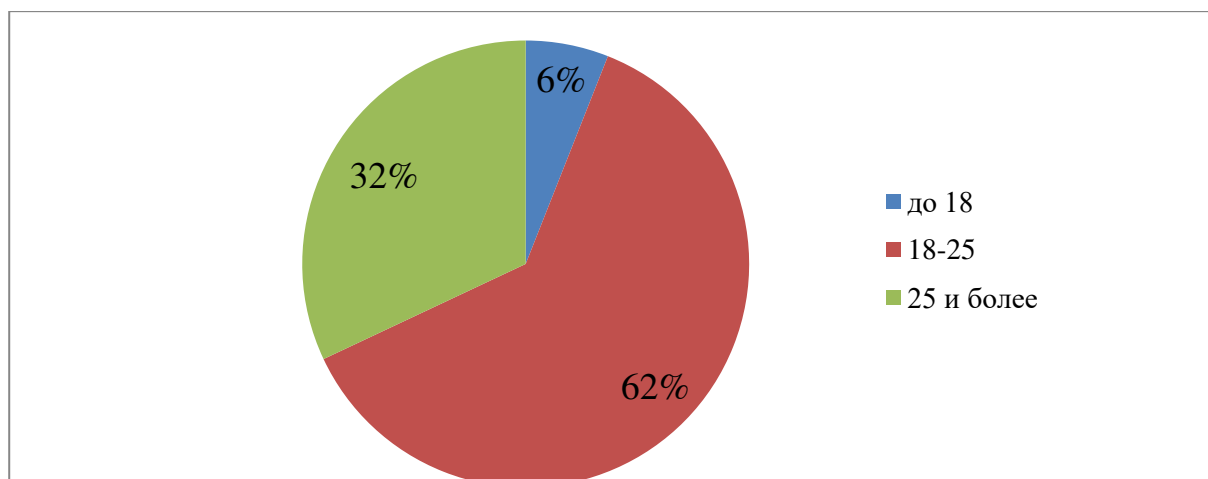
При проведении исследовательской работы был проведен анализ встречаемости гипоксии плода в структуре общего количества родов в акушерском отделении ГУЗ «Петровск – Забайкальская ЦРБ». По данным диаграммы видно, что при увеличении общего количества родов, увеличивается количество и нормальных родов, что объясняется маршрутизацией женщин с патологией в стационары третьего и второго уровня (краевой перинатальный центр г. Читы), но число гипоксии плода остается, практически, на одном уровне.

Диаграмма №1. Динамика гипоксии плода в структуре нормальных родов в акушерском отделении  
ГУЗ «Петровск – Забайкальская ЦРБ»



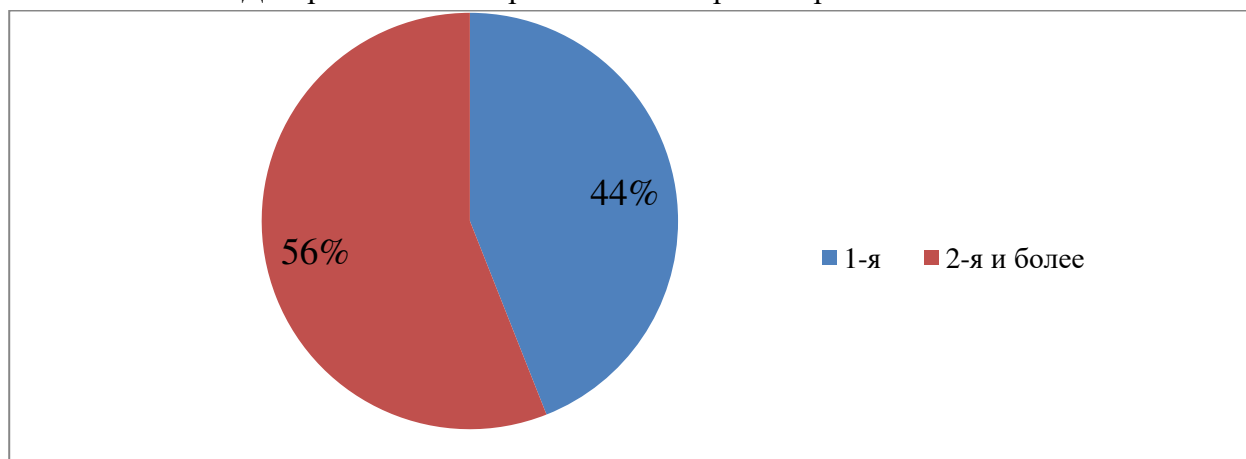
Для проведения анализа информированности женщин о гипоксии плода была разработана анкета и проведен опрос среди пациенток женской консультации и акушерского отделения ГУЗ «Петровск – Забайкальской ЦРБ».

Диаграмма № 2. Возраст респондентов



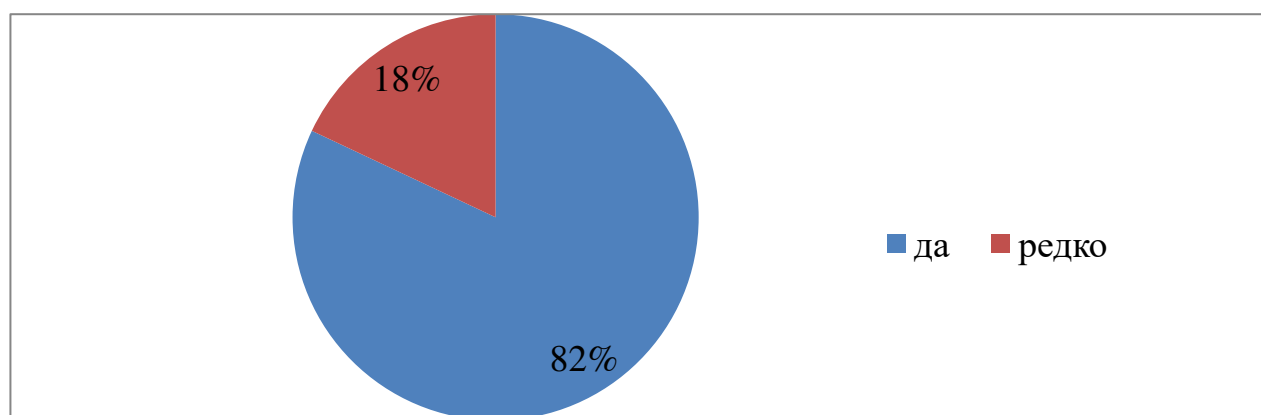
В анкетировании принимали участие женщины с 17 до 40 лет. Преобладают женщины детородного возраста от 18 до 25 лет.

Диаграмма № 3. Первая или повторная беременность



В анкетировании приняло участие большинство женщин, у которых 2-я и более беременностей.

Диаграмма № 4. Посещение женской консультации



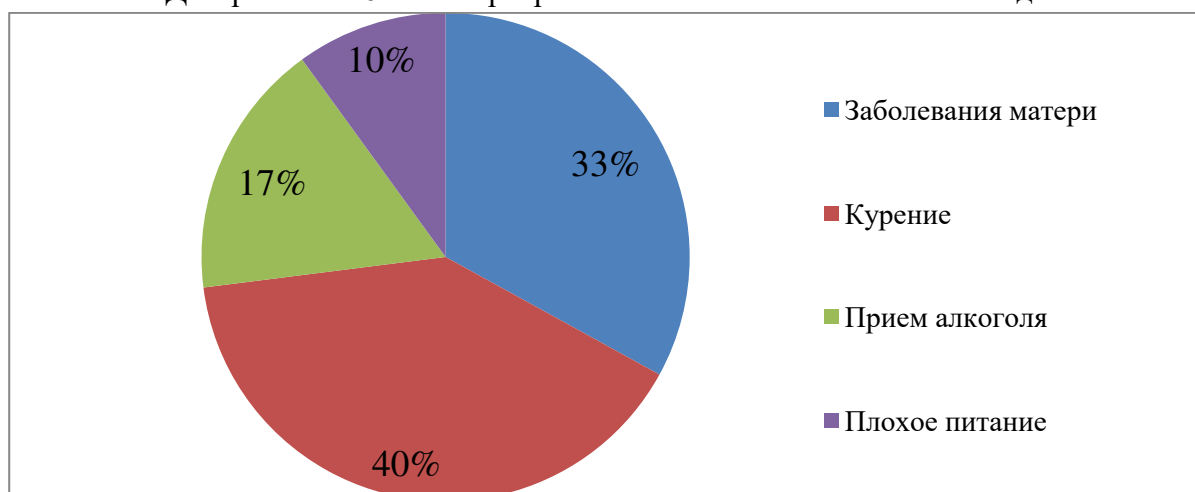
Анализ ответов на вопрос «Регулярно ли Вы посещаете женскую консультацию?» показывает о высокой посещаемости женщин, в то же время 18% женщин указало на редкое посещение женской консультации, на что следует обратить внимание, так как именно эти женщины будут составлять группу риска.

Диаграмма № 5. Информированность женщин о гипоксии плода



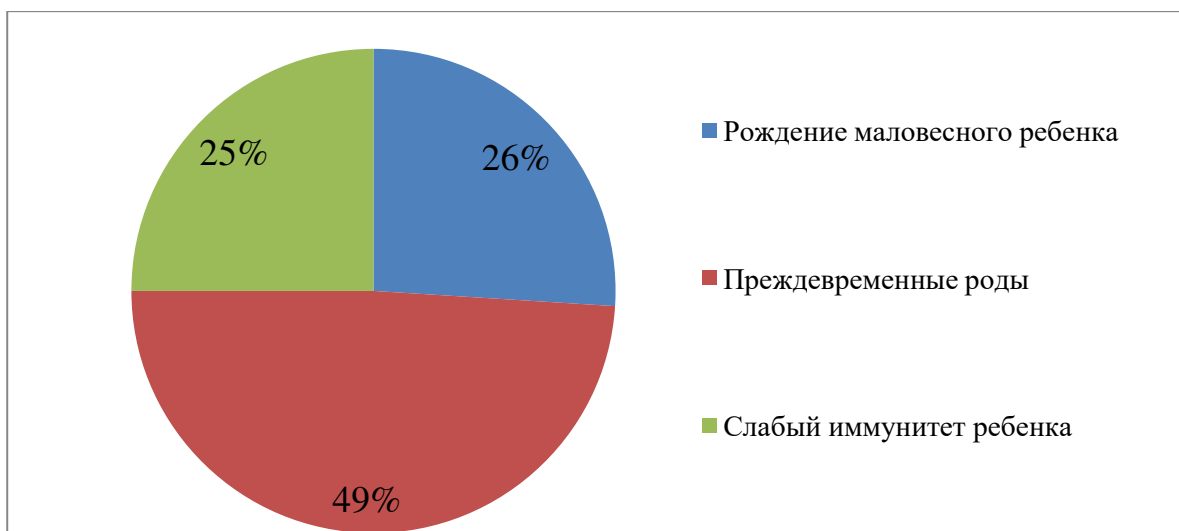
Анализ ответов на вопрос анкеты «Знаете ли Вы, что такое гипоксия плода?» показывает, что большинство женщин указали на ответ «Недостаточное поступление кислорода в организм», что указывает на осведомленность респондентов об этом состоянии.

Диаграмма № 6. Факторы риска возникновения гипоксии плода



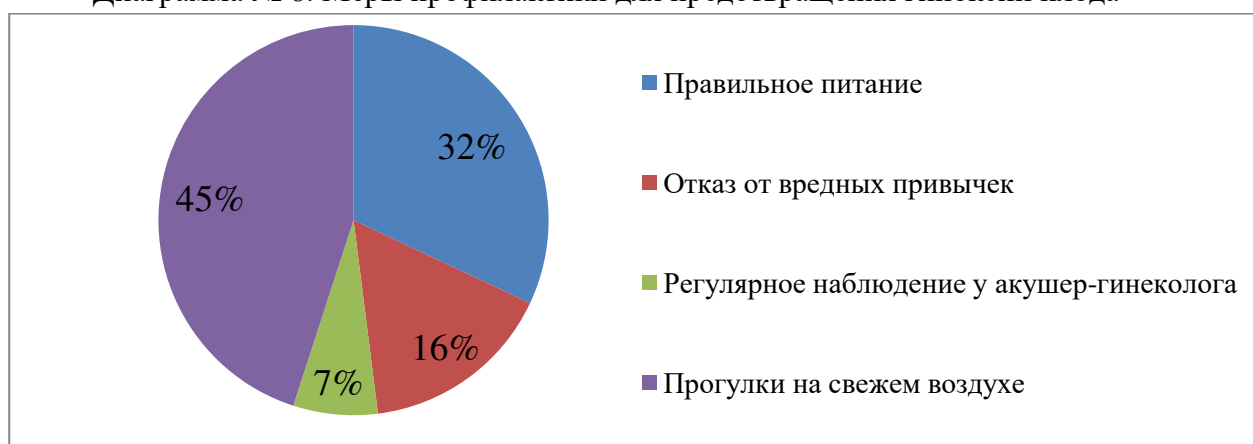
На очередной вопрос анкеты «Знаете ли Вы, какие факторы риска приводят к гипоксии плода?» большинство женщин, как фактор риска, указало курение, наименьшее количество опрошиваемых решило, что плохое питание так же может привести к гипоксии плода.

Диаграмма № 7. Последствия гипоксии плода



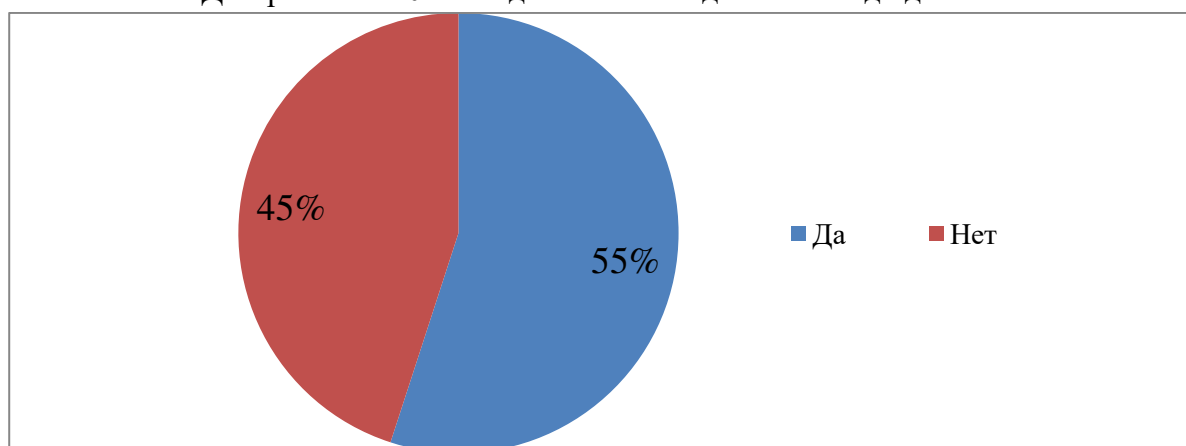
О последствиях гипоксии плода слышали все опрошенные женщины, знают, что это состояние может привести к различным заболеваниям, но, большая половина, решила, что при гипоксии плода роды могут закончиться преждевременно.

Диаграмма № 8. Меры профилактики для предотвращения гипоксии плода



На вопрос о мерах профилактики большое количество женщин выбрало «Прогулки на свежем воздухе». Здесь мы можем сказать о низкой информированности женщин о том, что нужно регулярно наблюдаться у акушер – гинеколога.

Диаграмма №10. Тест движений плода «Считай до десяти»



Также бы задан вопрос «Знакомили ли Вас с тестом движений плода «Считай до десяти?». Большинство женщин ознакомлены с этим тестом.

Проанализировав данные анкетирования, мы сделали вывод, что большинство женщин осведомлены о гипоксии плода, но особое внимание нужно заострить на вопросе о мерах профилактики.

Проанализировав статистические, мы сделали вывод:

-что распространенность гипоксии плода у женщин остается стабильной. Эта патология не имеет тенденции к снижению. Встречается в 10,5% от общего количества родов.

- Анкетированием на тему «Знаете ли Вы, что такое гипоксия плода?» было подтверждено о высокой осведомленности женщин о гипоксии плода.

Для профилактики развития острой гипоксии плода существует ряд рекомендаций.

-Это регулярное посещение акушера-гинеколога и своевременная постановка на учет беременной в женской консультации.

-Своевременный УЗИ-контроль в рекомендованные сроки с целью раннего выявления патологий во время беременности.

-Устранение причины гипоксии до ее возникновения.

-Сдача назначенных анализов в рекомендованные сроки с целью раннего обнаружения гипоксического состояния плода (или выявления рисков его развития).

-Профилактика заболеваний, передающихся половым путем и своевременные обследование на различные инфекции перед подготовкой к беременности, а также своевременное выявление и лечение заболеваний почек, легких, сердечно-сосудистой системы.

-Отказ от вредных привычек и соблюдение режима дня, избегание стрессовых ситуаций, сбалансированное и рациональное питание, частое дробное питание.

### Библиографический список

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" N1130н, 2020 г.
2. Браун Дж. М., Диксон Г. Антенатальная охрана плода. 2015. –С. 37-45.
3. Гущин А. Ю. Гипоксия плода. Кесарево сечение 2016. –С. 56-74.
4. Гайдан Н. В. Кардиомониторный контроль состояния плода в ante- и интранатальном периоде. Методические рекомендации - Запорожье, 2016. –С. 54.
5. Еремина О. В. Совершенствование диагностики и тактики ведения родов при интранатальной гипоксии плода: дисс. на соиск уч. ст. к. м. н.- М., 2016. –С. 157.
6. Клименко П. А. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. 2016. –С. 178.
- Купатов В. С. Гипоксия плода при беременности: причины, симптомы и профилактика // Акушерство. 2016. –С. 35-39.
7. Пискунова Л. В., Чехонацкая М. Л., Аренина Н. Ю. Диагностическое и прогностическое значение анализа вариабельности сердечного ритма беременной в оценке выраженности гипоксии плода. 2017. –С. 540-543.
8. Рандаренко И. Г., Лысенко О. В., Смирнова И. В. Компьютерный скрининг риска развития фетоплацентарной недостаточности у беременных, Вестник ВГМУ.- 2015.- Т. 7. №1. –С. 1-5.
9. Савенко С. К. Гипоксия плода// Патологическое акушерство. 2016. –С. 220-224.

10. Савельева Г. М., Серов В. Н., Старостина Т. А. Акушерский стационар. –М., 2017.
11. Славянова И. К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб. Пособие. 2016. –С. 138-142.
12. Панина О. С. Острая гипоксия плода// Акушерство и гинекология/ [Электронный ресурс] / Электрон. дан., 2016 – Режим доступа:[http://www.9months.ru/zdorovieberem/1274/gi\\_poksiya-ploda](http://www.9months.ru/zdorovieberem/1274/gi_poksiya-ploda), свободный.- Загл. с экрана.- (дата обращения: 13.10.22, время обращения 10:15мин.).
13. Филиппова Т. А. КТГ в родах// Гинекология/[электронный ресурс]. 2016. Режим доступа: <http://www.gynecologia.info/statya.php?st=90>, свободный – Загл. с экрана – (дата обращения: 14.10.2022, время обращения 19:55мин.).
14. Яковлева М. Г. Факторы, приводящие к возникновению гипоксии плода // Медицина: акушерство / [электронный ресурс] / Электрон. Дан., 2017 - (дата обращения: 14.10.2022, время обращения :55мин.).

### **СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ**

Фотахова Ульяна Андреевна  
Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»  
34.02.01 «Сестринское дело», 1 курс  
Научный руководитель:  
Перечкина Наталья Григорьевна, методист  
[umk08metod@mail.ru](mailto:umk08metod@mail.ru)  
E-mail: [ulyana.iok@mail.ru](mailto:ulyana.iok@mail.ru)

### **ПЛАНИРОВАНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Тема планирование здравоохранения была актуальна всегда — это одна из основных функций управления здравоохранением, заключающаяся в определении на заданный период времени оптимальных объемов материальных, финансовых и кадровых ресурсов, необходимых для осуществления комплекса взаимосвязанных социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и физического развития, повышение трудоспособности, увеличение продолжительности жизни и активного долголетия людей, предупреждение болезней и удовлетворение потребностей населения во всех видах лечебно-профилактической помощи.

Система национального здравоохранения для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, оптимизации управления и развития этой отрасли должна основываться, в первую очередь, на рациональном и эффективном использовании ресурсов: основных фондов, трудовых ресурсов, выделяемых финансовых средств/ассигнований.

Планирование и нормирование являются одними из важнейших видов экономической деятельности органов управления здравоохранением и хозяйствующих субъектов, подходы к которым в настоящее время принципиально меняются.

Планирование в здравоохранении – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения [5]. Планирование в системе здравоохранения РФ должно строиться на единых принципах и методических подходах, имея главной целью реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

Основные принципы планирования в здравоохранении:

- 1) научность – плановые показатели основаны на достижениях науки и передового практического опыта;
- 2) реальность – возможность выполнения плановых показателей;
- 3) директивность – обязательность выполнения плана при возможности;
- 4) единство текущего и перспективного планирования;
- 5) сочетание территориального и отраслевого планирования;
- 6) экономическая эффективность;
- 7) выбор приоритетов (здоровье женщин и детей, первичная медико-санитарная помощь);
- 8) открытость – плановые задания необходимо четко довести до исполнителя и др.

Основными методами планирования в здравоохранении являются:

- аналитический метод;
- нормативный метод (с учетом материальных, финансовых и временных нормативов);
- балансовый метод (с использованием натуральных (материальных), стоимостных (денежных), трудовых (кадровых) и межотраслевых систем балансов);
- экономико-математический метод;
- метод организационного эксперимента [5].

Нормативный метод является одним из наиболее часто используемых методов планирования ресурсов в бюджетной сфере. Он применяется при составлении любого плана, основанного на использовании балансового метода. Нормативный метод применяется для расчета как прогнозных, так и плановых показателей и основан на использовании нормативов видов деятельности и стоимостных нормативов на их обеспечение.

В настоящее время нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат являются основой планирования оказания медицинской помощи, осуществляемое в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Программа, ПГГ).

Норматив – расчетный показатель, который характеризует совокупность средств, необходимых для достижения установленной нормы при определенных типовых организационно-технических условиях.

Количество коек на 1 врачебную должность – это норматив, а количество физиотерапевтических единиц в год на 1 должность медсестры – это норматив.

В ПГГ норматив объема медицинской помощи представляет собой показатель, характеризующий объем медицинской помощи на 1 получателя медицинской помощи в зависимости от соответствующего финансового источника за соответствующий период.

Норматив финансовых затрат на 1 единицу объема государственной услуги (медицинской помощи) представляет собой усредненное значение себестоимости ресурсов, необходимых для оказания 1 государственной услуги, выраженное в стоимостной форме.

Нормирование государственной услуги представляет собой процесс расчета норматива объема медицинской помощи и норматива финансовых затрат на 1 единицу медицинской помощи (государственную услугу) (иными словами, речь идет о себестоимости государственной услуги).

Оказание медицинской помощи в РФ осуществляется на основании единых документов, обязательных к применению медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности, указанных в ст. 37 ФЗ-326, где указано, что медицинская помощь оказывается на основе положений, порядков, стандартов и клинических рекомендаций [1].

Порядки являются обязательными для исполнения всеми медицинскими организациями.

В таблице 1 приведена характеристика указанных документов с точки зрения установленных норм и объектов регламентации этих норм в соответствии с законодательством в сфере здравоохранения [5,7].

Таблица 1- Нормы ресурсов, установленные нормативными документами, на основе которых оказывается медицинская помощь

| Раздел медицинской помощи         | Нормативный документ, регулирующий категорию | Нормы, которые содержатся в нормативном документе                                                                                                                  | Объект регламентации                                           |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| По виду медицинской помощи        | Положение об оказании медицинской помощи     | Перечень и количество должностей работников, непосредственно участвующих в оказании медицинской помощи (Стандарт оснащения)                                        | Подразделение медицинской организации, медицинская организация |
| По профилю                        | Порядок оказания медицинской помощи          | Перечень и количество должностей работников, непосредственно участвующих в оказании медицинской помощи (Стандарт оснащения)                                        | Подразделение медицинской организации, медицинская организация |
| По заболеванию                    | Клинические рекомендации                     | Объемы медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, применение медицинских изделий и иного медицинского оборудования, лечебное питание и другие элементы | Информация носит описательный характер                         |
| По модели пациента по заболеванию | Стандарт медицинской помощи                  | Объемы медицинских услуг, включая лекарственное обеспечение, лечебное питание                                                                                      | Случай оказания медицинской помощи                             |

Как видно из таблицы 1, объектом установления норм выступают как сами

медицинские организации и/или подразделения медицинских организаций, так и отдельные объемы медицинской помощи.

Одним из основных примеров широкого использования нормативного метода является Программа государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Цель Программы заключается в обеспечении конституционных прав граждан РФ на бесплатное оказание медицинской помощи посредством определения ее объемов, предоставляемых гражданам бесплатно, и их увязкой с финансовым обеспечением за счет государственных источников финансирования.

Следует отметить, что в рамках ПГГ регламентируется финансовое обеспечение оказания медицинской помощи медицинскими организациями, а не финансирование самих медицинских организаций.

На основе информации Программы осуществляется нормирование медицинской помощи по видам и условиям ее оказания как в целом по РФ, так и на уровне субъектов РФ в целях планирования и финансово-экономического обоснования объемов и финансирования медицинской помощи. Нормативы объемов медицинской помощи используются организаторами здравоохранения для расчета потребности в кадровых ресурсах, при территориальном планировании объектов здравоохранения, составлении штатных расписаний медицинских организаций [7]. Данные Программы государственных гарантий используются для оценки потребности в заработной плате медицинским работникам, при определении потребности в лекарственном обеспечении, диагностических исследованиях и для других целей.

В качестве основных документов, на основе которых осуществляется формирование Программы, выступают порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи [18]

В ПГГ сегодня утверждается более 70 нормативов объемов медицинской помощи (в ПГГ 1998 года – всего 6 нормативов) и более 1600 нормативов финансовых затрат (в ПГГ 1998 года – 6 нормативов) [5]. Значительное превалирование стоимостных показателей над объемными объясняется тем, что в отношении порядка 90% стоимостных нормативов в ПГГ в основном по специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров, соответствующие объемные показатели установлены в расчете не на жителя/застрахованное лицо, а на случай лечения. Расчет значений объемов специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, в расчете на 1 жителя/застрахованное лицо осуществляется на уровне каждого субъекта Российской Федерации с учетом региональной специфики.

Следует отметить, что указанные нормативы, несмотря на столь детализованный характер, являются агрегированными, усредненно учитывающими все возможные факторы оказания медицинской помощи медицинскими организациями, влияющими на уровень ее затратности. К таким факторам (за исключением территориальных особенностей) можно отнести:

- уровень медицинской организации, в которой оказывается медицинская помощь (в российском здравоохранении выделено 3 уровня);
- обособленность и статус подразделения медицинских организаций (например, оказание специализированной первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях может осуществляться в кабинетах, отделениях медицинских организаций, в

отдельных медицинских организациях как общего соматического профиля, так и в монопрофильных учреждениях);

- мощность медицинской организации (например, различное количество коек, количество пациенто-мест);
- численность обслуживаемого населения территории и количество прикрепленных к медицинской организации лиц;
- формы оказания медицинской помощи (плановая, неотложная, экстренная);
- законченность случая лечения;
- различная длительность пребывания в медицинской организации;
- усредненные схемы лекарственного обеспечения, количественный состав медицинских изделий, лечебного питания.

В таблице 2 указаны виды и условия оказания медицинской помощи, по которым ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов установлены средние нормативы объема медицинской помощи [5,6].

Таблица 2 - Виды и условия оказания медицинской помощи, по которым в ПГГ на 2022 год установлены средние нормативы объема медицинской помощи

| №<br>п/п | Виды и условия оказания<br>медицинской помощи                           | Единица измерения на 1<br>жителя / застрахованное<br>лицо | Средние нормативы<br>объема медицинской<br>помощи |       |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|
|          |                                                                         |                                                           | бюджет                                            | ОМС   |
| 1        | Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь       | вызовов                                                   | нет                                               | V     |
| 2        | Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях              | Обращений, исследований, посещений                        | V/нет                                             | V/нет |
| 3        | Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях              | случай лечения                                            | V                                                 | нет   |
| 4        | Специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара    | случаев лечения                                           | нет                                               | V     |
| 5        | Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь | случаев госпитализации                                    | нет                                               | V     |
| 6        | Паллиативная медицинская помощь                                         | посещения / койко-дни                                     | V                                                 | нет   |

Как видно из таблицы 2, единицы объема медицинской помощи являются едиными для обеих частей нормативов ПГГ (финансируемой за счет средств бюджета и в рамках

базовой программы ОМС (БП ОМС)), однако состав утвержденных нормативов, финансируемых из разных финансовых источников, различен.

В Приморском крае действует Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов [3].

В рамках Программы (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь, в том числе паллиативная первичная медицинская помощь, включая доврачебную и врачебную медицинскую помощь, а также паллиативная специализированная медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

*Первичная медико-санитарная помощь* оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара в плановой и неотложной формах.

Амбулаторно-поликлиническую помощь населению Приморского края в 2021 году оказывали 93 медицинских организации Приморского края, из которых 32 - самостоятельные амбулаторно-поликлинические организации и 61 медицинская организация, имеющая в составе поликлинические отделения. Доврачебная медицинская помощь оказывалась в 352 фельдшерско-акушерских пунктах (в 2020 г. – 357, 2019 г. - 355) [4].

Общая мощность поликлинической службы края – 36 480 посещений в смену, в том числе для детского населения – 6 042, женских консультаций – 1 033, диспансерных отделений – 1 860, амбулаторий (как подразделений) – 1 728, диагностических центров – 1 336, центров здоровья – 139.

На конец 2021 г. в Приморском крае *специализированную медицинскую помощь* в стационарных условиях оказывали в 61 учреждении с общим коечным фондом – 14 627 койки, в т. ч., 52 больничные учреждения, 4 родильных дома, 5 диспансеров, имеющих стационары.

Кроме того, стационарная помощь в рамках ТПГГ населению края оказывалась медицинскими организациями других министерств и ведомств [3,4].

В ходе проводимой реструктуризации только за последние 5 лет произошло уменьшение коечного фонда (койки круглосуточного стационара и койки дневного стационара) на 4,8%, с 15 883 койки в 2015 г. до 15 127 коек в 2021 г.

Жителям Приморского края оказывается, как высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, так и ВМП, включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, в зависимости от вида и метода ВМП, в котором нуждается конкретный пациент.

В 2021 году число медицинских организаций, оказывающих *скорую медицинскую помощь* по отношению к 2020 году не изменилось: 6 – самостоятельных станций СМП, которые расположены в городах (г. Владивосток, г. Артем, г. Находка, г. Партизанск, г. Уссурийск, г. Спасск Дальний) и 25 – отделений СМП в краевых медицинских организациях, расположенных в муниципальных районах [4].

Ежесуточно в Приморском крае заступали на дежурство 133 круглосуточных бригады скорой медицинской помощи, из которых, общепрофильных – 127, специализированные – 6 (2 – психиатрическая, 2 – реанимационные, 2 – педиатрические).

Показатель обеспеченности бригадами СМП на 1000 населения, как и в 2020 году – 0,07 (в 2019 г. - 0,08).

В 2021 году Приморском крае по данным формы ФСН № 30 работали 4 кабинета *паллиативной медицинской помощи*, 3 отделения паллиативной медицинской помощи на 38 коек для взрослых. В КГБУЗ «Владивостокская поликлиника №7» в 2021 г. была организована 1 выездная патронажная служба паллиативной помощи для оказания паллиативной медицинской помощи на дому.

*Паллиативную медицинскую помощь* в 2021 году в стационарных условиях получили 608 человек, в амбулаторных условиях - 2292 человека, из них 4 детей. 260 пациентов находятся под наблюдением выездных патронажных служб, 378 человек посетили на дому сотрудники медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь. Обеспеченность взрослыми паллиативными койками составила – 2,5 на 100 тыс. населения [4].

В районах с малой численностью населения паллиативную медицинскую помощь оказывают врачи, прошедшие подготовку по паллиативной медицинской помощи.

Рассмотрим кадровое обеспечение медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Первичную медико-санитарную помощь в 2021 году оказывали 3 398 врачей, обеспеченность составила 17,8 на 10 000 населения; участковых специалистов – 816 (включая участковых педиатров, участковых терапевтов, врачей общей практики), обеспеченность составила 4,3 на 10 000 населения.

Обеспеченность врачами, оказывающими специализированную первичную медико-санитарную помощь, составила – 17,8. Коэффициент совместительства у врачей в целом по амбулаторно-поликлинической службе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, составил - 1,39, у специалистов участковой службы – 1,15.

Обеспеченность средним медицинским персоналом в целом составила - 24,0 при коэффициенте совместительства 1,55, у среднего медицинского персонала участковой службы – 1,43. Соотношение «средний медицинский работник – врач» для амбулаторно-поликлинической службы составило в 2021 году 1:1,35.

В 2021 наблюдается увеличение медицинских кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. При этом отмечено уменьшение числа врачей участковой службы на 16 человек, снижение среднего медицинского персонала ФАПов – на 25 чел., так же наблюдается увеличение врачей СМП – на 26 чел. по отношению к 2021 году (рисунок 1) [4].

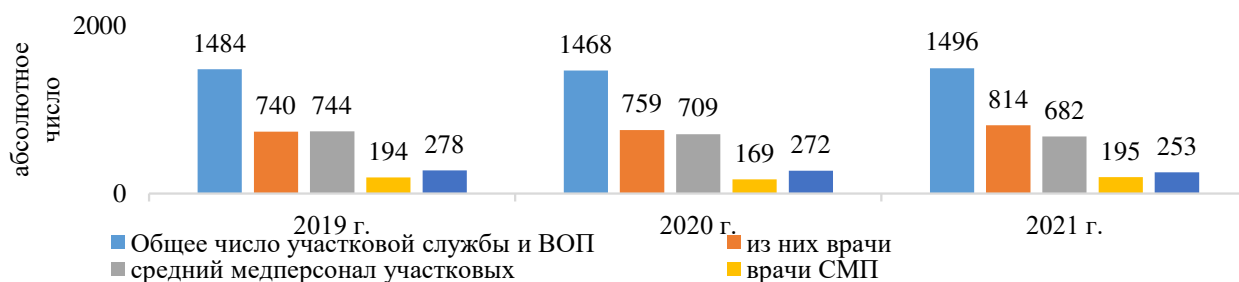


Рисунок 1 - Кадры первичной медико-санитарной помощи в 2019-2021 гг. (абс.)

За период 2019-2021 гг. увеличились показатели обеспеченности и укомплектованности кадрами участковой службы, так обеспеченность врачами увеличилась на 13,16%, с 3,8 в 2019 г. до 4,3 в 2021 г. на 10 тыс. населения. Укомплектованность врачами увеличилась на 3,93%, с 84% в 2019 г. до 87,3% в 2021 г. При этом обеспеченность средним медицинским персоналом, работающих с врачами участковыми уменьшилась на 7,69%, с 3,9 на 10 тыс. нас. в 2019 г. до 3,6 на 10 тыс. нас. в 2021 г. (таблица 3) [4].

Таблица 3 - Кадры участковой службы государственных учреждений Приморского края в 2019-2021 гг.

| Показатели кадрового обеспечения | 2019 г. | 2020 г. | 2021 г. |  |
|----------------------------------|---------|---------|---------|--|
| <b>Врачи</b>                     |         |         |         |  |
| Штатные должности                | 1092,0  | 1080    | 1079    |  |
| Занятые должности                | 917,0   | 914,25  | 941,75  |  |
| Физ.лица                         | 740     | 759     | 816     |  |
| Обеспеченность (на 10 тыс. нас.) | 3,8     | 3,9     | 4,3     |  |
| Укомплектованность (%)           | 84,0    | 84,6    | 87,3    |  |
| Коэффициент совместительства     | 1,2     | 1,2     | 1,2     |  |
| <b>Средний мед. персонал</b>     |         |         |         |  |
| Штатные должности                | 1340,25 | 1295,75 | 1202,75 |  |
| Занятые должности                | 1038,5  | 955,25  | 976,5   |  |
| Физ.лица                         | 744     | 709     | 682     |  |
| Обеспеченность (на 10 тыс. нас.) | 3,9     | 3,7     | 3,6     |  |
| Укомплектованность (%)           | 77,5    | 81,4    | 81,2    |  |
| Коэффициент совместительства     | 1,4     | 1,3     | 1,4     |  |

Мы видим, что в крае произошло сокращение фельдшерских-акушерских пунктов, необходимых для оказания доврачебной медицинской помощи. В ходе проводимой реструктуризации только за последние 5 лет произошло уменьшение коечного фонда для оказания специальной медицинской помощи. В 2021 году число медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь по отношению к 2020 году, не изменилось. Можно сделать вывод, что не в полной мере, но гарантированный перечень видов, форм и условий предоставления первой медицинской помощи соответствует

реальности.

В целом в стране, конечно, существует расхождение объемов помощи и количества требуемых должностей врачей, рассчитанных на основании данных статистики и нормативных документов. Данное расхождение может быть объяснено многими причинами, среди которых выделяются:

- объективные, не зависящие от состояния ресурсов системы здравоохранения: климатогеографические, социальные, экономические факторы, влияющие на плотность населения;
- субъективные, зависящие от организации оказания и потребления медицинской помощи: уровень кадрового обеспечения врачами-специалистами конкретного субъекта Российской Федерации, транспортная доступность медицинской организации.

### **Библиографический список**

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (изм. 19 декабря 2022 г. № 519-ФЗ): Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ. - Режим доступа: <https://base.garant.ru/12180688/>
2. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов: Постановления Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505 (изм. 14 декабря 2022 г.). - Режим доступа: <https://base.garant.ru/403335795/>
3. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Приморском крае на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов: Постановление Правительства Приморского края от 29.12.2021 № 885-пп. – Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/2501202201030005>
4. Министерство здравоохранения Приморского края / Официальный сайт. Режим доступа: <https://primorsky.ru/authorities/executive-agencies/departments/health/>
5. Обухова, О.В. Нормативы в здравоохранении как инновационный подход к формированию программы государственных гарантий / О.В.Обухова, Ф.Н.Кадыров, А.М.Чилилов, Ю.В.Ендовицкая // Лидерство и менеджмент. – 2022. – Том 9. – № 4. – С. 1253-1270. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=50084869>
6. Обухова, О.В. Система обязательного медицинского страхования: на пути к справедливому распределению средств / О.В.Обухова, П.В.Митрошин, А.М.Чилилов // Страховое дело. – 2022. – № 10(355). – С. 43-52.
7. Хабриев, Р.У. Современное состояние системы нормирования труда в здравоохранении / Р.У.Хабриев, В.М.Шипова, Е.А.Берсенева, Д.Ю.Михайлов // Казанский медицинский журнал. – 2020. – № 6. – С. 859-868.
8. Шипова, В.М. Штатно-нормативное обеспечение медицинской помощи пациентам с Covid-19 в условиях стационара / В.М.Шипова, О.В.Миргородская // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – № 1 (23). – С. 31-41.

Ильина Александра Александровна  
Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»

34.02.01 «Сестринское дело», 3 курс

Научный руководитель:

Занина Виктория Владимировна, преподаватель  
umk08metod@mail.ru

## **ПРОБЛЕМЫ РОЖДЕНИЯ И ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Проблема преждевременного рождения детей, так или иначе, затрагивает все сферы общественной жизнедеятельности: социальную, экономическую, духовную и политическую, поэтому является одной из острейших в современном обществе.

В последние годы отмечается возрастание актуальности проблемы недоношенности в связи с увеличением частоты преждевременных родов, несмотря на проводимое лечение беременных и применение современных технологий пролонгирования беременности. В докладе Всемирной организации здравоохранения (2021 г.) отмечается, что 15 млн. детей ежегодно рождается преждевременно и это число возрастает.

Недоношенность вносит существенный вклад в показатели, отражающие степень общего благосостояния общества. На долю недоношенных детей приходится 60-70% ранней неонатальной смертности.

Выхаживание недоношенных детей является не только медицинской, но и серьезной социальной проблемой. Это связано с тем, что удельный вес недоношенных составляет 6-8% от числа всех родившихся. Частота рождения недоношенных детей в разных странах колеблется от 4 до 16%. В России частота рождения недоношенных детей составляла 54,5-72,9 на 1000 родившихся живыми или 5,45-7,29%.

За последние 20 лет достигнуты значительные успехи в выхаживании детей, родившихся с низкой массой тела, в том числе глубоконедоношенных. Доказано, что даже среди крайне незрелых детей с массой тела при рождении до 1000 г. выживаемость может достигать 70-80%. Однако эти успехи породили в свою очередь и новые проблемы, связанные с последующими тяжелыми отклонениями в состоянии развития и здоровья таких детей. Статистика свидетельствует о несоразмерно высоком количестве недоношенных детей в общем числе выживших новорожденных, которые страдают физической, интеллектуальной и эмоциональной неполноценностью.

Недоношенность приводит к возникновению этических проблем, связанных со стоимостью и действенностью лечения, взаимоотношениями в семье, затруднениями при обучении и дальнейшем трудоустройстве.

По инициативе Европейского фонда по уходу за новорожденными детьми 17 ноября признан международным днем недоношенных детей. Тем самым все мировое сообщество признает особую актуальность проблемы невынашивания детей и необходимость в этой связи выполнения персоналом медицинских организаций на высоком профессиональном уровне комплекса мероприятий, обеспечивающих сохранение жизни и успешное выхаживание недоношенных детей.

Объект исследования - недоношенные дети с экстремально низкой массой тела.

Целью работы является анализ медико-социальной значимости проблемы недоношенности и роли медицинской сестры при выхаживании недоношенных детей.

Методы исследования: анализ литературы; статистический анализ данных;

сравнение.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, недоношенным считается новорожденный, родившийся между 28-й и 37-й неделями внутриутробного развития с массой от 1000 до 2500 г, длиной тела от 35 до 45 см и имеющий признаки морфологической и функциональной незрелости. Жизнеспособными считают новорожденного с массой тела при рождении 500 г, сделавшего хотя бы один вдох (рисунок 1).



Рисунок 1 - Недоношенный ребенок

В зависимости от массы тела при рождении выделяют 4 степени недоношенности.

Классификация степени недоношенности по массе тела:

I степень: масса тела ребенка - 2500-2001 г;

II степень: масса тела ребенка - 2000-1500 г;

III степень: масса тела ребенка - 1500-1001 г;

IV степень: масса тела ребенка - 1000 г и меньше.

В свою очередь маловесные дети (рожденные с массой тела 2500 г) подразделяются на детей:

а) с низкой массой тела при рождении (2500-1500 г);

б) с очень низкой массой тела при рождении (1499-1000 г);

в) с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г).

Масса тела при рождении не является абсолютным показателем недоношенности [3].

Основным критерием недоношенности является гестационный возраст (срок внутриутробного развития, gestatio – беременность, ношение). Исходя из гестационного возраста, выделяют 4 степени недонашивания.

Классификация степени недоношенности по гестационному возрасту к моменту рождения:

I степень - 37-35 недель беременности;

II степень - 34-32 недели беременности;

III степень - 31-29 недель беременности;

IV степень менее 29 недель беременности.

Различные патологические и биологические факторы могут быть ведущей причиной, предрасполагающим фоном и решающим моментом в возникновении недонашивания. Нередко имеет место сочетание нескольких факторов, причем, не всегда можно уточнить значение каждого из них в происхождении данных преждевременных родов [16].

В настоящее время выделяют 2 группы факторов, оказывающих влияние на частоту

недонашивания: социально-экономические и клинические. Последние в свою очередь делятся на факторы, которые влияют со стороны матери и факторы, которые влияют со стороны плода.

К социально-экономическим факторам относятся:

- а) отсутствие или недостаточность медицинской помощи;
- б) плохое питание беременной;
- в) неудовлетворительные жилищно-бытовые условия;
- г) профессиональные вредности, вредные привычки;
- д) нежеланная беременность у женщин, не состоящих в браке.

Клинические факторы со стороны матери следующие:

- а) хронические соматические и гинекологические заболевания;
- б) эндокринные дисфункции (гиперфункция коры надпочечников, сахарный диабет, гипопункция яичников);
- в) патология беременности (длительный, поздний гестоз, острые инфекционные заболевания во время беременности);
- г) физические травмы (оперативные вмешательства, травмы живота) и нервные потрясения;

- д) иммунологический конфликт между беременной и ее плодом;
- е) плацентарная недостаточность.

Со стороны плода клиническими факторами являются:

- а) внутриутробные инфекции;
- б) генетические и хромосомные болезни плода;
- в) аномалии развития, многоплодие, неправильное положение плода;
- г) иммунологический конфликт между плодом и беременной [14].

Причины, вызвавшие рождение недоношенного в значительной мере, определяют степень его функциональной зрелости и темпы развития в постнатальном периоде. Все преждевременно рожденные дети имеют характерный вид, указывающий на их незрелость.

В зависимости от степени тяжести, у малыша, который родился раньше срока, выделяют анатомо-физиологические особенности в зависимости от степени недоношенности.

У недоношенных детей часто фиксируются нарушения сразу по нескольким параметрам, например, по состоянию мышечного тонуса и врожденных рефлексов, по цвету кожи, частоте сердечных сокращений, частоте дыхания и др. В этом нет ничего удивительного, так как в организме даже взрослого человека все органы и физиологические системы работают в тесной взаимосвязи. Нарушения в работе одной из них вызывают изменения в функционировании всего организма. Поэтому было бы неразумно ожидать, что у недоношенного малыша какие-то органы или физиологические системы будут работать «идеально». Для недоношенных характерна незрелость всех органов и систем, степень выраженности которой зависит от срока беременности. Неврологическими признаками недоношенности являются мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов и двигательной активности, нарушение терморегуляции, слабый крик ребенка. Дети периодически беспокойны, отмечается непостоянный тремор подбородка и конечностей [12].

Таким образом, можно сделать следующий вывод, что ни один из указанных

признаков, взятый в отдельности, не может служить абсолютным критерием для определения недоношенности, только совокупность их позволяет судить о преждевременном рождении ребенка. Из-за морфологической и функциональной незрелости процесс приспособления к внеутробной жизни у недоношенных протекает более тяжело и значительно дольше.

Для того чтобы отечественная статистика была сопоставима с международными критериями в области перинатологии, Россия, учитывая рекомендации Всемирной организации здравоохранения, перешла на новые критерии. Учреждения здравоохранения должны осуществлять регистрацию всех детей, родившихся живыми и мертвыми, которые имеют массу тела при рождении 500 г. и более, длину – 25 см и более, при сроке беременности 22 недели и более [4].

Каждые десятые роды в мире происходят преждевременно. В процентном количестве в менее развитых странах их больше, в развитых - меньше. Российская статистика в этом случае находится на уровне развитых стран. По данным Минздрава РФ, ежегодно в России рождаются более 110 тысяч недоношенных детей. На рисунке 1 представлены статистические сведения Минздрава России о количестве родившихся недоношенных детей из общего числа детей, родившихся живыми в России – недоношенные.



Рисунок 1 - Статистические сведения о количестве родившихся недоношенных детей, тыс. человек

Исходя из данных, можно наглядно увидеть, что темп числа детей, родившихся недоношенными в России, снижается с каждым годом, но, несмотря на эти данные процент родившихся недоношенных детей остается высоким.

По данным Приморсстата в 2021 году в Приморском краевом перинатальном центре появился на свет 471 недоношенный ребенок. 67 из них — с массой тела от 500 до 1 000 граммов.

В целом отметим, что в последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа недоношенных детей в Приморском крае.

Этот рост обусловлен основными причинами преждевременных родов: многоплодная или подростковая беременность, хронические заболевания (диабет, гипертония), инфекции, злоупотребление алкоголем и стресс.

Среди недоношенных около 80% составляют дети, родившиеся при сроке беременности 32-37 недель. Большинство детей, рождающихся при сроке беременности менее 32 недель, имеют очень низкую массу тела при рождении, и частота рождения таких детей в большинстве стран не превышает 2%. В России в их родилось 0,78% (рисунок 2).

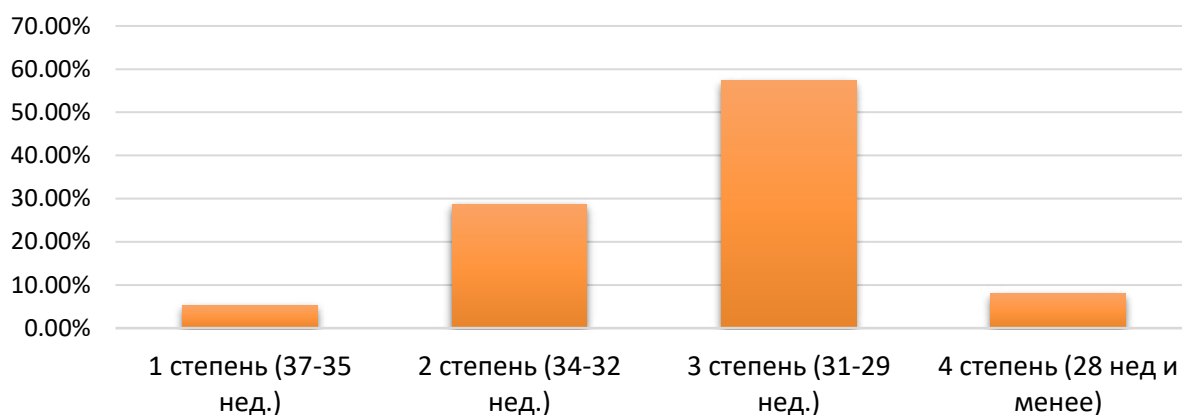


Рисунок 2 - Распределение рождения новорожденных по степени недоношенности

По данным на рисунке 2 можно наглядно увидеть, что чаще рождаются дети со 2 и 3 степенью недоношенности. Дети, родившиеся на слишком раннем сроке, то есть 4 степень недоношенности, с каждым годом меньше благодаря своевременным посещениям женской консультации женщин и постоянным, тщательным наблюдениям беременных.

По данным статистики в России выживает 90% детей, рожденных на 26-27-й неделе, и очень мало детей с экстремально низкой массой тела, которые родились на более раннем сроке в 22 недели - не более 8%.

На рисунке 3 представлены данные о проценте выживаемости детей на разных сроках рождения.

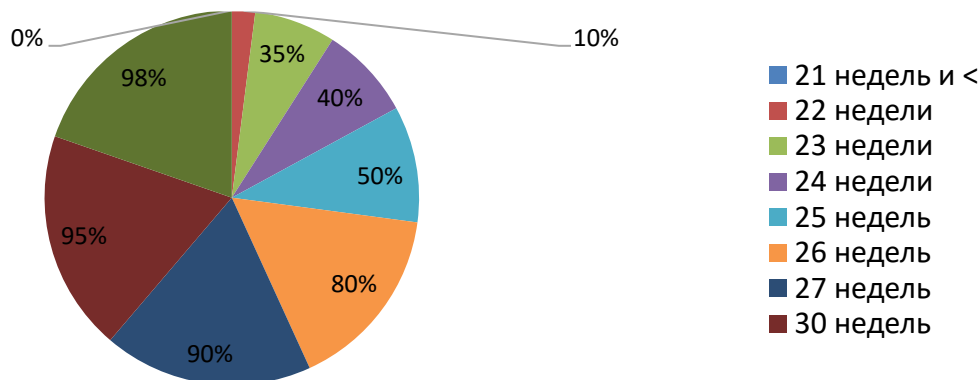


Рисунок 3 - Процент выживаемости плода на разных сроках рождения

Таким образом, можно увидеть, что 21-я, 22-я и 23-я недели самые опасные для рождения ребенка, так как существует большая вероятность летального исхода.

Так же одним из важнейших аспектов изучаемой проблемы является анализ материалов по частоте, причинам, факторам риска преждевременных родов в мире и в России. Согласно сведениям Всемирной организации здравоохранения, существует ряд факторов, обуславливающих преждевременные роды. Среди таких факторов - многоплодная или подростковая беременность, хронические заболевания и состояния

(диабет, гипертония), инфекции. Употребление алкоголя и стресс также повышают риск преждевременных родов.

На рисунке 4 представлены факторы риска рождения недоношенных детей.



Рисунок 4 - Факторы риска рождения недоношенных детей

Изучив факторы риска рождения недоношенных детей, можно сделать следующий вывод, что чаще всего у матерей регистрировался отягощенный акушерский анамнез (патология беременности, многоплодная беременность, оперативное вмешательство, привычные выкидыши, частые аборт, аномалии развития репродуктивной системы).

Недоношенные дети умирают в 30–35 раз чаще, чем дети, родившиеся в срок. На рисунке 5 представлена динамика коэффициента младенческой смертности.

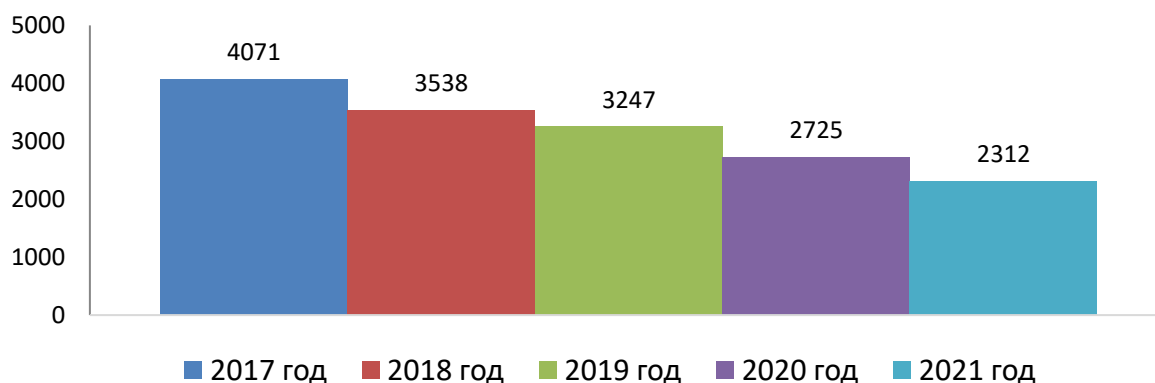


Рисунок 5 - Динамика коэффициента младенческой смертности

Анализ данной диаграммы показывает, что коэффициент младенческой смертности снижается, благодаря современной медицинской аппаратуре и профессионализму медицинских работников. Если в 2017 году умерло 3,7% недоношенных малышей, то в 2021 году этот показатель сократился до 2,4%.

По данным Минздрава РФ, частота рождения детей с экстремально низкой массой

тела в России фиксируется на уровне 0,2%, с очень низкой массой тела - 0,8%. Полученные данные представлены на рисунке 6.

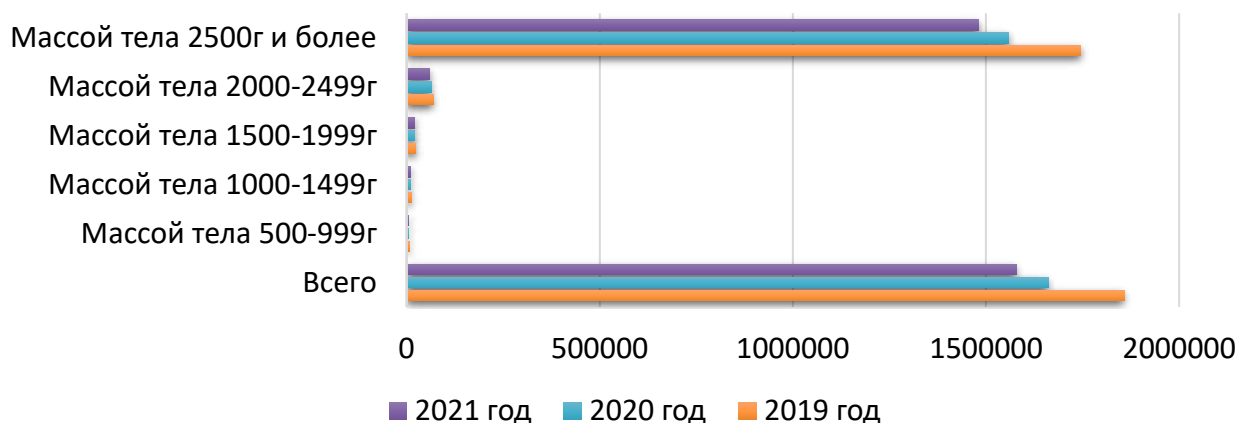


Рисунок 6 - Распределение новорожденных по массе тела при рождении

Из данным выведенных на график мы можем увидеть, что число новорожденных с нормальной массой тела преобладает над числом недоношенных новорожденных с низкой массой тела во много раз. По данным Всемирной организации здравоохранения недоношенные дети склонны к послеродовым осложнениям, особенно дети, родившиеся с экстремально низкой массой тела при рождении. На рисунке 7 наглядно представлены виды осложнений и их процентное соотношение.

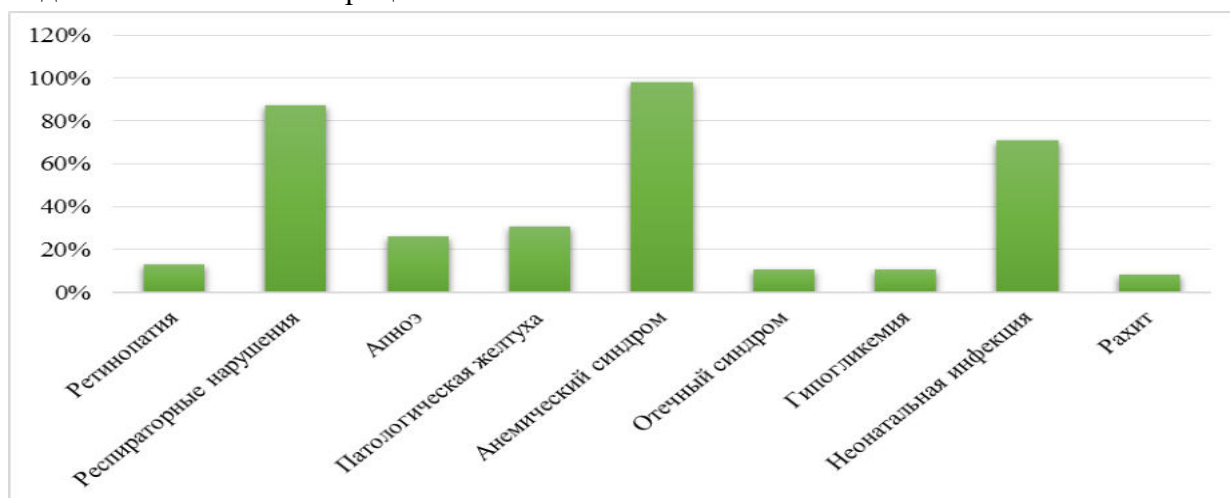


Рисунок 7 - Послеродовые осложнения у недоношенных детей

Таким образом, каждая неделя недоношенности увеличивает риски того, что ребенок будет иметь медицинские осложнения.

По данным Ростата последние годы удалось значительно снизить инвалидизацию среди детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, – менее 1000 граммов. Из них инвалидами становятся 33%, а в лучших клиниках – 10-15%. Установлено, что группой риска в отношении инвалидности явились дети с диагнозом детского церебрального паралича, родившиеся в сроки гестации 26 - 29 недель [18].

Таким образом, исходя из предоставленных данных Федеральной службой государственной статистики и проведенного анализа можно прийти к выводу, что ежегодно растет процент детей сроком гестации менее 30 недель, в том числе новорожденных с экстремально низкой массой тела, что свидетельствует об ухудшении здоровья женщин в репродуктивном возрасте; сохраняется высокая летальность, что отмечается повышением риска и тяжестью патологий; в большинстве случаев из социальных факторов большое значение имеют вредные привычки, поэтому постоянно проводятся профилактические мероприятия среди населения о здоровом образе жизни.

Как известно, все новорожденные дети уязвимы, но преждевременно рожденные — особенно, а проблема преждевременных родов остается одной из проблем, недооцениваемых обществом.

Когда рождается недоношенный ребёнок с глубокой степенью незрелости процесс его выхаживания занимает много недель, а порой и месяцев.

За недоношенными детьми должны ухаживать наиболее опытные и квалифицированные медицинские сестры или специально подготовленный персонал. Необходимо проводить постоянную работу по совершенствованию знаний и навыков среднего медицинского персонала по уходу за детьми высокого риска. К этим детям требуется особенно бережное отношение при выполнении основных медицинских процедур.

В выхаживании недоношенных детей огромная роль принадлежит медицинской сестре. Только высококвалифицированный персонал, думающий и любящий может справиться с этой нелегкой задачей. Медицинские сестры, работающие в отделениях новорожденных — это особые сестры. В последнее время сформировалось понятие «интенсивный уход», который представляет собой неотъемлемую часть интенсивной терапии новорожденных [21].

При рождении глубоко недоношенного ребенка его сразу переводят из роддома в реанимацию детской больницы, а затем в специализированное отделение по выхаживанию недоношенных новорожденных, где им оказывается квалифицированная медицинская помощь.

Медицинская сестра должна быть практическим психологом - уметь создавать и поддерживать оптимальный психологический климат. Она обязана знать психологическое состояние матери, ее адаптацию к новорожденному и условиям отделения, реакцию семьи на рождение ребенка.

Особую заботу и внимание требуют другие контингенты матерей: «возрастные», подростки и женщины, намеревающиеся отказаться от ребенка. «Возрастные» матери всего боятся (тип «встревоженной наседки»); школьницы-матери больше озабочены собственной судьбой; женщины, намеревающиеся отказаться от ребенка, нередко держатся воинственно - настороженно, как бы заранее отрицая возможность переубедить их. Психологическая атмосфера вокруг матерей должна быть предметом постоянного ненавязчивого внимания персонала отделения. Задача медицинской сестры предоставить матери возможность побыть дольше с ребенком и формировать у нее только позитивное отношение к нему [8].

Наиболее частые ошибки персонала в отношении родителей — это спешка, важный разговор «в дверях», бесчувственный, стереотипный подход к матери и ребенку, отсутствия внимания к ее просьбам. Медицинская сестра обязана контролировать свои

высказывания матери. В беседах нельзя выражать горькое удивление, страх, сострадание, бурную радость, внушать ложный оптимизм.

Главным фактором выздоровления ребенка является его питание, поэтому большое внимание медицинская сестра уделяет работе с мамами по вскармливанию детей.

Оказавшись после роддома в домашних условиях, многие родители не владеют методами и приемам ухода за недоношенным ребенком [21]. В этом случае медицинская сестра, навещая ребенка, может дать рекомендацию кормящей матери по режиму дня и питанию.

Таким образом, именно медицинской сестре принадлежит огромная роль в выхаживании недоношенного ребенка, так как она должна постоянно находиться рядом с малышом. Медсестра должна быть профессионалом своего дела, любить то чем она занимается и принимать быстрые решения в сложной ситуации. Правильный уход помогает новорожденному ребенку адаптироваться к новым условиям окружающей среды и избежать интенсивных методов лечения.

С целью выявления эффективности сестринского ухода за недоношенными детьми был проведен анализ мнений родителей об удовлетворенности деятельностью медицинской сестры по уходу за недоношенными детьми в КГБУЗ «Октябрьская центральная районная больница».

В анкетировании участвовали 10 матерей. Сведения о результатах отражены на рисунках.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы отношением медицинских сестер во время пребывания в больнице?» большинство ухаживающих матерей указывали на хорошее отношение со стороны медицинских сестер, вежливость и внимательность медицинских сестер (72 %); 8 % матерей считают, что к ним относились не вежливо.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы результатами оказания медицинской помощи?» Половина ухаживающих матерей хорошо оценивают оказываемую медицинскую помощь (50 %) и 42 % - удовлетворительно. Это показывает, что 92 % респондентов удовлетворены оказанной медицинской помощью. Остальные 8 % воздержались от ответа (рисунок 8).

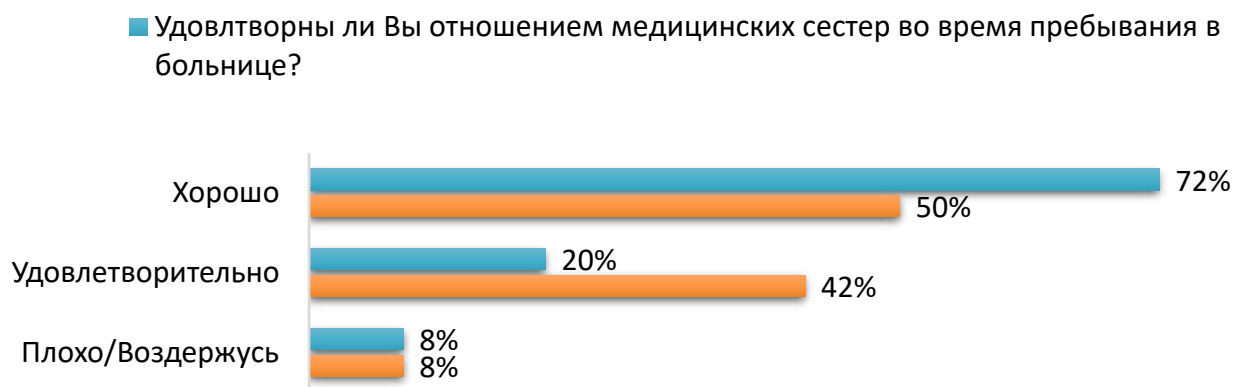


Рисунок 8 – Результаты анкетирования мнения родителей о работе медицинских сестер

На вопрос «Как Вы ощущаете себя в данный момент, находясь вместе с ребенком в педиатрическом отделении?» Ответы были следующие:

- 1) уверенность, надежду в благополучном исходе и выздоровлении малыша 80%;

- 2) растерянность, подавленность, боязнь каждого нового дня 18%;
- 3) воздержались от ответа 2% (рисунок 9).



Рисунок 9 - Результаты ответов на вопрос «Как Вы ощущаете себя в данный момент, находясь вместе с ребенком в педиатрическом отделении?»

На вопрос «Доверяете ли Вы профессионализму медицинских сестер в педиатрическом отделении новорожденных?» были следующие ответы:

- 1) 90% доверяют профессионализму медсестры;
- 2) 10 % воздержались от ответа (рисунок 10).

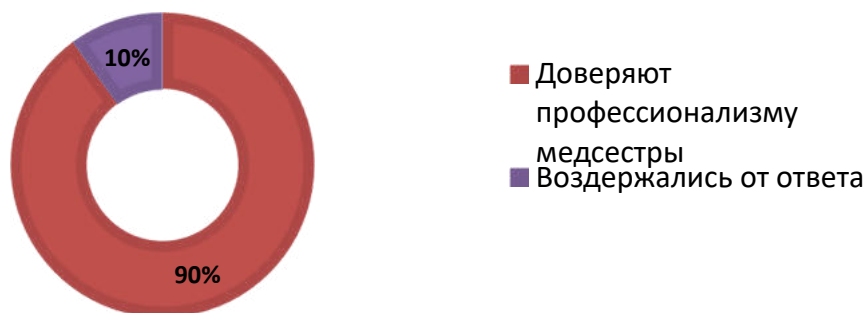


Рисунок 10 - Результаты ответов на вопрос «Доверяете ли Вы профессионализму медицинских сестер в педиатрическом отделении новорожденных?»

На просьбу внести, свои предложения по улучшения качества сестринской помощи со стороны ухаживающих матерей были следующие предложения:

- а) 40% - улучшить материально – техническое, лекарственное обеспечение;
- б) 8 % - повысить культуру общения с пациентами;
- в) 26 % - сократить работу с документацией;
- г) 12% - использовать в работе медицинской сестры компьютерные технологии;
- д) 14 % - не дали комментарии.

Результаты проведенного исследования представлены на рисунке 11.



Рисунок 11 - Предложения матерей по улучшению качества сестринской помощи

Учитывая, что основное внимание при выхаживании недоношенных детей уделяется сестринскому уходу, в отделении также был проведен опрос среднего медицинского персонала, работающего с недоношенными детьми.

В анкетировании участвовали 10 палатных медсестер отделения педиатрии.

Из них основную массу составляют:

- а) медсестры в возрасте от 30 до 40 лет – 50%;
- б) стаж работы с новорожденными более 15 лет – 29%;
- в) высшая категория у 21% медсестер (рисунок 12).

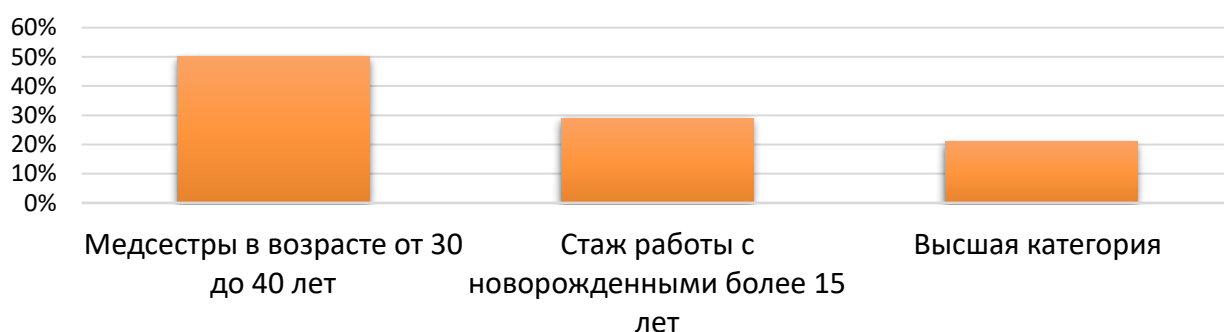


Рисунок 12 – Возрастная категория медицинских сестер

Ответы на вопрос: «Не жалеете ли Вы о выбранной профессии?», распределились следующим образом:

- а) не жалеют 83,3%;
- б) жалеют 12,5%;
- в) затруднились с ответом 4,2 %.

Результаты проведенного исследования представлены на рисунке 13.

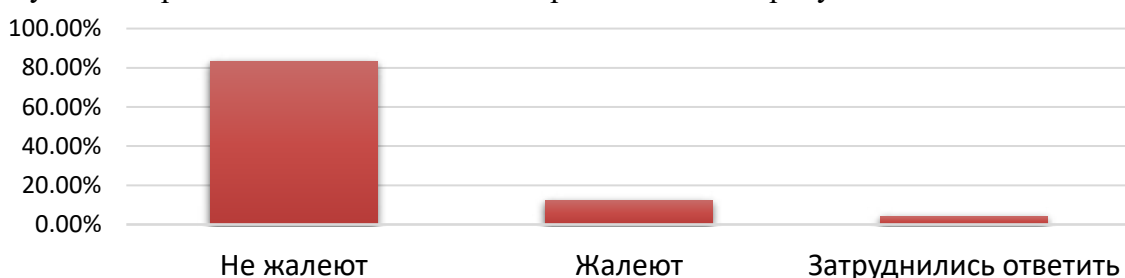


Рисунок 13 - Результаты ответов на вопрос: «Не жалеете ли Вы о выбранной профессии?»

На вопрос: «Считаете ли Вы, что дети с экстремально низкой массой тела (500–1000 г) нуждаются в особом уходе и отношении?», положительно ответили 100% медсестер.

Ответы на вопрос о роли, которую медсестры отводят себе в выхаживании недоношенных детей, распределились так:

- а) главную роль (практически все манипуляции и назначения выполняем сами) - 70,8%

б) наравне с врачом (делаем общее дело) - 29,2% (рисунок 14).

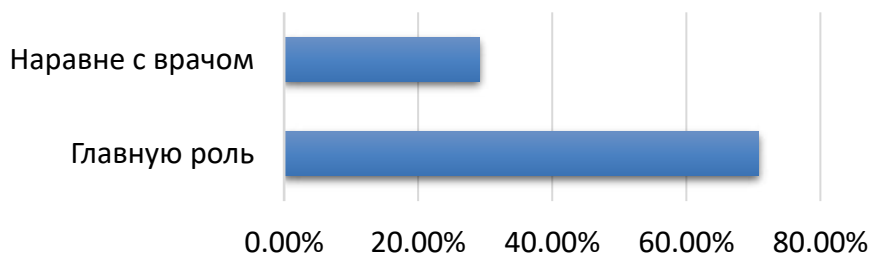


Рисунок 14 – Результаты ответов на вопрос о роли, которую медсестры отводят себе в выхаживании недоношенных детей

На вопрос: «От чего зависит благополучный исход выхаживания детей с экстремально низкой массой тела?», даны такие ответы:

- а) от современной аппаратуры - 33%
- б) от профессиональной грамотности среднего медицинского персонала - 37%
- в) от профессионализма совместной работы медсестры и врачей - 30%.

Результаты исследования представлены на рисунке 15.



Рисунок 15 - Результаты ответов на вопрос: «От чего зависит благополучный исход выхаживания детей с экстремально низкой массой тела?»

На вопрос: «Осложнения, возникающие у недоношенного ребенка в процессе лечения в педиатрическом отделении, являются следствием недостаточного профессионализма коллег». Ответили отрицательно 33,4% медсестер, в какой-то степени - 66,6 % (рисунок 16).

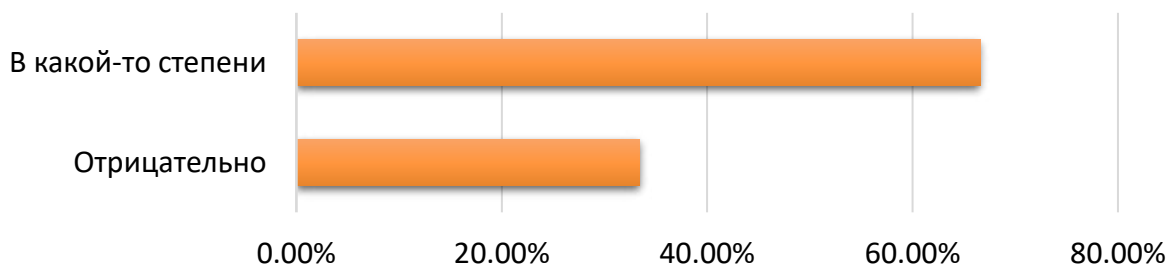


Рисунок 16 - Результаты ответов на вопрос: «Осложнения, возникающие у недоношенного ребенка в процессе лечения в педиатрическом отделении, являются следствием недостаточного профессионализма коллег»

На вопрос: «Как Вы думаете, в вашем отделении созданы максимальные условия для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела?», медсестры ответили так:

- а) «Созданы» (8,3 %);
- б) «Нет» (25 %);
- в) «Не совсем» (66,7 %).

Результаты проведенного исследования представлены на рисунке 17.

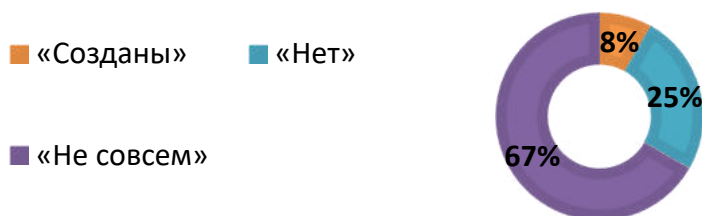


Рисунок 17 - Результаты ответов на вопрос: «Как Вы думаете, в вашем отделении созданы максимальные условия для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела?»

Анкетирование медицинских сестер показало, что 70,8% считают роль медицинской сестры такой же важной в процессе выхаживания недоношенного ребенка, как и врача; 66,6% медсестер предполагают, что осложнения, возникающие у недоношенных детей в процессе лечения в педиатрическом отделении, в какой-то мере являются следствием недостаточного профессионализма коллег; получают моральное удовлетворение от своего труда и значимости своей профессии 87,5 % медсестер педиатрического отделения.

В процессе выхаживания на всех его этапах недоношенного ребенка большая роль принадлежит именно медицинской сестре. Кроме того, медицинские сестры проводят большую работу с родителями: дают рекомендации кормящей матери по режиму дня и питанию, по вскармливанию недоношенного ребенка, обучают родителей особенностям ухода за ребенком, технологии психоэмоционального общения с ребенком, знакомит родителей с особенностями физического и нервно-психического развития ребенка.

В настоящее время проблема рождения недоношенных детей является весьма актуальной, что определяется как ее медицинскими, так и социальными аспектами. Большую проблему для здравоохранения и общества в целом представляет высокая смертность и заболеваемость недоношенных новорожденных, их инвалидизация в дальнейшем, что влечет за собой в последующем проблемы их обучения и трудоустройства.

Для успешного выхаживания недоношенных детей в домашних условиях нами разработаны следующие практические рекомендации:

- 1) недоношенных детей нужно особо оберегать от инфекций, так как в связи с неокрепшим иммунитетом они сильно подвержены различным заболеваниям;
- 2) оптимальный способ кормления — это кормление материнским молоком, изначально сцеженным, потом обычным способом, прикладывая к груди;
- 3) в помещении, в котором находится ребенок, должна поддерживаться температура не менее 25 - 26°C во избежание переохлаждения;
- 4) температура в ванной комнате во время купания должна быть 20 - 22°C;

5) температура воды во время купания 38 - 39°C.

Для профилактики преждевременного рождения детей можно предложить следующее:

- а) охрану здоровья будущей матери, начиная с самого раннего детства; планирование семьи;
- б) посещение консультации «Брак и семья»;
- в) соблюдение культуры половой жизни;
- г) предупреждение медицинского прерывания беременности;
- д) создание благоприятных условий для беременной в семье и на производстве;
- е) своевременное выявление беременных с угрозой преждевременных родов и наблюдение за ними во время беременности.

### Библиографический список

1. Антонов, А.Г. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении / А.Г.Антонов, О.В. Ионов, Д.С.Крючко. – М.: Просвещение, 2018. – 148 с.
2. Аухадеев, Э.И. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе международной классификации функционирования / Э.И.Аухадеев, Р.А.Бодрова // Вестник восстановительной медицины. – 2016. - №1. - С. 6 - 10.
3. Байбарина, Е.Н. Избранные клинические рекомендации по неонатологии / Е.Н.Байбарина, Д.Н.Дегтярев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. –240 с.
4. Белова, Н.А. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода / Н.А.Белова, Л.Ф.Вахитова. – М.: Стандартиформ, 2015. – 198 с.
5. Бисярина, В.П. Детские болезни и уход за детьми / В.П.Бисярина. - М.: Медицина, 2015. – 464 с.
6. Брыксина, Е.Ю. Патогенетические аспекты перинатальных поражений центральной нервной системы недоношенных детей / Е.Ю.Брыксина. – М.: Медицина, 2017. – 268 с.
7. Булатов, В.П. Недоношенные дети / В.П.Булатов, Л.К.Фазлеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 237 с.
8. Волова, М.В. Этапы реабилитационной помощи недоношенным детям / М.В.Волова. – М.: Медицина, 2016. – 228 с.
9. Володин, Н.Н. Базовая помощь новорожденному / Н.Н.Володин, Г.Т.Сухих. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 208 с.
10. Володин, Н.Н. Педиатрия / Н.Н.Володин, В.П.Булатов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 263 с.
11. Гаврюшов, В.В. Неонатология / В.В.Гаврюшов, К.А.Сотников. - М.: Медицина, 2015. – 336 с.
12. Григорьев, К.И. Особенности оказания сестринской помощи детям / К.И.Григорьев, Р.Р.Кильдиярова – М.: ГЭОТАРМедиа, 2016. – 426 с.
13. Демьянова, Т.Г. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни / Т.Г.Демьянова, Л.Я.Григорьяниц. – М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2015. – 248 с.
14. Ежова, Н.В. Педиатрия / Н.В.Ежова, Е.М.Русакова, Г.И.Кащеева. – М.: Медицина, 2016. – 632 с.
15. Запрудников, А.М. Педиатрия с детскими инфекциями / А.М.Запруднов,

К.И.Григорьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 560 с.

16. Зелинская, Д.И. Сестринский уход за новорожденными в амбулаторнополиклинических условиях / Д.И.Зелинская, Е.С.Кешишян. – М.: Медицина, 2015. – 174 с.

17. Касиль, В.Л. Медсестра отделения интенсивной терапии: практическое руководство / В.Л.Касиль, Х.Х.Хапия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 352 с.

18. Кешинян, Е.С. Уход за новорожденным ребенком в вопросах ответах / Е.С.КЕшинян. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – 186 с.

19. Коваленко, Т.В. Результаты выхаживания детей с экстремальнонизкой массой тела / Т.В.Коваленко, Л.Ю.Зернова, Н.В.Бабинцева // Практическая медицина. 2016. - №6. - С. 84 - 89.

20. Краснов, М.В. Применение высоких технологий в выхаживании новорожденных детей / М.В.Краснов, И.В.Виноградова, И.Н.Ульянова. – М.: Медицина, 2016. – 263 с.

21. Ленюшкина, А.А. Уход за новорожденными / А.А.Ленюшкина. – М.: Медицина, 2017. – 264 с.

22. Павлов, О.Г. Влияние наследственной предрасположенности к соматопатологии и медико-социальных факторов на течение беременности и исход родов с позиций системного анализа / О.Г.Павлов, Н.М.Агаркова, В.Г.Волкова. – М.: Медицина, 2017. – 236 с.

23. Рындин, А.Ю. Сестринский уход в педиатрии / А.Ю.Рындин. – М.: Просвещение, 2017. – 347 с.

24. Рюдигер, М.Н. Подготовка к выписке из стационара и организация амбулаторной помощи недоношенным детям / М.Н.Рюдигер. - М.: Медицинская литература, 2015. - 198 с.

25. Сумин, С.А. Основы реаниматологии / С.А.Сумин, Т.В.Окунская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 768 с.

26. Терлецкая, Р.Н. Неонатология / Н.Н.Терлецкая. – М.: Медицина, 2016. – 451 с.  
Шабалов, Н.П. Неонатология: учебное пособие / Н.П.Шабалов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 704 с.

Сон Валерия Сергеевна  
Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»  
34.02.01 «Сестринское дело»  
Научный руководитель-  
Перечкина Наталья Григорьевна, методист  
E-mail: sonik30@list.ru

## ИНВАЛИДНОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Актуальность работы вызвана тем, что по оценкам ВОЗ, более 1 миллиарда людей имеют какую-либо форму инвалидности. Это соответствует примерно 15% населения мира, причем до 190 миллионов (3,8%) людей в возрасте 15 лет и старше испытывают значительные трудности в функционировании, часто нуждаясь в медицинских услугах. Число людей с инвалидностью возрастает отчасти в связи со старением населения и увеличением бремени хронических нарушений здоровья.

Многие ученые и политики считают, что по состоянию здоровья население России приближается к черте, за которой количество дееспособных лиц не будет в состоянии обеспечить детей, армию, пенсионеров, больных, а, в конечном счете, всех граждан. Сегодня нужны новые подходы к формированию общественного и личного здоровья.

Объект работы – общественное здоровье.

Предмет – получение медико-санитарной помощи инвалидами.

Основная цель исследования заключается в анализе медико-социальных проблем, с которыми сталкиваются лица с инвалидностью в обществе.

### 1. Общее понятие об инвалидности

Слово «инвалидность» с латыни можно перевести, как «не сильный» или «не силач». По медицинскому и юридическому определению – это психические, умственные и физические нарушения, которые значительно влияют на жизненную дееспособность человека. Отсюда получается, что инвалид – это человек с высокими аномалиями в здоровье, определяющие неполноценные возможности его существования в обществе.

На начало 2021 года общая численность людей с инвалидностью, проживающих в России, составляет почти 12 млн. человек, или 93 %. Лица с инвалидностью составляют 7 % или 11 875 496 чел., из которых 687 718 дети (рисунок 1, 2) [3].

При этом это на 20% больше, чем в Германии, если считать приведенный коэффициент, но Германия при определении количества инвалидов учитывает не только официально обратившихся за таким статусом, но и всех людей с функциональным ограничением.

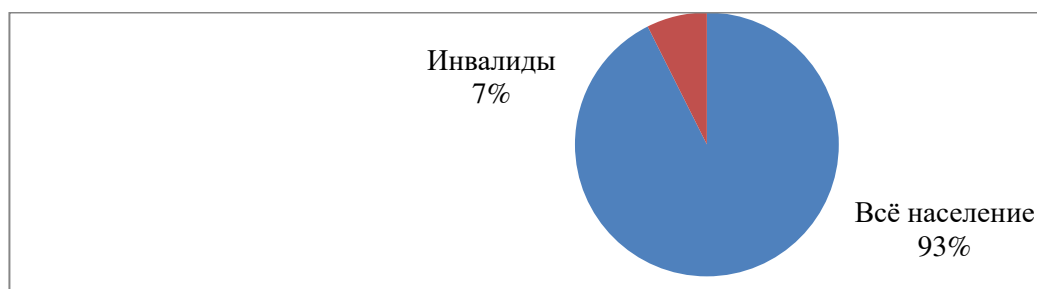


Рисунок 1 - Соотношение инвалидов и всего населения России, в %



Рисунок 2 - Численность людей с инвалидностью, проживающих в России на начало 2021 г., тыс.ч.

Инвалидность в России - термин, объединяющий различные нарушения, ограничения активности и возможного участия в жизни общества.

В приказе Министерства труда и социального развития Российской Федерации инвалидность классифицируется по некоторым формам, которые представлены на рисунке 3 [2].

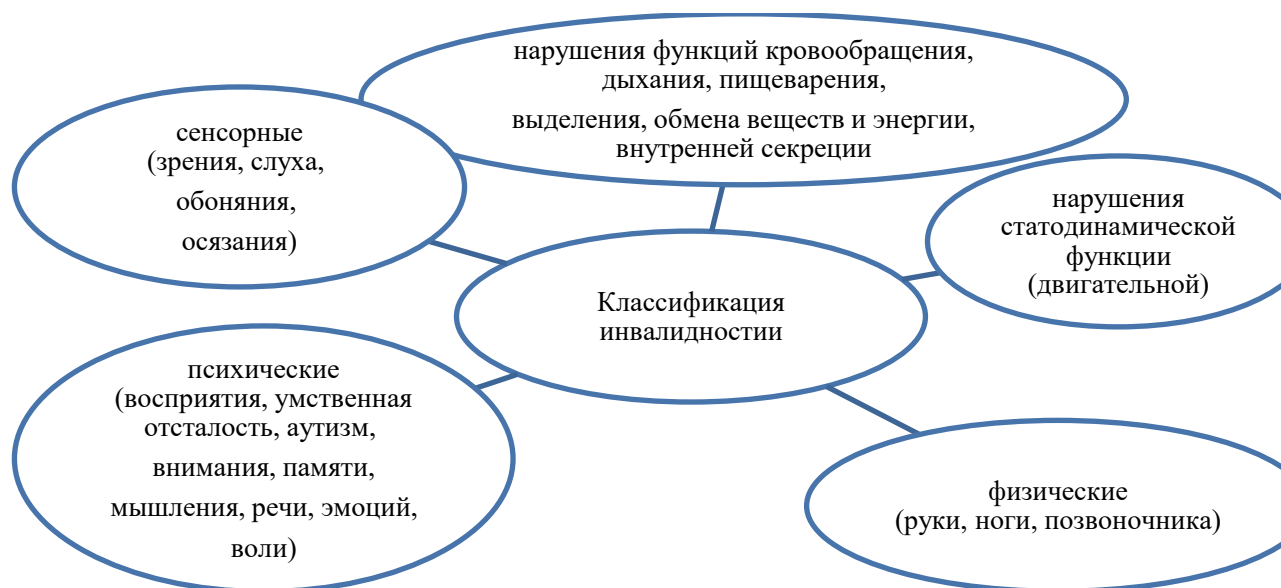


Рисунок 3 - Классификация инвалидности

Мы видим, что формы инвалидности могут быть самыми разными. Некоторые нарушения здоровья, связанные с инвалидностью, приводят к плохому состоянию здоровья и значительным медико-санитарным потребностям, в то время как другие нарушения не приводят к этому. Вместе с тем все люди с инвалидностью имеют такие же общие медико-санитарные потребности, как и все другие люди, и поэтому им необходим доступ к основным службам здравоохранения. Статья 25 Конвенции ООН о правах инвалидов (КПИ) подтверждает право инвалидов на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации. Однако реальность такова, что лишь немногие страны обеспечивают надлежащие качественные услуги для людей с инвалидностью [6].

Важно отметить, лишь немногие страны собирают данные, которые можно детализировать с учетом инвалидности в секторе здравоохранения. Это со всей очевидностью проявилось во время пандемии COVID-19, когда страны не могли последовательно учитывать аспекты инвалидности в своих мерах по борьбе с пандемией. В

этой связи люди с инвалидностью подвергались трем повышенным рискам, имеющим разрушительные последствия: риску заражения COVID-19, риску развития тяжелых симптомов COVID-19 или смерти от этой болезни, а также риску ухудшения здоровья во время пандемии и после нее независимо от наличия инфекции COVID-19 (рисунок 4) [4].

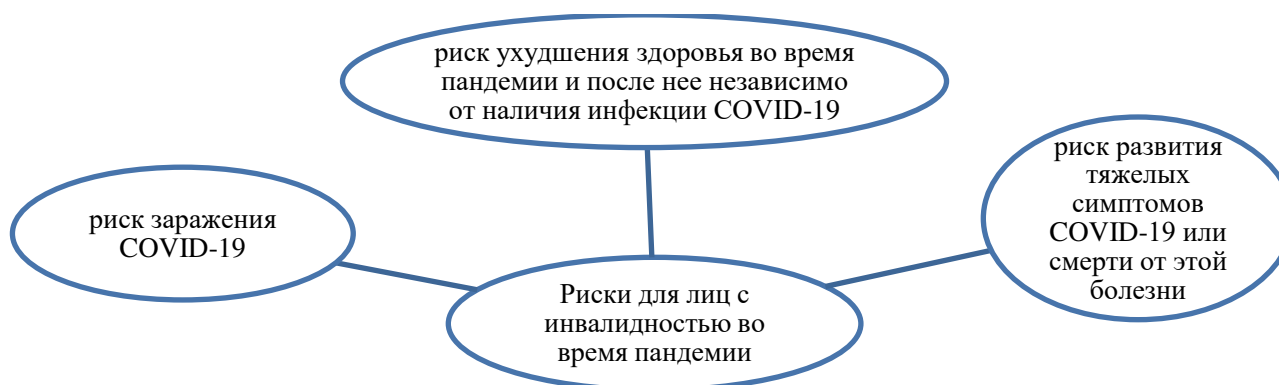


Рисунок 4 - Риски для лиц с инвалидностью во время пандемии

Общественные организации неоднократно отмечали низкий уровень социальной поддержки инвалидов в России [7].

В России организована широкая законодательная и организационная поддержка людей-инвалидов. Человек, у которого диагностированы ограничения, может получить подтверждение статуса инвалида. Такой статус позволяет ему получать определённые социальные льготы: пособие, бесплатные лекарства, бесплатное техническое средство реабилитации (протезы, коляску или слуховой аппарат), скидки по оплате жилья, санаторные путёвки. До монетизации льгот инвалиды также получали бесплатный билет для проезда к месту отдыха, скидки на покупку автомобиля и др. Монетизация заменила часть льгот ежемесячными денежными дотациями.

Получение статуса инвалида предполагает одновременную разработку для человека индивидуальной программы реабилитации — основного документа, согласно которому он получает технические средства реабилитации, рекомендации по трудоустройству, направления на лечение.

11 июня 1999 г. Министерством Юстиции РФ за № 3714 по инициативе общественных организаций инвалидов России зарегистрирован Общероссийский Союз общественных организаций инвалидов «Союз инвалидов России» [3]. Союз инвалидов России организует благотворительную деятельность и проводит различные общественные и государственные мероприятия.

В августе 2019 года в ГКУ Центре занятости населения города Москвы был создан сервис «ТОП-100 резюме». Это база персонализированных портфолио людей с инвалидностью, которые обратились в Центр занятости в Москве и прошли тестирование по оценке профессиональных навыков и личностных компетенций. На базе Центра занятости в городе Москве два раза в месяц проходят встречи Клуба соискателей с инвалидностью «Хочу работать». Работа клуба направлена на оказание помощи в трудоустройстве гражданам с ограниченными физическими способностями. В клубе доступны консультации по правовым и профориентационным вопросам, организуются семинары на тему поиска работы, встречи с работодателями, сотрудничающими с Центром занятости города Москвы по вопросам трудоустройства граждан с инвалидностью, представителями учебных

заведений города Москвы, обучающихся инвалидов и т.д. [7].

Есть примеры и частной поддержки. Во многих городах оказываются платные услуги, столичная сотовая сеть МегаФон создала специальный тариф «Контакт» для людей с ограничениями по слуху.

Защиту прав инвалидов, обучающую работу оказывают многие организации, созданные в стране, например: «Перспектива» была создана в 1997 г. на базе Всемирного Института по проблемам инвалидности (ВИПИ). Цели этой организации - содействовать самостоятельности инвалидов в российском обществе и повышению качества их жизни [5].

Сеть организаций инвалидов «Независимая жизнь» в городах: Нижний Новгород, Ухта, Самара, Тольятти, Тверь, Ростов-на-Дону, Улан-Удэ, Пермь, Владимир, Екатеринбург, Челябинск, Архангельск, с. Майма (Республика Алтай) и в странах СНГ: Грузия, Азербайджан, Армения, Узбекистан.

В России свыше 400 православных организаций помогают детям и взрослым с инвалидностью. Координирует эту работу Синодальный отдел по церковной благотворительности и социальному служению.

Одно из ключевых направлений - создание альтернативы государственным интернатам в виде негосударственных проектов сопровождаемого проживания людей с инвалидностью.

Во многих городах России предпринимаются меры для создания более доступной среды для инвалидов. Например, в Москве созданы маршруты городского транспорта с подъёмными устройствами для колясок, в Екатеринбурге, Воронеже и мн. др. городах - социальное такси [5].

Количество предприятий по разработке и производству оборудования для МГН с каждым годом растет. В РФ отлажено производство пандусов и подъемников для колясочников, для незрячих производят различные тактильные указатели для ориентации в пространстве: таблички и пиктограммы, тактильная плитка, тактильные схемы помещений и территорий, доступность пространства для слабослышащих обеспечивается за счет установки индукционных петель и информационного табло.

До вступления в силу соответствующих технических регламентов в области строительства подлежат обязательному исполнению требования действующих нормативных документов в строительстве, принятых до 1 июля 2003 года, направленные на достижение целей технического регулирования и обеспечивающие доступность среды жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения (МГН) [6].

В здании должен быть как минимум один вход, приспособленный для МГН, с поверхности земли и из каждого доступного для МГН подземного или надземного перехода, соединённого с этим зданием [7].

Бюджет государственной программы «Доступная среда» по улучшению качества жизни людей с инвалидностью составляет 55,7 млрд.руб. (2021 г.). Несмотря на это, остаются проблемы, которые не позволяют улучшить качество жизни инвалидов.

Итак, каждый двенадцатый житель России — это взрослый или ребенок с инвалидностью. Инвалидность практически всегда влечет за собой не только физические, но и социальные ограничения для человека: трудности с обучением, трудоустройством, перемещением по городу. Эти ограничения делают проблему инвалидности малозаметной — мы просто не видим таких людей среди нас, что способствует еще большему исключению данной группы из общественной жизни.

Наиболее перспективные программы поддержки людей с инвалидностью направлены на развитие инфраструктуры, адаптированной под особые нужды этих людей, а также различных сервисов. Без них люди с инвалидностью (и нередко также ухаживающие за ними члены семьи) остаются зависимы от адресной финансовой поддержки государства.

## 2. Получению медико-санитарной помощи инвалидами: практический аспект

Для выявления препятствий на пути к получению медико-санитарной помощи было проведено анкетирование студентов нашего колледжа разных специальностей. Было задано 7 вопросов, которые касались доступности среды и медицинской помощи, оснащения объектов и дискриминации лиц с инвалидностью. Было проанализировано 100 анкет. Приведем данные (таблица 1).

Таблица 1 - Данные анкетирования

| 15 лет     | 16 лет     | 17 лет     | 18 лет и более |
|------------|------------|------------|----------------|
| 11 человек | 40 человек | 17 человек | 32 человека    |

Как видно, наибольшее число анкетированных составили студенты, достигшие 16-летнего возраста.

Больше половины студентов считают, что люди с инвалидностью подвергаются дискриминации (рисунок 5).

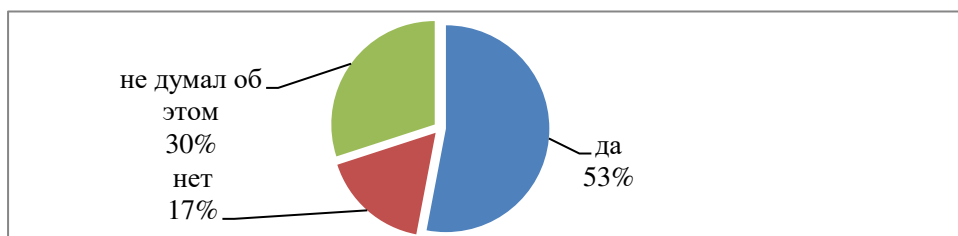


Рисунок 5 - Ответ на вопрос «Подвергаются ли люди с инвалидностью дискриминации?»

По их мнению, дискриминация наблюдается в большей мере при получении работы, при посещении спортзалов, кинотеатров и т.п. (рисунок 6).

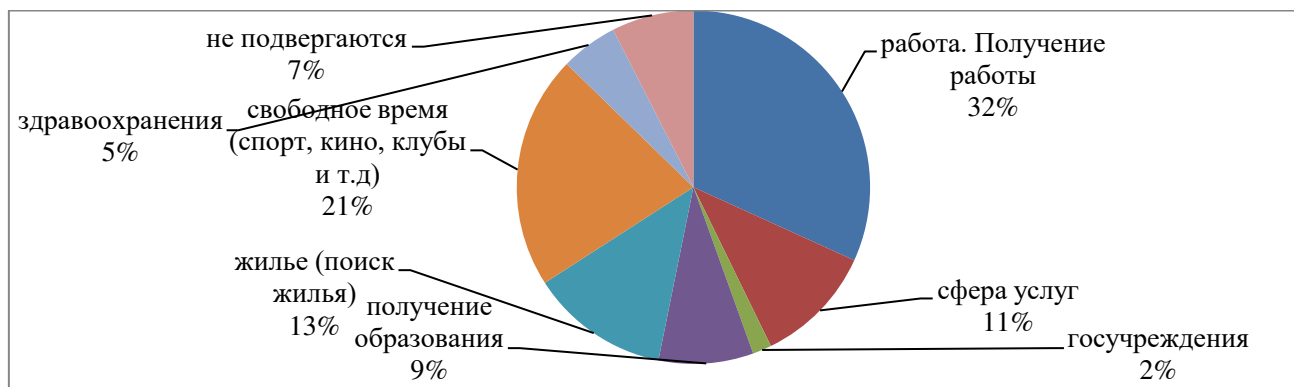


Рисунок 6 - В какой сфере инвалиды подвергаются дискриминации?

Немаловажным вопросом является оснащение специальными приспособлениями разных объектов для обеспечения доступа инвалидов. Как вы видите, на взгляд наших студентов, все объекты должны быть обеспечены поручнями, перилами, пандусами, лифтами и др. для обеспечения доступа инвалидов (рисунок 7).

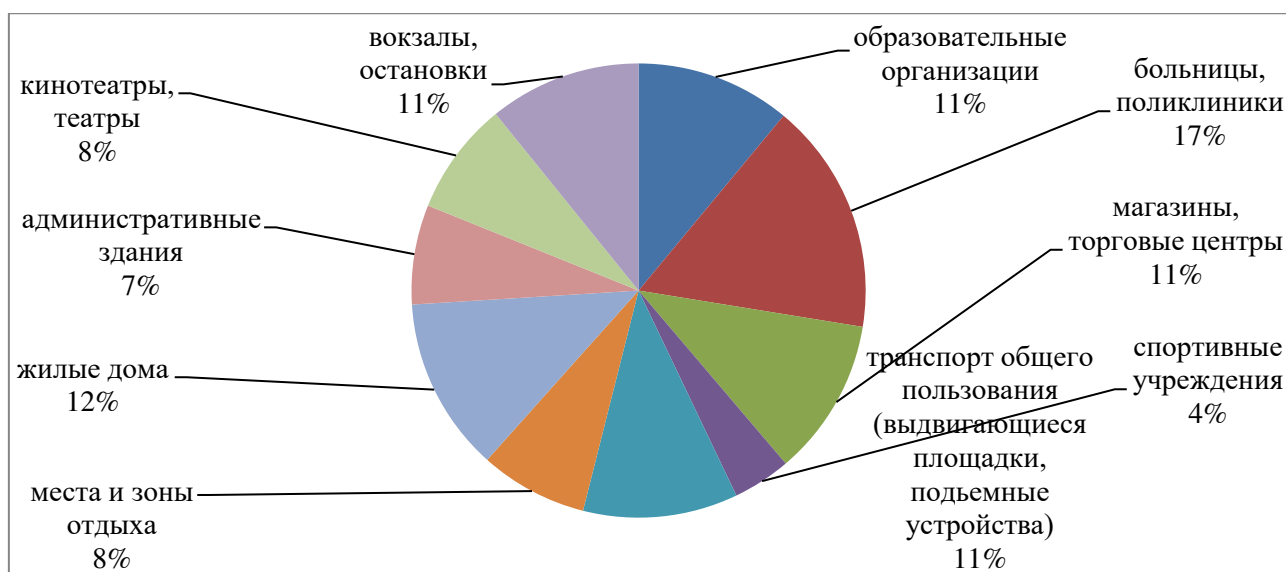


Рисунок 7 - Ответ на вопрос «Какие из объектов нуждаются в первоочередном оснащении специальными приспособлениями для обеспечения инвалидов?»

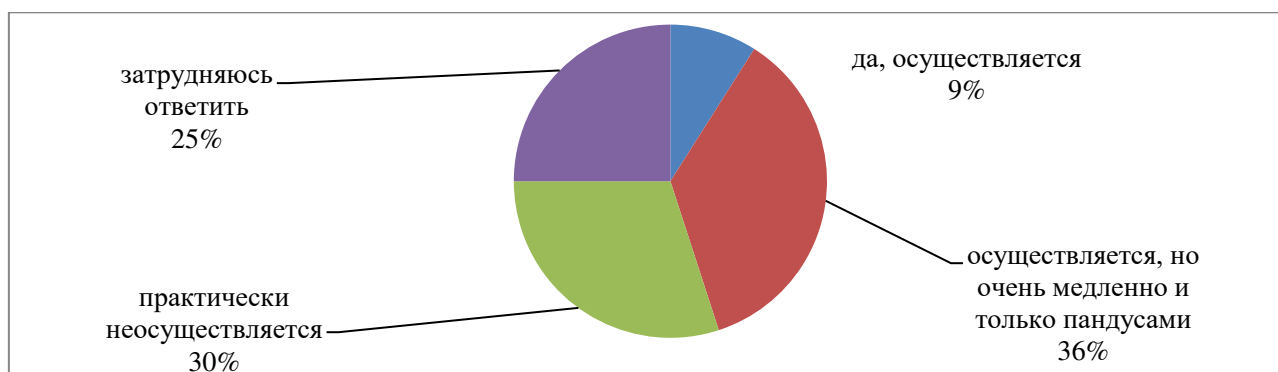


Рисунок 8 - Ответ на вопрос «Считаете ли Вы, что в вашем населенном пункте осуществляется оснащение указанных в вопросе объектов для доступа к ним инвалидов?»

Одна треть студентов считает, что в нашем городе не осуществляется в полном объеме оснащение больниц, поликлиник, жилых домов, учебных заведений, магазинов, мест отдыха и развлечений специальными приспособлениями, которые облегчают доступ и нахождение в них лиц с инвалидностью.

На вопрос «Что необходимо сделать, чтобы создать комфортные условия проживания инвалидов в многоквартирном доме» получили следующие данные (рисунок 9).

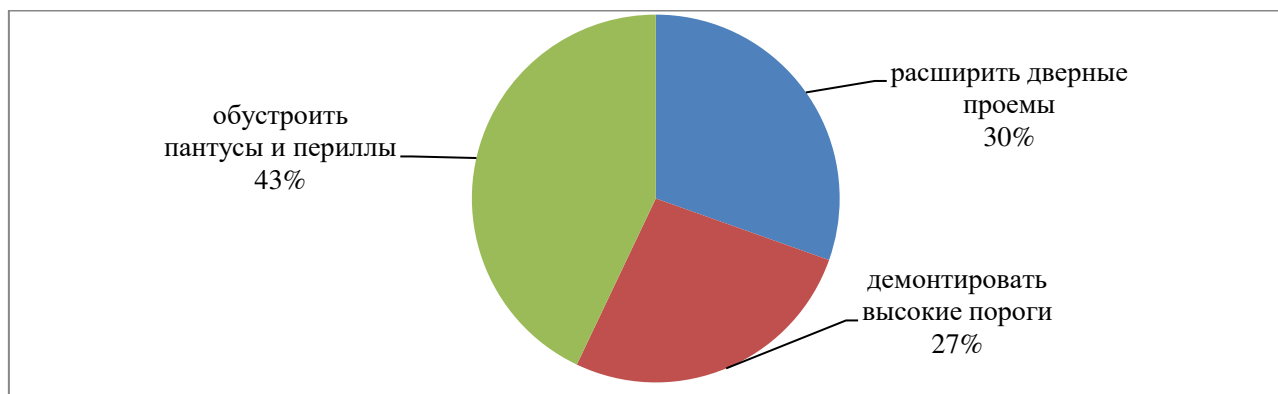


Рисунок 9 - Ответ на вопрос «Что необходимо сделать, чтобы создать комфортные условия проживания инвалидов в многоквартирном доме?»

Вопрос «Какие, на ваш взгляд, есть препятствия для инвалидов при получении медико-санитарной помощи?» (рисунок 10).



Рисунок 10 - Ответ на вопрос «Какие, на ваш взгляд, есть препятствия для инвалидов при получении медико-санитарной помощи?»

И как мы видим из ответов студентов, для большинства лиц с инвалидностью, препятствием для получения медицинской помощи является ограничение доступа в объекты здравоохранения, а также невозможность получить услугу по медицинской страховке в платной клинике.

Подводя итоги, отметим, что при попытках получить доступ к медико-санитарной помощи люди с инвалидностью сталкиваются с целым рядом препятствий.

#### 1. Препятствия, вызванные отношением окружающих.

Люди с инвалидностью часто жалуются на предвзятое отношение, стигматизацию и дискриминацию со стороны медицинских работников и других сотрудников учреждений здравоохранения.

Женщины с инвалидностью сталкиваются со специфическими препятствиями для получения услуг и информации в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Медицинские работники зачастую необоснованно считают, что женщины с инвалидностью не вступают в сексуальные отношения или не способны выполнять материнские обязанности.

Людям с инвалидностью редко предлагается высказывать свои мнения и участвовать в принятии решений по вопросам медицинского обслуживания данной категории населения.

#### 2. Физические препятствия.

Медицинские учреждения и места оказания помощи нередко удалены от мест проживания основной массы населения или расположены в районах, в которые невозможно добраться приспособленным для людей с инвалидностью транспортом.

У людей с инвалидностью не имеется возможности посещать здания и учреждения со ступенями на входе и пользоваться услугами, если они оказываются на этажах, на которые невозможно подняться на лифте.

Туалеты, проходы, дверные проемы зачастую не приспособлены для нужд колясочников или ограничивают возможность передвижения людей с двигательными нарушениями.

Людям с инвалидностью может быть трудно пользоваться мебелью с нерегулируемой высотой, в том числе койками и креслами для медицинского осмотра.

Помещения медицинских учреждений и других мест оказания помощи нередко плохо освещены, не оснащены четкими информационными указателями или имеют сложную планировку, затрудняющую передвижение людей.

#### 3. Препятствия для коммуникации.

Основным препятствием к медицинской помощи для людей с нарушениями слуха является ограниченная доступность письменных материалов или услуг сурдопереводчиков в учреждениях здравоохранения.

Письменная информация для пациентов и рецепты не всегда оформляются доступным образом, например с использованием шрифта Брайля или крупного шрифта, что создает неудобства для людей с нарушениями зрения.

Информация для пациентов нередко формулируется сложно и страдает обилием профессиональных терминов. Представляя медико-санитарную информацию в простом для понимания формате, в том числе понятным языком с использованием иллюстраций и других наглядных элементов, можно упростить ее понимание людьми с когнитивными нарушениями.

#### 4. Финансовые барьеры.

Более половины всех людей с инвалидностью в странах с низким уровнем дохода не в состоянии оплачивать надлежащую медицинскую помощь. Многие люди с инвалидностью также жалуются на невозможность оплачивать поездки в медицинские учреждения и приобретать лекарственные средства, не говоря уже об оплате приемов у медицинских

специалистов.

Втаблице 2 представлены решения для минимизации препятствий.

Таблица 2 - Пути решения препятствия для получения медико-социальной помощи

| Препятствия на пути к получению медико-санитарной помощи                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Решение                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Непомерно высокая стоимость</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Обеспечить охват людей с инвалидностью и предусмотреть меры, обеспечивающие доступность страховых взносов. Обеспечить, чтобы люди с инвалидностью получали равные преимущества от программ общественного здравоохранения                                                                              |
| <b>Ограниченное наличие служб</b><br>(особенно в сельских и отдаленных районах)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Для сельских и отдаленных районов создать специальные кураторские службы                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Физические препятствия</b><br>(отсутствие выровненного доступа к зданиям (больницам, центрам здравоохранения), недостижимое медицинское оборудование, ненадлежащие указатели, узкие дверные проемы, ступеньки внутри помещений, ненадлежащее оборудование в туалетах и недоступные места для парковки создают препятствия на пути к медицинским учреждениям.<br><br>Например, женщины с трудностями в передвижении часто не имеют доступа к скринингу на рак молочной железы и шейки матки из-за того, что диагностические столы не регулируются по высоте, а оборудование для маммографии подходит только для женщин, которые могут стоять) | Расширить дверные проемы, демонтировать высокие пороги, обустроить пандусы и перилы.                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Ненадлежащие навыки и знания работников здравоохранения</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Обеспечить, чтобы работники здравоохранения имели необходимую квалификацию и навыки для удовлетворения индивидуальных потребностей людей с инвалидностью. Включить подготовку по вопросам инвалидности в программы обучения студентов и повышения квалификации для всех специалистов здравоохранения. |
| <b>Учет проблемы инвалидности в секторе здравоохранения</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Министерство здравоохранения должно принять меры для обеспечения учета проблемы инвалидности. Это                                                                                                                                                                                                     |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>подразумевает меры по достижению справедливости в отношении людей с инвалидностью в трех областях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• доступ к эффективным службам здравоохранения,</li> <li>• защита во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, и</li> <li>• доступ к межсекторальным мерам в сфере общественного здравоохранения, таким как услуги в области водоснабжения, санитарии и гигиены, для достижения наивысшего достижимого уровня здоровья.</li> </ul> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Подводя итоги, выделим, что правительства могут улучшить показатели здоровья людей с инвалидностью путем улучшения доступа к качественным, доступным по стоимости службам здравоохранения, наилучшим образом, использующим имеющиеся ресурсы. В связи с тем, что препятствия на пути к получению медико-санитарной помощи возникают в результате взаимодействия нескольких факторов, необходимо проведение реформ во всех взаимодействующих компонентах системы здравоохранения.

Проведенное исследование показало, что очень часто инвалидность не воспринимается как проблема здравоохранения. Этим объясняется отсутствие мер по обеспечению учета проблемы инвалидности в секторе здравоохранения, роль которого также зачастую упускается из виду в национальных стратегиях в области инвалидности.

Достижение всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья и благополучия будет возможно лишь в том случае, если правительства осознают необходимость изменения существующей парадигмы, признав, что глобальных целей в области охраны здоровья можно достичь только при условии всестороннего учета проблемы инвалидности в рамках приоритетных задач сектора здравоохранения, в том числе касающихся:

- обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения без финансовых трудностей;
- защиты населения в периоды чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения;
- и повышения доступности мероприятий в области охраны здоровья населения, осуществляемых силами различных секторов, в том числе доступности услуг водоснабжения, санитарии и гигиены.

Учет проблемы инвалидности является непременным условием обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения без финансовых трудностей, поскольку люди с инвалидностью:

- в три раза чаще получают отказ в медицинской помощи;
- в четыре раза чаще встречаются ненадлежащее обращение в учреждениях системы здравоохранения;
- на 50% чаще сталкиваются с катастрофическими расходами на медицинскую помощь.

Учет проблемы инвалидности имеет важнейшее значение для защиты населения в

периоды чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, поскольку люди с инвалидностью испытывают гораздо большие трудности в период пандемии COVID-19, в том числе:

- напрямую – по причине повышенного риска заражения и препятствий для получения медицинской помощи; и
- косвенно – в результате введения ограничений, направленных на ограничение распространения вируса (например, в результате перебоев в работе служб поддержки).

Учет проблемы инвалидности – залог укрепления здоровья и благополучия населения, поскольку люди с инвалидностью:

- в 4–10 раз чаще становятся жертвами насилия;
- подвергаются повышенному риску несмертельных травм в результате дорожно-транспортных происшествий.

### **Библиографический список**

1. О порядке и условиях признания лица инвалидом: Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 года № 95 (с изменениями на 26 ноября 2020 года). – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/901969284>
2. Долинская В.В. Специфика правового статуса лиц с ограниченными возможностями здоровья / В.В. Долинская, Л.М. Долинская // Законы России: опыт, анализ, практика. - 2019. - № 6. - С. 24-30.
3. Инвалидность в России / Статистический отчет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tochno.st/problems/disability>
4. Инвалидность и здоровье [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
5. Ковалева О. Доступная среда нужна всем / О.Ковалева // Социальная защита. - 2020. - № 12. - (Социономия (социальная работа). - С. 10-13).
6. Оценка реализации положений Конвенции ООН о правах инвалидов в Российской Федерации в части социального обслуживания / В.П. Шестаков [и др.] // Социальное и пенсионное право. - 2020. - № 4. - С. 40-45.
7. Салыгина Е. Доступная среда для инвалидов. Как избежать штрафов от прокуратуры / Е. Салыгина // Здравоохранение. – 2019. – № 11. – С. 18-29
8. Современные тенденции общей инвалидности на фоне постарения населения в РФ / О. И. Владимирова, А. С. Башкирова, М. В. Коробов и др. // Клиническая геронтология. – 2019. – № 5-6. – С. 44-50.

Заверуха Анастасия Владимировна  
Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»  
34.02.01 «Сестринское дело», 1 курс  
Научный руководитель:  
Перечкина Наталья Григорьевна, методист  
umk08metod@mail.ru  
E-mail: anastasia\_zaveruha@mail.ru

## ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

Актуальность данной темы заключается во влиянии неблагоприятной окружающей среды (факторов), влияющих на здоровье детского населения.

Здоровье детей формируется ещё в антенатальном периоде, а значит, на его будущее состояние влияет не только окружающая среда, но и образ жизни родителей, факторы загрязнения окружающей среды, биологические факторы и медицинское обслуживание.

Целью исследовательской работы является анализ влияние факторов окружающей среды на состояние здоровья детей в Приморском крае.

По данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека – это полное физическое, психическое и социальное благополучие при отсутствии заболевания [6]. Такое благополучие в свою очередь обеспечивается комплексом внешних и внутренних факторов. Последние характеризуются, в частности, особенностями морфофункционального и психологического развития ребенка. Семенова Н.В. выделяет, что одним из главных признаков здоровья считают способность организма надежно приспосабливаться к условиям внешней среды и возможность осуществления полноценной деятельности в различной обстановке [11].

По данным НИИ гигиены детей Министерства здравоохранения РФ, здоровье детей базируется на четырех основных критериях (рисунок 1) [7].

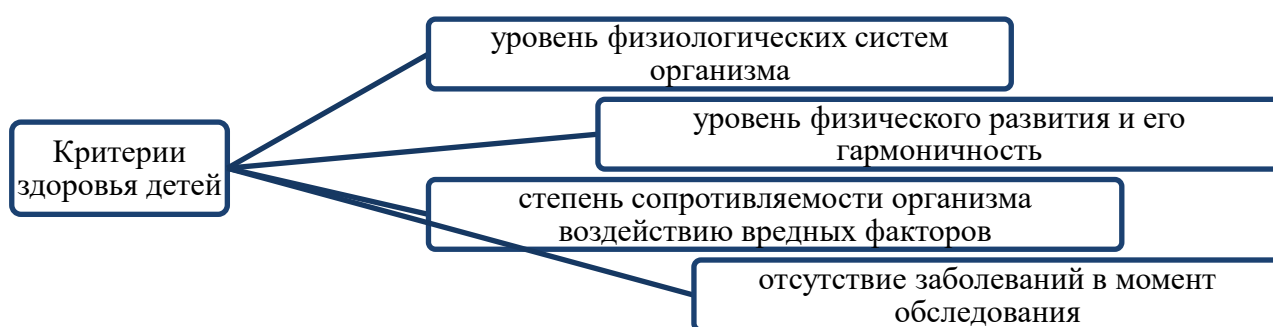


Рисунок 1 – Критерии здоровья детей

Процесс развития детского организма – это процесс качественных и количественных изменений, которые приводят к новому, более высокому уровню организации всех физиологических систем организма. Он включает в себя три основных взаимосвязанных фактора: рост, дифференцировку органов и тканей, формообразование.

Организм ребенка, по мнению Антоновой А.А., отличается от организма взрослого человека рядом особенностей:

- незавершенностью морфофункционального развития всех физиологических систем;
- непрерывностью процессов роста, развития и дифференцировки органов и тканей;
- меньшей устойчивостью к воздействию факторов внешней среды;
- высокой степенью реактивности организма на внешнее воздействие;
- неравномерностью процесса роста и развития в разные возрастные периоды;
- гетерохронностью (разные сроки) созревания различных функциональных систем, органов и тканей [2, с. 48].

Перечисленные особенности детского организма определяют в жизни ребенка возрастные периоды, считающиеся критическими, узловыми. Это первый год жизни, 3-4 года, 6-7 лет. В эти периоды жизни организм ребенка наиболее чувствителен и уязвим, так как особенно резко реагирует на внешние, в том числе и неблагоприятные воздействия среды.

На этапах детства и отрочества индивидуальные различия между детьми проявляются в уровне биологической и психологической зрелости организма, в физическом, интеллектуальном развитии, в формировании высших психических функций. Эти различия во многом обусловлены разными сроками созревания высшей нервной деятельности, а так же комплексом внутренних и внешних факторов, связанных как с уровнем здоровья, наследственными факторами, так и с условиями жизни и воспитания. Наличие индивидуальных различий между детьми одного возраста сказываются на их способности к восприятию, умению трудиться, управлять своим поведением.

Результаты исследований показывают, что среди дошкольников, у которых к концу учебного года уровень работоспособности, определяемый с помощью методики дозированных заданий резко снизился: более половины детей имели отклонения в состоянии здоровья или отставание в возрастном развитии. Выявлено, что дети, имеющие отклонения в состоянии здоровья, обладают более низким уровнем адаптивных к нагрузкам возможностей организма. Это сказывается на снижении у них работоспособности в течение учебного года [11].

Детский сад – это дошкольное учреждение, где ребенок получает полноценное, сбалансированное питание, дневной отдых, общеукрепляющие мероприятия, создавая условия для формирования фундамента физического и психического здоровья ребенка. В дошкольном учреждении все дети дифференцированно распределяются по группам здоровья. Учитываются результаты расширенного медицинского осмотра, проводимого в детской поликлинике при оформлении в ДООУ, на основе проведенных профилактических осмотров в детском саду; затем группы здоровья корректируются за период посещения организованного коллектива и дальнейших медицинских наблюдений.

Расширенные медицинские осмотры проводятся в зависимости от возраста в несколько этапов:

- 2-3 года (перед поступлением в ДООУ) проводится педиатрами на участках:
  - 1 этап – осмотр педиатра (анализ крови, мочи, кала).
  - 2 этап – осмотр специалистами (ортопед, хирург, невропатолог, офтальмолог, оториноларинголог, стоматолог).
  - 3 этап – оценка физического, нервно-психического развития, определение группы здоровья.
- 3,4 года (внеплановый):

1 этап – доврачебный.

2 этап – осмотр педиатра.

3 этап – осмотр узкими специалистами по показаниям.

- 5-6 лет (за год и перед поступлением в школу) осмотр проводится совместно медицинскими работниками:

1 этап – оценивает медицинская сестра на основе базовой скрининг программы.

2 этап – осмотр педиатра (анализ крови, мочи, кала).

3 этап – осмотр узкими специалистами (ортопед, хирург, офтальмолог, оториноларинголог, стоматолог, педагог, психолог, логопед).

Заключительный этап – заключительный диагноз, оценка физического развития, оценка физической подготовленности, оценка нервнопсихического развития, группа здоровья, медицинская группа для занятий физкультурой.

В таблице 1 представлены данные заболеваемости детей по основным классам и группам болезней в соответствии с данными Федеральной службы государственной статистики [7,10].

Таблица 1 - Заболеваемость детей по основным классам и группам болезней, в тыс. чел.

| Группы болезней                                                                          | 2010 г. | 2021 г. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| некоторые инфекционные и паразитарные болезни                                            | 1905,1  | 1793,6  |
| болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм | 382,1   | 306,1   |
| болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ              | 385,3   | 395,5   |
| болезни глаза и его придаточного аппарата                                                | 1196,1  | 1475,0  |
| болезни системы кровообращения                                                           | 189,9   | 168,6   |
| болезни органов дыхания                                                                  | 21780,3 | 30305,9 |
| болезни органов пищеварения                                                              | 1822,0  | 1670,7  |
| болезни кожи и подкожной клетчатки                                                       | 1960,5  | 1727,5  |
| болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани                                   | 823,7   | 826,4   |
| травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин             | 2220,1  | 2748,0  |

Как видно из данных таблицы, наибольшая заболеваемость детей связана с болезнями органов дыхания.

Рост числа заболеваний наблюдается при таких болезнях, как: болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ; болезни органов дыхания; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

Также рассмотрим заболеваемость детей отдельными инфекционными болезнями на начало 2022 г. [7,10].

Таблица 2 - Заболеваемость детей отдельными инфекционными болезнями, в тыс. чел.

| Группы болезней | 2010 г. | 2021 г. |
|-----------------|---------|---------|
|-----------------|---------|---------|

|                                           |         |         |
|-------------------------------------------|---------|---------|
| Брюшной тиф и паратифы А, В, С            | 0,03    | 0,0     |
| Сальмонеллезные инфекции                  | 17,4    | 16,1    |
| Острые кишечные инфекции                  | 379,7   | 503,1   |
| Вирусные гепатиты                         | 14,3    | 1,6     |
| Коклюш                                    | 4,3     | 9,5     |
| Корь                                      | 0,1     | 1,3     |
| Краснуха                                  | 96,2    | 0,0     |
| Скарлатина                                | 37,4    | 37,9    |
| Паротит эпидемический                     | 1,9     | 0,7     |
| Ветряная оспа                             | 587,0   | 769,5   |
| Острые инфекции верхних дыхательных путей | 16062,8 | 20450,9 |
| Грипп                                     | 377,6   | 18,3    |
| Менингококковая инфекция                  | 2,3     | 0,6     |
| Педикулез                                 | 56,2    | 53,4    |

Анализируя данные таблицы, мы видим, что рост заболеваемости показывают такие болезни, как вирусные гепатиты, ветряная оспа, острые инфекции верхних дыхательных путей, педикулез. Во всех остальных группах болезней наблюдается снижение числа заболеваемости.

Снижение числа заболеваемости связано, в том числе и с охватом детей профилактическими прививками (рисунок 2) [3,10].

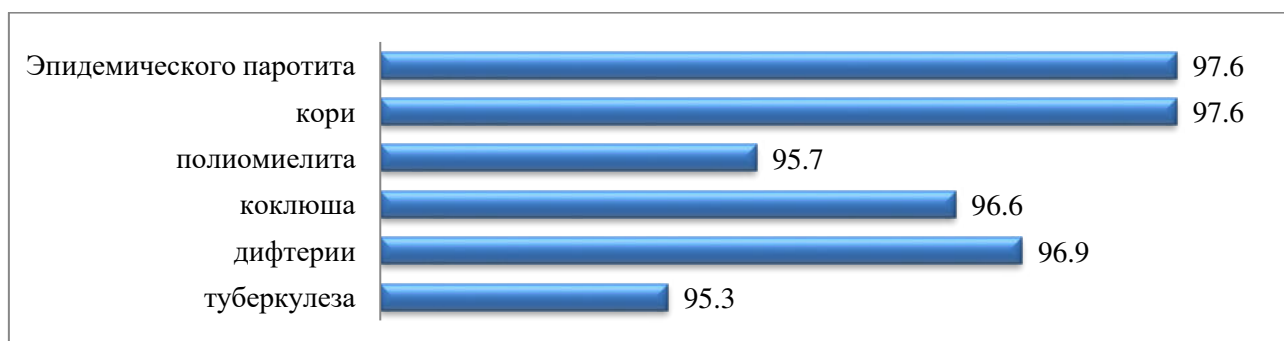


Рисунок 2 – Охват детей профилактическими прививками, в %

В зависимости от возраста картина наиболее частых заболеваний у детей меняется: у малышей до трех лет первое место занимает диатез, бронхиты, рахит, гипотрофия, анемия; на втором месте – патология зубов; далее – заболевания лорорганов: аденоиды, тонзиллиты, отиты, невротические реакции, гидроцефалия (таблица 3) [9].

Как видно из таблицы, с возрастом увеличивается число заболеваний у детей. Так называемая миопия (близорукость) у 7-летних детей отмечается в два раза чаще, чем трехлетних. У детей 2-4 лет сформированные заболевания встречаются значительно реже, чем функциональные нарушения, проявляющиеся в снижении сопротивляемости организма заболеваниями, связанной в основном с несовершенством функций терморегуляции и иммунной системы. Это – частые, повторные заболевания острыми респираторно-вирусными инфекциями, гриппозными и парогриппозными заболеваниями.

Таблица 3 - Заболевания у детей в зависимости от возраста

| Возраст ребенка | Наиболее частые заболевания                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-3 года        | 1) диатез, бронхиты, рахит, гипотрофия, анемия<br>2) патология зубов<br>3) заболевания лорорганов                                                                                                                                                                  |
| 3-7 лет         | 1) заболевания органов пищеварения<br>2) заболевания бронхолегочной системы, носоглотки<br>3) болезни костно-мышечной, нервной системы и органов чувств<br>4) кожно-аллергические заболевания<br>5) нарушение зрения<br>6) нарушение опорно-двигательного аппарата |

Как видно из таблицы, с возрастом увеличивается число заболеваний у детей. Так называемая миопия (близорукость) у 7-летних детей отмечается в два раза чаще, чем трехлетних. У детей 2-4 лет сформированные заболевания встречаются значительно реже, чем функциональные нарушения, проявляющиеся в снижении сопротивляемости организма заболеваниями, связанной в основном с несовершенством функций терморегуляции и иммунной системы. Это – частые, повторные заболевания острыми респираторно-вирусными инфекциями, гриппозными и парогриппозными заболеваниями.

Итак, видно, что с возрастом ребенка идет постепенное совершенствование всех возможностей детского организма. В дошкольном возрасте созревают центральная и периферическая нервная система, ребенок отличается пластичностью, на нем отражаются положительные и отрицательные воздействия факторов внешней среды. В дошкольном возрасте (4-7 лет) - возрастает потребность в общении с другими детьми. В дошкольном периоде - острые расстройства пищеварения, диатезы, пневмония, острые инфекции, корь, скарлатина, ветряная оспа, эпидемический паротит, т.к. иммунологический аппарат несовершенен, нет приобретенного иммунитета. В дошкольном возрасте - аллергические заболевания - ревматизм, коллагенозы, гломерулонефрит.

Дети дошкольного возраста, имеющие нарушения в развитии или отклонения в психоневрологическом статусе, как правило, чаще других болеют. Эти заболевания еще больше снижают их ослабленный иммунитет, повышают их предрасположенность к повторным заболеваниям. Все это осложняет процесс обучения детей, ухудшает их способность к усвоению знаний, как из-за пропусков занятий, так и из-за низкой работоспособности.

Богина Т.Л., отмечает, что по данным исследований, последние 10 лет количество детей дошкольного возраста, имеющих нарушения в состоянии здоровья, увеличилось в два раза, а число дошкольников, не имеющих таких отклонений, уменьшилось в три раза [3, с. 21]. Особенно высокая заболеваемость детей, нередко переходящая в хронические болезни, наблюдается в дошкольных учреждениях, расположенных вблизи промышленных зон, – там она в 1,5–2 раза выше, чем в районах с относительно чистой воздушной средой; у сельских дошкольников заболеваемость, как правило, в 2–2,5 раза ниже, чем у городских.

По мнению Семеновой Н.В., сохранение и укрепление здоровья детей, воспитывающихся в дошкольных учреждениях, помимо внешних влияний определяется рядом условий, среди которых основными являются:

- реализация здоровьесберегающих педагогических технологий по всем разделам образовательной работы;

- использование современных прогрессивных методов и приемов обучения, способствующих сокращению количества и длительности образовательных занятий;
- индивидуальный подход к ребенку сообразно его уровню развития, биологическому и психологическому возрасту;
- соблюдение рационального режима дня, обеспечивающего смену разнообразной деятельности и отдыха;
- создание условий для удовлетворения биологической потребности детей в движении;
- наличие в дошкольном учреждении специалистов высокой квалификации по физической культуре, обучению плаванию и др.;
- реализация системы мероприятий по оздоровлению ослабленных детей;
- реализация различных форм систематической работы с родителями и формирование у детей навыков здорового образа жизни на основе гигиенического воспитания и обучения [11].

Формирование здоровой среды в дошкольных учреждениях основано на комплексной диагностике состояния здоровья и уровня физического развития каждого ребенка и наблюдение за динамикой изменений.

Рассмотрим некоторые аспекты охраны здоровья и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения дошкольного возраста Приморского края.

По состоянию на 01.01.2022 г. на территории Приморского края функционирует 529 ДОУ, из них 548 муниципальных, 57 частных. Посещают дошкольные организации Приморского края 82191 ребенок. Зарегистрированы для получения путевки в дошкольное учреждение по достижению 3-х летнего возраста - 91185 детей. Нуждающихся в устройстве в ДОУ детей в возрасте от 3 до 7 лет – нет. Переуплотнено 32 дошкольных организации (5,0% от числа организаций) [4]. По данным, представленным Министерством образования и науки Приморского края, администрацией Приморского края совместно с муниципалитетами проводится системная работа по реализации комплекса мер, направленных на создание дополнительных мест в дошкольных учреждениях.

Таблица 4 – Посещение дошкольных общеобразовательных учреждений в Приморском крае (на 01.01.2022), (чел)

| Численность воспитанников |         | по возрастам (в 2022 г.): |        |        |        |        |        |       |
|---------------------------|---------|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 2021 г.                   | 2022 г. | 1 год                     | 2 года | 3 года | 4 года | 5 лет  | 6 лет  | 7 лет |
| 82191                     | 88 931  | 1 712                     | 9 780  | 16 707 | 19 434 | 20 576 | 19 373 | 1 340 |

Как видно, произошло увеличение дошкольников, посещающих ДОУ. Это связано с введением в эксплуатацию дошкольных учреждений.

Рассмотрим приоритетные санитарно-эпидемиологические факторы и социальные факторы, формирующие негативные тенденции в состоянии здоровья детей Приморского края. Питание является одним из важнейших факторов, определяющих здоровье

населения. Полноценное, сбалансированное питание обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует пролонгированной профилактике заболеваний, повышению работоспособности и создает условия для адекватной адаптации к окружающей среде. Учитывая, что в детских и подростковых учреждениях происходит формирование отклонений в здоровье детей, Управлением Роспотребнадзора по Приморскому краю во взаимодействии с органами исполнительной и представительной власти всех уровней проводится целенаправленная работа по устранению негативного влияния факторов среды, направленная на улучшение условий обучения, организации питания. Основными проблемами в организации питания учащихся Приморского края являются: отсутствие специализированных комбинатов школьного питания, школьно-базовых столовых, необходимых для обеспечения объектов питания общеобразовательных учреждений полуфабрикатами повышенной степени готовности, готовыми блюдами. Охват горячим питанием школьников в 2021 по сравнению с 2014 г. увеличился на 7,8% и составил 88,9%, показатель по Российской Федерации 2020 г. – 91,8% [4].

Охват школьников двухразовым питанием в целом по Российской Федерации ежегодно увеличивается. В 2020 году показатель охвата школьников двухразовым питанием по Российской Федерации составил 28,0%. В 2021 году в Приморском крае ситуация по охвату учащихся двухразовым горячим питанием остается на прежнем низком уровне – 8,5% (2020 г.-6,3%) [4].

Одним из важных разделов является надзор за воздействием физических факторов на детей. По сравнению с предыдущими годами в 2021 г. увеличилось количество объектов, не отвечающих гигиеническим требованиям по параметрам микроклимата до 10,4%, по уровням освещенности до 29,0% [4].

Основными причинами недостаточных уровней искусственной освещенности на рабочих местах школьников являлись несвоевременные и не в полном объеме проведенные 50 замена и ремонт осветительного оборудования, несоответствие старых электросетей мощностям современных осветительных приборов. Среди всех учреждений наиболее неблагоприятная ситуация по микроклимату зарегистрирована в дошкольных организациях – 11,3%, общеобразовательных учреждениях – 11,0%. В тоже время, доля рабочих мест школьников, не отвечающих гигиеническим нормативам по параметрам микроклимата, улучшилась: при индикативном показателе 4,2%; фактический составил 3,7%.

Несоответствие параметров микроклимата требованиям санитарных правил и нормативов связано, в основном, с тем, что оконные блоки садов, школ находятся в неудовлетворительном санитарно-техническом состоянии (оконные рамы прогнившие, фрамуги и форточки - в нерабочем состоянии), что не позволяет обеспечивать проветривание помещений и оптимальные параметры микроклимата.

Несоответствие ученической мебели (столов) росту-возрастным особенностям учащихся было установлено в 41 ДОУ Приморского края. Из 17657 замеров ученической мебели 2881 замеров (16,0%) не соответствовал росту-возрастным особенностям детей. Замеры ученической мебели на соответствие росту-возрастным особенностям учащихся проводились в классах начального звена обучения [4].

Основными причинами несоответствия ученической мебели (столов) росту учащихся являлись приобретение мебели без учета потребности в определенных номерах и (или) отсутствие мебели необходимой ростовой группы.

Краткий анализ показал, что здоровье ребенка — это состояние жизнедеятельности, соответствующее его биологическому возрасту, наличию комплекса факторов и условий для оптимального последующего развития.

Состояние здоровья детей соответствует определенной группе здоровья. Группы здоровья — это определенная шкала, которая оценивает здоровье и развитие ребенка с учетом всех возможных факторов риска, с прогнозом на будущее.

Группы здоровья детей: 1 - здоровые дети — перенесшие заболевание 1-2 раза в год; 2 - часто болеющие дети — перенесшие заболевания 4 раза в год; 3 - дети в стадии компенсации — с хроническими заболеваниями и врожденными пороками; 4 - дети в стадии декомпенсации — частые обострения болезни; 5 - тяжело больные дети — инвалиды.

Анализ показал, что здоровье детей зависит от следующих факторов:

- 1) социальный фактор и образ жизни — 40 %;
- 2) фактор загрязнения окружающей среды — 30 %;
- 3) биологический фактор — 20 %;
- 4) медицинское обслуживание — 10 %.

На состояние здоровья детей оказывают влияние отдельные факторы:

1) медико-биологические факторы риска периода беременности и родов матери: возраст родителей на момент рождения ребенка, хронические заболевания у родителей, острые заболевания у матери во время беременности, прием в течение беременности различных препаратов, осложнения беременности и родов;

2) факторы риска раннего детства: масса тела при рождении, характер вскармливания, отклонения в состоянии здоровья на первом году жизни;

3) факторы риска, характеризующие условия и образ жизни ребенка: жилищные условия, доход и уровень образования родителей, курение родителей, состав семьи, психологический климат в семье, отношение родителей к реализации профилактических и лечебных мероприятий.

Психологическое и физическое развитие детей дошкольного возраста должно находиться под самым пристальным вниманием. Забота о формировании привычек здорового образа жизни ребенка должна начинаться с обеспечения четко установленного режима дня, создания оптимальных гигиенических условий, правильного питания, выполнения ежедневных утренних зарядок, закаливания организма, что способствует правильному формированию физических качества детского организма, профилактике различных заболеваний.

Еще раз отметим, что в Приморском крае проводится целенаправленная работа по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения, выявлению и снижению неблагоприятного воздействия факторов среды обитания на здоровье детей и подростков.

### Библиографический список

1. СП 2.4.3648-20 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи: Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 сентября 2020 года № 28. - Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/566085656>

2. Антонова, А.А. Состояние здоровья и физического развития детей дошкольного возраста / А.А.Антонова, Т.А.Хуторская // Международный научно-

исследовательский журнал. - 2020. - № 11. - С. 48.

3. Богина Т.Л. Охрана здоровья детей в дошкольных учреждениях. - М.: Мозаика-Синтез, 2020. - 112 с.

4. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Приморском крае в 2021 году». – Владивосток: 2022. – 312 с.

5. Дергунова, Е.А. Здоровье детей дошкольного возраста: объективные и субъективные факторы [Электронный ресурс]/ Е.А.Дергунова, Ю.А.Крикунова // Концепт. – 2021. – № 8 – С. 1-6. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovie-detey-doshkolnogo-vozrasta-obektivnye-i-subektivnye-factory>

6. Здоровье детей и подростков [Электронный ресурс] /Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). – Режим доступа: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/364952/child-adolescent-health-rus.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/364952/child-adolescent-health-rus.pdf)

7. Здравоохранение в России. 2021 [Электронный ресурс]: Стат.сб./Росстат. - М.: 2021. – 170 с. - Режим доступа: <v.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2020.pdf>

8. Ильин, А.Г. Состояния здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста. Проблема, пути решения. / А.Г.Ильин, С.Р.Конова // Справочник педиатра. – 2020. – № 3. – С. 5-10.

9. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание. – М.: СПб.: Питер, 2019. -768 с.

10. Россия в цифрах - 2022 г. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: [https://gks.ru/bgd/regl/b20\\_11/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b20_11/Main.htm)

11. Семенова, Н.В. Здоровье детей дошкольного возраста и средовые факторы в дошкольной образовательной организации / Н.В.Семенова, А.С.Вяльцин, Д.В.Вишнякова, Г.Н.Жернакова [Электронный ресурс]// Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6. – Режим доступа:<https://science-education.ru/ru/article/view?id=27211>

12. Сердюков, В.Г. Социально-гигиенические особенности условий жизни, как факторы риска для здоровья детей / В.Г.Сердюков, А.А.Антонова, Г.А.Яманова, Д.В.Давыденко и др. // Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения: сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции ученых и специалистов Роспотребнадзора. – Астрахань: – 2019. – С. 71-76.